



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

■ Trabajos Libres

Sábado 15 Noviembre

Pág 1-3 Trabajos libres orales

Domingo 16 Noviembre

Pág 4-29 Trabajos libres orales

Pág 30-94 Trabajos libres cartel

Lunes 17 Noviembre

Pág 95-115 Trabajos libres orales

Pág 116-184 Trabajos libres cartel

Martes 18 Noviembre

Pág 185-208 Trabajos libres orales

Pág 209-271 Trabajos libres cartel





REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Órgano Oficial de
la Asociación Mexicana
de Gastroenterología

Publicación Oficial de la Asociación Mexicana de Gastroenterología

Vol. 90 Supl. 1 Noviembre 2025

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 Me-
dicina, Universidad Nacional Autónoma
de México, Ciudad de México, México

Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho

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

Comité nacional

Luis Alonso Sánchez

Médico adscrito al Servicio de Cirugía y Coloproctología,
Hospital Español, Ciudad de México, México

Juan Manuel Aldana Ledesma

Servicio de Gastroenterología,
Hospital Civil de Guadalajara,
Guadalajara, Jal. México

Mercedes Amieva Balmori

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

Jesús Alberto Camacho Escobedo

Departamento de Gastroenterología y Endoscopia
Hospital Almatier, Mexicali, BC. 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 México Federico Gómez, Instituto
Nacional de Salud, Ciudad de México, México

Editores asociados

Genaro Vázquez-Elizondo

ONCARE Centro de Enfermedades
Digestivas/GastroAlliance 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
revgastromex@gastro.org.mx

Asistente editorial

Pablo Sánchez Alarcón

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

Mesa directiva

Presidente: José María Remes Troche

Vicepresidenta: Alejandra Noble Lugo

Secretario: Luis Raúl Valdovinos García

Tesorero: José Antonio Velarde Ruiz Velasco

Protesorero: Omar Edel Trujillo Benavides

Secretaria de Actas: María de Fátima
Higuera de la Tijera

Secretaria de Relaciones: Mercedes Amieva
Balmori

Consejo consultivo

Octavio Gómez Escudero

Clínica de Gastroenterología, Endoscopia
Digestiva y Neurogastroenterología
y Motilidad "Endoneurogastro",
Hospital Ángeles Puebla,
Puebla, Pue. México

Jesús Kazuo Yamamoto Furusho

Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intes-
tinal/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

María Fernanda Huerta de la Torre

Hospital Ángeles Torreón,
Torreón, Coahuila, 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

Eliana Carolina Morel Cerda

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

Laura Ofelia Olivares Guzmán

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

José Luis Pérez Hernández

Servicio de Gastroenterología y Hepatología
del Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga,
Ciudad de México, México

Magali Reyes Apodaca

Unidad de Investigación y Medicina Traslacional,
Hospital Infantil de México Federico Gómez,
Ciudad de México, México

Comité nacional

Daniel Ruiz Romero
Departamento de Gastroenterología y
Endoscopia, Hospital Ángeles Acoxa,
Ciudad de México, México

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

Luis Antonio Sepúlveda Rodríguez
Director QUICK Laboratorios Monterrey
NL. México

Miriam Sosa Arce
Servicio de Gastroenterología
Pediátrica, UMAE Hospital General
Dr. Gaudencio González Garza,
Centro Médico Nacional La Raza,
Ciudad de México, México

José Luis Tamayo de la Cuesta
Servicio de Gastroenterología
y endoscopia gastrointestinal. CIDOCS
en el Hospital Civil de Culiacán,
Culiacán, Sinaloa. México

Omar Edel Trujillo Benavides
Servicio de Gastroenterología y En-
doscopia, 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

Jorge Vélez Márquez
Imagen diagnóstica y terapéutica
ONCARE, Monterrey, NL. México

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

Luis Eduardo Zamora Nava
Departamento de endoscopia,
Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición Salvador Zubirán,
Ciudad de México, México

Comité del extranjero

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

Luis Gerardo Alcalá González
Unidad de pruebas funcionales
digestivas, Hospital Universitario Vall
d'Hebron, Barcelona, España

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

Alan Bonder Weissbrod
Departamento de Gastroenterología y
Hepatología, Hospital Beth Israel Dea-
coness Medical Center, Universidad
de Harvard, Boston, E.U.A.

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

Alan Gabriel Contreras Saldivar
Director de Cirugía de Trasplante
Hepático, Intermountain Medical Center,
Utah, USA

Javier Crespo García
Instituto de Investigación Marqués
de Valdecilla. IDIVAL
Santander, Cantabria, Spain

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

Hernando Gonzalez Quiros
Mount Sinai Medical Center,
Miami Beach, FL. USA

Ignacio Hanna-Jairala
Servicio de Gastroenterología y
Departamento de Medicina Interna,
Hospital Miguel H. Alcívar,
Guayaquil, Ecuador

José M Garza
Neurogastroenterology and Motility pro-
gram, Children's Healthcare of Atlanta,
Atlanta, Ga, USA

Luis F. Lara, MD
Division of Digestive Diseases
University of Cincinnati, Cincinnati,
OH, USA

Manuel Mendizabal
Unidad de Hígado y Trasplante
Hepático, Hospital Universitario
Austral, Pilar, Argentina

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



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

La Revista de Gastroenterología de México (ISSN 0375-0906, e-ISSN 2255-5528) es el Órgano Oficial de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Título 201-90 de la Dirección General del Derecho de Autor (SEP), Certificado de Licitud de Título Núm. 4463 y Certificado de Licitud de Contenido Núm. 3618 de la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas (SG). Arte, diseño, composición tipográfica, proceso fotomecánico e impresión por Masson Doyma México, S.A., Av. Reforma 243, Piso 15, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, México. 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).

© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Esta revista y las contribuciones individuales contenidas en ella están protegidas por las leyes de copyright, y los siguientes términos y condiciones se aplican a su uso, además de los términos de cualquier licencia Creative Commons que el editor haya aplicado a cada artículo concreto:

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

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

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

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

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

Visite nuestra página de internet: www.revistagastroenterologiamexico.org



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

**SEMANA NACIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA
DEL 14 AL 18 DE NOVIEMBRE DE 2025**

COMITÉ CIENTÍFICO

Coordinador

Dr. Paulo César Gómez Castaños

Secretarias

Dra. Eliana Carolina Morel Cerda

Dra. Karla Rocío García Zermeno

Dra. Aleida Bautista Santos

Colaboradores

Dr. Juan Manuel Aldana Ledesma

Dra. Mercedes Amieva Balmori

Dr. Jorge Eduardo Aquino Matus

Dr. Dante Vladimir Bacarreza Nogales

Dr. Diego Armando Barraza Ortiz

Dra. Nantli Bolaños Gómez

Dra. Ana Delfina Cano Contreras

Dr. Jony Cerna Cardona

Dr. Gerardo Chávez Saavedra

Dra. Emma Valeria Estrada Arce

Dr. Nicolás Joaquín Fernández Pérez

Dra. Rosalía Figueroa Salazar

Dr. Ángel Ricardo Flores Rendón

Dr. Edgar Santino García Jiménez

Dra. María Fernanda Huerta De La Torre

Dra. Alma Liliana Kuljacha Gastélum

Dra. Grace Adabel López Cota

Dra. Raquel Yazmín López Pérez

Dr. Jesús Antonio Lizárraga López

Dr. Javier Manuel Meza Cardona

Dra. Laura Ofelia Olivares Guzmán

Dr. Mario C. Peláez Luna

Dr. José María Remes Troche

Dra. Marlene Alejandra Ruiz Castillo



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Dr. Daniel Ruiz Romero
Dra. Diana Karen Tapia Calderón
Dr. Miguel Ángel Valdovinos Díaz
Dr. Genaro Vázquez Elizondo
Dr. Rodrigo Vázquez Frias
Dra. Alicia Sofía Villar Chávez
Dr. Federico Ulises Villegas García
Dr. Jesús Kazuo Yamamoto Furusho
Dra. Mónica Rocío Zavala Solares

CURSO DE POSGRADO PRECONGRESO GASTROENTEROLOGÍA “AMG 2025: Actualización Multidisciplinaria en Gastroenterología”

Directores del Curso

Dr. Enrique Coss Adame
Dra. Karla Rocío García Zermeño
Dra. María de Fátima Higuera de la Tijera
Dr. José María Remes Troche

XVII Curso Precongreso de Posgrado en Gastroenterología y Nutrición.

“Nutrición Clínica en Gastroenterología: Evidencia, Estrategias y Perspectivas Actuales”

Directores del Curso

Dra. Mercedes Amieva Balmori
M. en C. María Fernanda García Cedillo
Dra. María Fernanda Huerta de la Torre

CURSO DE POSGRADO EN ENDOSCOPIA

“Endoscopia de Excelencia: Calidad, Avances y Formación Integral”

Directores del Curso

Dr. Juan Manuel Aldana Ledesma
Dr. Ángel Ricardo Flores Rendón
Dr. José Alberto González González
Dr. Óscar Víctor Hernández Mondragón
Dr. Joel Omar Jaquez Quintana
Dr. Sergio Alejandro Sánchez Luna
Dr. Luis Raúl Valdovinos García



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Directores de Congreso

Dr. Ramón Isaías Carmona Sánchez

Dr. Octavio Gómez Escudero

Curso Transcongreso de Hepatología

Directores de Congreso

Dra. Graciela Elia Castro Narro

Dr. José Antonio Velarde Ruiz Velasco

Curso Transcongreso de Cirugía

Directores de curso

Dr. Octavio Ávila Mercado

Dr. Alfonso Gerardo Pérez Morales

Dr. Antonio Ramos De la Medina

X Congreso Internacional de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica

Directores de curso

Dr. Dante Vladimir Bacarreza Nogales

Dra. Yael Encinas Bravo

Dr. Ulises Leal Quiróga



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

MENSAJE DE BIENVENIDA

Estimadas y estimados colegas, amigas y amigos, invitados nacionales e internacionales:

Con enorme entusiasmo y profundo sentido de orgullo institucional, les damos la más cordial bienvenida a la Semana Nacional de Gastroenterología 2025 (SENAGA 2025), que este año tendrá como sede el vibrante y hospitalario puerto de Boca del Río, Veracruz, del 14 al 18 de noviembre. Esta edición tiene un significado muy especial: celebramos *90 años* de la fundación de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG), una institución que ha sido el motor de desarrollo de nuestra especialidad en México y un referente científico en toda Iberoamérica.

Durante estas nueve décadas, la AMG ha consolidado un legado construido sobre tres pilares fundamentales: la enseñanza continua, la producción académica de alto nivel y la convivencia profesional y humana entre sus socios. Esta vocación formativa e integradora ha sido el sello distintivo de nuestra Asociación, y en esta edición conmemorativa, no será la excepción. SENAGA 2025 será un espacio para reafirmar nuestro compromiso con la educación médica continua, pero también para celebrar juntos esta historia compartida, mirando con entusiasmo hacia el futuro.

El Congreso contará con la participación de cerca de 50 profesores internacionales, provenientes de instituciones líderes en Estados Unidos, España, Bélgica, Países Bajos, Inglaterra, Argentina, Australia, Colombia, Paraguay y otros países de Centro y Sudamérica, quienes compartirán sus experiencias, avances científicos y visión global sobre el presente y futuro de las enfermedades digestivas.

Como parte de esta visión integral, se llevarán a cabo los tradicionales Cursos de Posgrado en Nutrición, Gastroenterología, Hepatología, Endoscopia, Cirugía y Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, reafirmando el compromiso de la AMG con la formación multidisciplinaria de excelencia. Este año destaca la participación de:

- Curso de Gastroenterología: 52 profesores (27 internacionales y 25 nacionales)
- Curso de Endoscopia: 36 profesores (9 internacionales y 27 nacionales)
- Curso de Nutrición: 45 profesores (3 internacionales y 42 nacionales)
- Curso de Hepatología: 26 profesores (9 internacionales y 17 nacionales)
- Curso de Cirugía: 19 profesores (1 internacional y 18 nacionales)
- Curso de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica: 40 profesores (5 internacionales y 40 nacionales)

Adicionalmente, se han diseñado dos talleres altamente interactivos y aplicados: un Taller “hands-on” en endoscopia y un Taller de interpretación de metaanálisis, orientados a fortalecer habilidades prácticas y competencias analíticas en la toma de decisiones clínicas.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Durante el magno evento congresual, SENAGA 2025 ofrecerá un robusto programa académico compuesto por 23 simposios temáticos, 8 conferencias magistrales impartidas por líderes de talla internacional, y 7 debates clínicos donde se confrontarán posturas expertas sobre temas controversiales. Este formato dinámico promoverá el análisis crítico, el aprendizaje multidisciplinario y el intercambio de experiencias entre colegas.

La comunidad académica ha respondido con entusiasmo: recibimos 95 trabajos para presentación oral, 332 carteles científicos, y 37 trabajos en extenso, reflejo del dinamismo, compromiso y alto nivel de producción científica de nuestra comunidad gastroenterológica.

Además, en el marco de esta celebración, nos honra anunciar el inicio del Máster en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, una colaboración académica sin precedentes entre la Asociación Mexicana de Gastroenterología y la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). Esta iniciativa representa un paso trascendental hacia la formación de alto nivel, con estándares internacionales, y un compromiso renovado con el tratamiento de patologías complejas que requieren excelencia clínica y científica.

Y como cada año, hemos preparado un programa cultural inolvidable, digno de esta celebración de 90 años, con el espíritu alegre y cálido que caracteriza a Veracruz. Será una oportunidad para reencontrarnos, aprender, compartir y seguir construyendo comunidad.

La gestión de este año ha tenido un propósito claro: honrar la tradición y proyectar la innovación, sostener nuestras raíces académicas y, al mismo tiempo, abrir nuevas rutas hacia el futuro. A nombre del comité organizador, del consejo directivo y de todos quienes han hecho posible este evento, les damos la más cálida bienvenida. SENAGA 2025 es una edición histórica y ustedes son parte fundamental de ella.

Quiero agradecer en especial a todos los coordinadores de los cursos y el congreso, quienes han puesto un empeño excepcional para cristalizar este programa de excelencia académica.

¡Bienvenidos a los 90 años de la AMG! ¡Bienvenidos a Boca del Río!

Dr. José María Remes-Troche,
en representación de la Mesa Directiva y los coordinadores de SENAGA 2025



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Contenido

■ Trabajos libres orales, sábado 15 de noviembre

- 1 *López-Zavaleta M. J. y cols.* Correlación entre índices clínicos de actividad, marcadores bioquímicos, índices de actividad endoscópica e histológica en pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal con fenotipo de colitis ulcerosa en un hospital de tercer nivel de atención en México en el periodo 2014-2024
- 1 *Padilla-Sánchez M. P. y cols.* IgG como biomarcador sérico de actividad histológica y fibrosis en niños con hepatitis autoinmune al momento del diagnóstico
- 2 *Ayala-Germán A. G. y cols.* Correlación entre la circunferencia de cuello y la adiposidad central con alteraciones metabólicas en niños con obesidad
- 2 *Úbeda-Urbina V. E. y cols.* Recurrencia de sangrado digestivo variceal en pacientes pediátricos con derivación portosistémica por hipertensión portal extrahepática. Hospital de tercer nivel 2020-2024
- 3 *Amezcuca-Martínez J. y cols.* Índices no invasivos APRI, PC/SD y FIB-4 para la detección de várices esofágicas grandes en pacientes pediátricos con hipertensión portal

■ Trabajos libres orales, domingo 16 de noviembre

- 4 *Leonardo-Salmerón Y. y cols.* Características clínicas y hallazgos endoscópicos en pacientes pediátricos con ingesta de cáusticos en un hospital de tercer nivel
- 5 *Contreras-Betancourt M. M. y cols.* Frecuencia y características clínicas de pacientes pediátricos con acalasia en un hospital pediátrico de tercer nivel
- 5 *Gallardo-Luna M. S. y cols.* Indicadores de calidad en ileocolonoscopía pediátrica: un logro alcanzable en Latinoamérica

- 5 *Salinas-Gómez J. A. y cols.* Características y evolución clínica de pacientes pediátricos con hepatitis autoinmune según el grupo etario en un hospital de tercer nivel
- 7 *Baca-García M. y cols.* Mejoría sintomática de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes con infección por *H. pylori* tras la erradicación
- 7 *Rosales-Rentería L. A. y cols.* Modelo de aprendizaje por máquina para predecir metaplasia intestinal con displasia de alto grado por endoscopia comparado con el estándar histopatológico en personas con gastritis confirmada por *Helicobacter pylori*
- 8 *Cano-Contreras A. D. y cols.* Eficacia y tolerabilidad de los PCABS en la erradicación de *H. pylori*: análisis del registro nacional mexicano (HP-MEX-REG)
- 8 *Zaragoza-Galicia S. A. y cols.* Del síntoma al subtipo: evaluación de dispepsia orgánica y funcional en una clínica especializada
- 9 *García-Ruiz K. y cols.* Factores clínicos y sociodemográficos asociados a la tasa de erradicación y eventos adversos en el tratamiento de *Helicobacter pylori*
- 11 *Herrera-Quñones G. y cols.* Tratamiento de las estenosis biliares postrasplante mediante colangiografía percutánea transhepática y prótesis biodegradables: resultados de 10 años en el Hospital Clínic de Barcelona
- 12 *Reyes-Saavedra N. y cols.* Comparación de la concordancia inter e intraobservador entre las escalas de limpieza en esofagogastroduodenoscopia "Barcelona" y "Grace" aplicadas por endoscopistas con distintos niveles de experiencia: un estudio prospectivo
- 12 *Ledesma-Martínez E. y cols.* Los miedos a la colonoscopia: obstáculos invisibles en la prevención y detección del cáncer colorrectal

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

- 13 *García-Mercedes E. y cols.* Evaluación comparativa de las escalas ABC y Oakland en los desenlaces clínicos con pacientes con hemorragia digestiva baja
 - 14 *Carmona-Guerrero D. I. y cols.* Evaluación del cuestionario de BEDQ y su relación con el tiempo de exposición al ácido en pacientes con y/o sin disfagia
 - 15 *Ordaz-Álvarez H. R. y cols.* Impacto del trastorno obsesivo-compulsivo en pacientes con síndrome de intestino irritable
 - 15 *Munguía-Lares C. A. y cols.* CARS score: una novedosa herramienta endoscópica para predecir acalasia en pacientes con disfagia
 - 16 *Zavala-Solares M. R. y cols.* Disfagia orofaríngea y sus características clínicas en la población mexicana de adultos mayores
 - 16 *Torres-Villalobos G. y cols.* Neurofenotipo de las células ganglionares del esfínter esofágico inferior según el subtipo de acalasia
 - 18 *García-Zermeño K. R. y cols.* Fenotipos de sensibilidad rectal y su asociación con síntomas en trastornos defecatorios: análisis multicéntrico estratificado por sexo
 - 19 *Mendivil-Sáenz S. P. y cols.* Concordancia entre la impedancia basal nocturna esofágica y la impedancia del segmento contráctil distal en la evaluación de la ERGE
 - 19 *Carmona-Guerrero D. I. y cols.* Comparación entre un diario electrónico y un diario físico para el registro de evacuaciones en pacientes con estreñimiento funcional
 - 21 *García-Zermeño K. R. y cols.* Prevalencia y perfil clínico de la hiposensibilidad: análisis multicéntrico basado en la Clasificación de Londres
 - 21 *Pérez-Guzmán M. M. y cols.* Manejo clínico de ERGE y dispepsia en atención primaria: ¿estamos preparados?
 - 23 *Hinojosa-Ugarte D. y cols.* Análisis transversal comparativo exploratorio de marcadores de senescencia, envejecimiento y agotamiento celular en linfocitos CD4+ y CD8+ en sangre periférica de pacientes receptores de trasplante hepático
 - 23 *Sandoval-Mosqueda K. P. y cols.* Bacteriuria asintomática como factor de riesgo para descompensación en pacientes con cirrosis hepática
 - 25 *Velarde-Ruiz Velasco J. A. y cols.* De la descompensación al ACLF: factores asociados en un hospital de tercer nivel
 - 26 *Sandoval-González E. A. y cols.* Modelos pronósticos dinámicos en cirrosis descompensada y ACLF: evaluación prospectiva de escalas clínicas y depuración de lactato en una cohorte mexicana
 - 26 *Ortiz-Olvera N. X. y cols.* Diferencias en la mortalidad asociada a la peritonitis bacteriana espontánea adquirida en la comunidad y nosocomial, en pacientes con cirrosis hepática
 - 27 *Román-Calleja B. M. y cols.* Características de la microbiota intestinal en diferentes etapas de daño hepático en MASLD y su asociación con desenlaces clínicos
 - 28 *Rosales-Rentería L. A. y cols.* Ultrasonido pulmonar en el punto de atención como guía para la administración de albúmina intravenosa en cirrosis descompensada: un estudio piloto, aleatorizado, de etiqueta abierta
- Trabajos libres en cartel, domingo 16 de noviembre
- 30 *Juárez-Cruz S. I. y cols.* Correlación de los niveles séricos de vitamina D y biomarcadores inflamatorios en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
 - 31 *Juárez-Cruz S. I. y cols.* Asociación del índice de masa corporal con los desenlaces clínicos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
 - 31 *García-Meza E. y cols.* Desafíos en el tamizaje de tuberculosis latente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: ¿qué se está haciendo?
 - 32 *Carrillo-Rojas J. I. y cols.* Enfermedad inflamatoria intestinal difícil de tratar: experiencia en un centro de tercer nivel de atención
 - 32 *Gutiérrez-Herrera F. D. y cols.* Factores asociados a la falla a terapia biológica en enfermedad inflamatoria intestinal
 - 33 *Gutiérrez-Herrera F. D. y cols.* Optimización del tratamiento basado en el índice integral Yamamoto-Furusho y tasas de remisión profunda en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática
 - 34 *Parra-Holguín N. N. y cols.* Persistencia del tratamiento biológico y terapia avanzada en población mexicana con enfermedad inflamatoria intestinal en un centro de tercer nivel de atención
 - 35 *Parra-Holguín N. N. y cols.* Frecuencia de *disease clearance* y sus desenlaces clínicos asociados en pacientes mexicanos con colitis ulcerosa crónica idiopática

- 36 Rosales-Téllez P. y cols. Evaluación de la percepción, acceso y cobertura de vacunación en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en una clínica especializada de referencia en México
- 37 Rosales-Téllez P. y cols. Características clínicas y reproductivas de mujeres en edad fértil con enfermedad inflamatoria intestinal en un centro especializado de referencia en México
- 37 Cardona-Rodríguez L. E. y cols. Relación entre composición corporal y actividad clínica en enfermedad inflamatoria intestinal: ¿un nuevo biomarcador práctico?
- 38 González-López R. E. y cols. Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: experiencia en una clínica especializada de tercer nivel en México
- 38 Melgoza-Ruiz E. y cols. Características clínicas, terapéuticas y evolución de pacientes con enfermedad de Crohn en una unidad especializada: análisis descriptivo de 12 casos
- 40 Castro-Beltrán A. J. y cols. Experiencia clínica con ustekinumab en enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de tercer nivel del noreste de México
- 41 Rodríguez-Baños B. E. y cols. Respuesta clínica con dosis de inducción de upadacitinib en pacientes con EII y uso previo de terapias biológicas
- 41 Hernández-Antolín V. y cols. Evolución de la actividad clínica y bioquímica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tratados con infliximab biocomparable
- 42 Hernández-Antolín V. y cols. Recurrencia postquirúrgica en enfermedad de Crohn: impacto del fenotipo clínico y utilidad de biomarcadores no invasivos. Análisis unicéntrico
- 43 Alamilla-Pérez M. M. y cols. Frecuencia de tuberculosis en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y el uso de biológicos en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre
- 43 Cardona-Rodríguez L. E. y cols. Salud cardiovascular en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- 44 Rocha-Ramos M. A. y cols. Eventos tromboembólicos en enfermedad inflamatoria intestinal: un riesgo subestimado
- 45 Rocha-Ramos M. A. y cols. Relación temporal entre enfermedades inmunomediadas y el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal en una cohorte de pacientes mexicanos
- 45 Carrillo-Rojas J. I. y cols. Terapia con upadacitinib: experiencia de los primeros meses de tratamiento en un centro de tercer nivel de atención
- 45 Medina-Montalvo L. y cols. Frecuencia de displasia y cáncer colorrectal en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI): estudio retrospectivo de 14 años (2010-2024)
- 46 Prieto-Nava J. D. y cols. Frecuencia de manifestaciones extraintestinales en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal
- 46 Reyna-Aréchiga A. I. y cols. Disfunción sexual en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: evaluación mediante la escala ASEX
- 47 Cruz-Ramírez Y. J. y cols. Sarcopenia y enfermedad inflamatoria intestinal: evaluación clínica y funcional en pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa
- 49 Cruz-Ramírez Y. J. y cols. Evaluación de la calidad percibida de la atención médica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal mediante el cuestionario de satisfacción del paciente (PSQ-18) en un hospital de tercer nivel
- 50 Parra-Holguín N. N. y cols. "Difficult to treat" en enfermedad inflamatoria intestinal: caracterización clínica de un concepto emergente en una cohorte mexicana
- 50 Torres-Mata M. L. y cols. Prevalencia de sarcopenia en enfermedad inflamatoria intestinal y su relación con presencia de actividad y tiempo de evolución de la enfermedad
- 52 Abendaño-Rivera D. F. y cols. Efectividad del puntaje LOK y Evendo como predictor de várices esofágicas en pacientes con enfermedad hepática crónica
- 52 Medina-Ávalos E. J. y cols. Relación del resultado histológico con patrones de descripción endoscópica en sospecha de esófago de Barrett
- 53 Román-Lugo G. A. y cols. Características endoscópicas y desenlaces clínicos de la hemorragia variceal según la etiología de la cirrosis
- 54 Mijangos-Trejo A. M. y cols. Ergonomía endoscópica con enfoque de género en médicos residentes en formación
- 54 González-Torres L. A. y cols. Uso del FIB-4 para predecir etiología variceal en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto
- 55 Gallardo-González L. I. y cols. ¿Dónde se equivoca la inteligencia artificial en endoscopia digestiva alta? Análisis por tipo de lesión

- 55 *Diego-Salazar P. M. y cols.* Relación entre factores clínicos-endoscópicos y la respuesta al tratamiento con inhibidores de bomba de protones en enfermedad por reflujo gastroesofágico
- 56 *Hernández-Musus E. S. y cols.* Características endoscópicas y perfil clínico del linfoma gastrointestinal en el IGSS: un estudio retrospectivo
- 57 *Diego-Salazar P. M. y cols.* Utilidad de las clasificaciones de Kioto y Kimura-Takemoto en la valoración endoscópica de pacientes con cirrosis hepática y dispepsia
- 57 *Diego-Salazar P. M. y cols.* Validación del *Progetto Nazionale Emorragia Digestiva* (PNED) e *International Bleeding Score* (IBS) frente a Rockall, Glasgow-Blatchford y AIMS-65 como predictores de resangrado en hemorragia digestiva alta no variceal
- 58 *González-Torres L. A. y cols.* Endoscopia superior al pie de cama en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos
- 58 *Cazarín-Chávez K. y cols.* Caracterización de lesiones subepiteliales observadas por panendoscopia y posteriormente con ultrasonido endoscópico en un hospital de tercer nivel
- 59 *De Marino-Herrera H. S. y cols.* Hemorragia gastrointestinal en la era de los DOAC: caracterización clínica y desenlaces
- 59 *Hernández-Musus E. S. y cols.* Características endoscópicas y perfil clínico del linfoma gastrointestinal en el IGSS: un estudio retrospectivo
- 60 *Vera-Nungaray S. A. y cols.* Utilidad del ultrasonido endoscópico en la determinación de la erradicación de várices gástricas
- 61 *González-Torres L. A. y cols.* Aplicación de refresco de cola en la preparación endoscópica: alternativa no convencional en la práctica real
- 61 *Ayala-Hernández A. G. y cols.* Diagnóstico de infección por *H. pylori* de acuerdo con la escala de Kioto modificada en pacientes sometidos a endoscopia digestiva del HGZ 1 Zacatecas en el periodo marzo 2024-marzo 2025
- 62 *Rangel-Zavala G. y cols.* Prevalencia y características de lesiones de crecimiento lateral por colonoscopia en un centro de tercer nivel
- 62 *Tinitana-Jumbo C. S. y cols.* Hallazgos colonoscópicos en pacientes mayores y menores de 45 años: un estudio comparativo
- 63 *Romero-Juárez L. y cols.* Cápsula endoscópica, experiencia de 12 años como herramienta diagnóstica en enfermedades de intestino medio en el Hospital Español de México
- 63 *Ramos-Matamoras C. A. y cols.* Utilidad del modelo de imagen endoscópica magnética en el entrenamiento en colonoscopia
- 64 *Téllez-Orozco M. y cols.* Hallazgos de colonoscopia e histopatología en pacientes mayores de 60 años, con diagnóstico de anemia y FIT positivo, en el Hospital Español de México
- 64 *Félix-García A. y cols.* Prevalencia de lesiones colorrectales en pacientes con acromegalia: estudio retrospectivo de una cohorte de 10 años (2014-2024) en una unidad de tercer nivel
- 65 *Guillén-Graf A. M. y cols.* Ultrasonido a pie de cama (POCUS) como predictor de limpieza colónica en pacientes hospitalizados sometidos a colonoscopia
- 65 *Rosales-Rentería L. A. y cols.* Desarrollo de un modelo predictivo de colangitis aguda en coledocolitiasis mediante técnicas de *machine learning*
- 66 *Millán-Alanís J. M. y cols.* Utilidad de la nasendoscopia para detección primaria de várices esofágicas en hepatopatía crónica compensada: una nueva estrategia de cribado
- 66 *Guerrero-Cabrera J. P. y cols.* Factores de riesgo asociados al desarrollo de estenosis de la anastomosis biliar en pacientes postrasplantados hepáticos sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)
- 67 *Ramos-Matamoras C. A. y cols.* Diagnóstico endoscópico del síndrome de Mirizzi: experiencia con CPRE en un centro de referencia
- 67 *Bastida-Guadarrama K. M. y cols.* Índice neutrófilo-creatinina como predictor de gravedad en pancreatitis aguda
- 68 *Bastida-Guadarrama K. M. y cols.* Correlación entre índices pronósticos y hallazgos tomográficos en pacientes con pancreatitis aguda
- 68 *Núñez-Elizondo D. y cols.* Impacto pronóstico del retraso en el diagnóstico y tratamiento en pancreatitis aguda
- 69 *Céspedes-Saballos Y. G. y cols.* Factores clínicos asociados a trombosis venosa en pacientes con pancreatitis aguda en un hospital de tercer nivel: estudio de casos y controles

- 70 *Toledo-Galván R. y cols.* Alteraciones metabólicas a corto y mediano plazo en pacientes con pancreatitis aguda: un estudio retrospectivo en un hospital de tercer nivel
- 70 *Córdova-Valenzuela N. F. y cols.* Características histopatológicas y hallazgos quirúrgicos del adenocarcinoma ductal de páncreas: experiencia de una década en un hospital de tercer nivel en México
- 71 *Torres-Ruvalcaba D. K. y cols.* Gravedad en pancreatitis aguda: ¿marca el tabaco la diferencia? Un estudio retrospectivo
- 71 *Cruz Contreras S. y cols.* Uso de escala PAN PROMISE en pacientes con pancreatitis aguda en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Toluca (Estudio WINTERFELL)
- 72 *Garay-Ortega J. A. y cols.* Insuficiencia hepática aguda acompañada de pancreatitis aguda grave por infección del virus de hepatitis A
- 72 *Romero-Aguilar F. y cols.* Pancreatitis aguda como presentación inicial atípica de neoplasias de la encrucijada biliopancreática
- 73 *Duarte-Reséndiz E. y cols.* Manifestaciones gastrointestinales en alergia alimentaria comprobada con pruebas cutáneas de alérgenos positivos
- 73 *Olivas-Cabral V. D. y cols.* Fosfatasa alcalina sérica como marcador pronóstico de tolerancia de alimentación enteral temprana en neonatos
- 74 *Peña-Gutiérrez J. J. y cols.* Disminución del grosor del cuádriceps femoral en pacientes pediátricos críticamente enfermos
- 74 *Estrada-Arce E. V. y cols.* Estado de riesgo nutricional y estancia hospitalaria en pacientes pediátricos según STAMP
- 75 *Castro-Mérida D. y cols.* Estandarización de espesantes de uso doméstico para disfagia orofaríngea en lactantes
- 75 *Hernández-Franco R. Y. y cols.* Etiología de la pancreatitis aguda, recurrente y crónica en población pediátrica
- 75 *Loaiza-Bautista L. C. y cols.* Sobrepeso y obesidad: ¿factor de riesgo en ascenso para pancreatitis aguda en pediatría?
- 76 *Tribouillier-Espinoza E. L. y cols.* Factores epidemiológicos, etiológicos y bioquímicos asociados con la gravedad de la pancreatitis aguda
- 76 *Torres-Rodríguez E. y cols.* Evaluación de la insuficiencia hepática crónica en pacientes pediátricos con atresia de vías biliares pre y postoperados de cirugía de Kasai en el Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza
- 77 *Cantú-Kawas A. y cols.* Efectividad de las derivaciones quirúrgicas en pacientes pediátricos con hipertensión portal no cirrótica: experiencia de 10 años en un centro de tercer nivel
- 77 *Alba-Rodríguez E. C. y cols.* Características genotípicas y fenotípicas en pacientes con diagnóstico de colestasis intrahepática familiar progresiva del Hospital Infantil de México Federico Gómez
- 78 *Morales-Hernández C. J. y cols.* Etiología de falla hepática aguda en un centro de tercer nivel de atención
- 79 *Palacios-Herrera A. y cols.* Hallazgos histológicos del injerto hepático en pacientes pediátricos
- 79 *Flores-Soriano C. R. y cols.* Estado nutricional como factor asociado a desenlaces clínicos y endoscópicos en pacientes pediátricos con hipertensión portal al momento del diagnóstico
- 80 *Cervantes-Ruiz V. y cols.* Correlación entre transaminasas séricas e IMC en pacientes pediátricos con esteatosis hepática en un hospital de tercer nivel
- 80 *Pichardo-Sánchez D. y cols.* Niveles de vitamina D en pacientes con hepatitis neonatal de células gigantes: estudio retrospectivo en el Instituto Nacional de Pediatría enero-mayo 2025
- 80 *Valdés-Cervantes A. y cols.* Disfunción renal en niños con MASLD: asociación con riesgo de fibrosis hepática
- 81 *Corona-Pantoja H. G. y cols.* Caracterización de colestasis neonatal en recién nacidos con nutrición parenteral: impacto del peso para edad gestacional, variables clínicas asociadas y desenlace
- 81 *Hernández-López A. J. y cols.* Relación entre variables clínicas y bioquímicas con el grado de fibrosis hepática (escala METAVIR) en pacientes pediátricos con glucogenosis tipo III: análisis retrospectivo del 2014 al 2025
- 82 *Moraga-Sánchez D. S. y cols.* Hepatitis de células gigantes de mala evolución. ¿Es éste sólo un hallazgo histopatológico o una pauta para iniciar tratamiento? Experiencia en un instituto de tercer nivel
- 82 *Mejía-Ramírez J. y cols.* Esteatosis y fibrosis hepática en población pediátrica con sobrepeso u obesidad por elastografía de transición, un problema de salud

- 83 *Legaria-Menéndez A. y cols.* Glucogenosis en pediatría: comparación de parámetros bioquímicos en el diagnóstico inicial en un centro de tercer nivel en México
- 83 *Maldonado-Meza M. y cols.* Asociación del estado nutricional y la enfermedad mineral ósea en pacientes con fibrosis quística en un hospital pediátrico del Occidente de México
- 84 *Hernández-Zamora M. R. y cols.* Hallazgos clínicos y endoscópicos en pacientes pediátricos con colocolitis, sometidos a CPRE en un hospital de tercer nivel
- 84 *Torres-Fernández A. I. y cols.* Sobreposición de trastornos del eje intestino-cerebro en pacientes mayores de 5 años en un hospital de tercer nivel en México
- 85 *Moguel-Garibay M. y cols.* Frecuencia de intolerancia y malabsorción de lactosa en pacientes con trastornos del eje intestino-cerebro con predominio de dolor abdominal
- 85 *Duarte-Reséndiz E. y cols.* Utilidad de inducir el eructo en pacientes pediátricos en el manejo de síntomas gastrointestinales
- 86 *Barragán-Abundes A. S. y cols.* Hábitos de alimentación en adolescentes con y sin trastornos del eje cerebro-intestino (TECI)
- 86 *Barajas-Castro A. L. y cols.* Hallazgos clínicos e histopatológicos en niños con ausencia de reflejo rectoanal inhibitorio (RRAI). Serie de casos
- 86 *Contreras-Hernández E. M. y cols.* Epidemiología clínica de manifestaciones gastrointestinales en pacientes pediátricos con fiebre y neutropenia
- 87 *Olivas-Cabral V. D. y cols.* Síndrome de sobrecrecimiento bacteriano intestinal en pacientes hematológicos pediátricos
- 88 *Hinojosa-Arellanes N. y cols.* Estrategias de preparación intestinal en pediatría desde la perspectiva de la Escala de Boston
- 88 *García-González B. G. y cols.* Eficacia del tratamiento con suplementación de zinc y solución de rehidratación oral en enfermedad diarreica aguda vs. racecadotril y solución de rehidratación oral en el Hospital de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón de diciembre 2024 a junio 2025
- 89 *Basulto-Ultreras J. C. y cols.* Características clínicas y epidemiológicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de síndrome de intestino corto en un hospital de tercer nivel
- 89 *Reiling-Gatica C. G. y cols.* Características clínicas y manométricas en pacientes pediátricos con enfermedades reumatológicas en un hospital pediátrico de tercer nivel
- 90 *Ramírez-Beltrán K. I. y cols.* Acalasia en niños: una revisión de 10 años de resultados quirúrgicos, recuperación nutricional y recurrencia de síntomas
- 90 *Alvarado-Cifuentes M. D. R. y cols.* Características clínicas y hallazgos endoscópicos en niños con ingestión de pila de botón en un hospital terciario en México: experiencia de ocho años
- 91 *Pérez-Ortega F. P. y cols.* Trastornos de la motilidad esofágica en enfermedades autoinmunes: por manometría de alta resolución
- 91 *Sánchez-Díaz M. L. y cols.* Utilidad diagnóstica del IMBN y la PSPW entre diferentes grupos etarios pediátricos
- 92 *Herrera-González K. N. y cols.* Gastrostomía en niños con síndrome de Down
- 92 *Enríquez-Pérez K. J. y cols.* Sangrado digestivo alto en población pediátrica: características clínicas, endoscópicas y aplicación del puntaje de Sheffield
- 93 *Achon-Girala J. y cols.* Respuesta clínica de los pacientes pediátricos con gastroparesia a la aplicación de toxina botulínica intrapilórica
- 93 *Parada-Gutiérrez D. y cols.* Análisis de las indicaciones clínicas de inhibidores de la bomba de protones en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad
- 94 *Romano-Velazco J. A. y cols.* Datos clínicos y sociodemográficos de pacientes pediátricos con infección por *Helicobacter pylori* en el nuevo Hospital Civil de Guadalajara de junio de 2022 a junio de 2024: estudio descriptivo retrospectivo
- Trabajos libres orales, lunes 17 de noviembre
- 95 *Zubía-Nevárez C. I. y cols.* Estudio exploratorio de los parámetros manométricos de la unión esofagogastrica entre las hernias por deslizamiento y paraesofágicas
- 96 *Reyes-Díaz S. A. y cols.* El papel modulador de la resiliencia en la relación entre las experiencias adversas de la infancia y el síndrome de intestino irritable
- 96 *Vargas-Basurto J. L. y cols.* Evaluación de la concordancia diagnóstica entre el reporte médico y el reporte digital de Smart Breath® en pruebas de aliento de SIBO e IMO

- 97 *Herrera-Sato M. y cols.* Evaluación del puntaje de Milán y del grado de motilidad inefectiva como predictores de exposición ácida anormal
- 97 *Jiménez-Castillo R. A. y cols.* Validación del puntaje de Lyon en una cohorte mexicana: una herramienta para evaluar la respuesta al tratamiento en la ERGE
- 99 *Mazadiego-Cid J. I. y cols.* Utilidad diagnóstica de la impedancia basal media nocturna en la zona gris de enfermedad por reflujo gastroesofágico
- 100 *Torres-Villalobos G. y cols.* La miotomía laparoscópica de Heller con *pull-down* mejora el resultado clínico de la acalasia sigmoidea avanzada
- 101 *Zubía-Nevárez C. I. y cols.* Comparación de la morfología de la unión esofagogástrica evaluada por endoscopia y manometría esofágica durante la respiración basal y forzada
- 101 *Vargas-Basurto J. L. y cols.* Valores de normalidad para la pH-impedancia ambulatoria de 24 horas con bloqueadores de ácido competitivos con potasio (PCAB)
- 102 *Suárez-Fernández M. y cols.* Relevancia clínica de la impedancia basal nocturna media en pacientes con hipersensibilidad al reflujo. Estudio comparativo
- 102 *Mazadiego-Cid J. I. y cols.* Concordancia diagnóstica entre modelos de inteligencia artificial y gastroenterólogos en la resolución de casos clínicos simulados
- 104 *Venegas-Gómez V. A. y cols.* Análisis de factores de riesgo relacionados a hospitalización por infección en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática
- 104 *Pacheco-Silva A. y cols.* Efectividad y seguridad en terapia de inducción en manejo con risankizumab en enfermedad de Crohn en práctica clínica real en México
- 105 *Ordaz-Álvarez H. R. y cols.* Trastorno por evitación y restricción de la ingesta de alimentos (ARFID) y calidad de la alimentación en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- 106 *Rosales-Téllez P. y cols.* Análisis de la calidad de vida mediante IBD Disk en pacientes posoperados por enfermedad inflamatoria intestinal en una clínica especializada de tercer nivel en México
- 107 *Aguilar-De La O J. C. y cols.* Desenlace clínico de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal e infección por *Clostridioides difficile*: experiencia en un centro de referencia
- 108 *Flores-Pérez D. E. y cols.* Diferencias en el pronóstico en pacientes con toma de cultivo de bilis durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en pacientes con colangitis aguda: un estudio retrospectivo
- 109 *Lara-Reyes A. E. y cols.* Eficacia y seguridad del tratamiento endoscópico de la neoplasia asociada a esófago de Barrett: 10 años de experiencia en México
- 109 *Toranzo-González C. J. y cols.* Precisión diagnóstica de pólipos colorrectales mediante la clasificación JNET en residentes de endoscopia
- 109 *Vargas-Hernández M. A. y cols.* Identificación de barreras iniciales hacia las pruebas de tamizaje de cáncer colorrectal en personas en edad de escrutinio en el Noroeste de México: análisis comparativo entre prueba inmunoquímica fecal y colonoscopia
- 110 *Toranzo-González C. J. y cols.* Modelo de lenguaje generativo en la clasificación de pólipos colorrectales mediante imágenes endoscópicas
- 110 *García-Baca A. M. y cols.* Uso de N-acetilcisteína y simeticona para mejorar la visibilidad de la endoscopia de tubo digestivo alto en base a la puntuación de la limpieza gastrointestinal superior de Toronto (TUGCS)
- 112 *Escobedo-Zúñiga A. P. y cols.* Características demográficas y clínicas de pacientes con diagnóstico de tuberculosis gastrointestinal en un tercer nivel de atención
- 113 *Ríos-Del Río A. S. y cols.* Agentes etiológicos causantes de enfermedad diarreica aguda infecciosa en población urbana en México, detectados por panel molecular Múltiple gastrointestinal
- 113 *Zubía-Nevárez C. I. y cols.* Estudio piloto del descenso perineal por tacto rectal y su relación con la prueba de expulsión positiva por manometría anorrectal
- 114 *Álvarez-Tiburcio Z. P. y cols.* Características clínicas, conductuales y digitales en adultos jóvenes con y sin estreñimiento: un estudio transversal

■ Trabajos libres en cartel, lunes 17 de noviembre

- 116 *Fierro-Angulo O. M. y cols.* Evolución clínica y factores de riesgo asociados al desarrollo de ACLF en pacientes con cirrosis e infecciones de piel y tejidos blandos
- 116 *López-Moreno S. y cols.* Ayuno prolongado como factor de mal pronóstico en pacientes hospitalizados con cirrosis

- 117 *Santana-Vargas A. D. y cols.* Aplicación de inteligencia artificial para detectar alteraciones lingüísticas en encefalopatía hepática mínima mediante el test simplificado de denominación de animales
- 118 *Santana-Vargas A. D. y cols.* Potencial evocado P300 y pruebas psicométricas como indicadores de respuesta a L-ornitina L-aspartato en pacientes con encefalopatía hepática mínima
- 118 *Martínez-Castillo M. y cols.* El uso de omega-5 nano como adyuvante modula el puntaje MELD-Na, reduce el estrés oxidativo e inflamación en pacientes con hepatitis alcohólica severa
- 119 *Varela-Martínez Y. N. y cols.* Evolución de la esteatosis hepática y del riesgo de resistencia a la insulina tras 6 meses de TARV en mujeres que viven con VIH del CMN La Raza
- 119 *Acosta-Sandoval D. H. y cols.* Detección de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con cirrosis hepática
- 120 *Melgar-Pliego A. y cols.* Factores de riesgo clínico y bioquímico asociados a complicaciones médicas tempranas postrasplante hepático: experiencia en un centro nacional
- 120 *Melgar-Pliego A. y cols.* Invasión linfovascular, perineural y satelitosis como predictores de recurrencia postrasplante por HCC
- 121 *Melgar-Pliego A. y cols.* Seguimiento postrasplante en pacientes con HCC: experiencia y vigilancia estructurada en un centro de referencia nacional
- 121 *Baca-García M. y cols.* Evaluación no invasiva de la hipertensión portal en cirrosis hepática mediante rigidez esplénica
- 121 *Lindoro-Barraza D. G. y cols.* Índice de Lok y MELD-lac como escalas pronósticas de sangrado variceal esofágico grave en pacientes con MASLD, estudio unicéntrico
- 122 *Hernández-Cruz E. B. y cols.* Omega 5 nano: un coadyuvante en el tratamiento del estrés oxidativo en pacientes con hepatitis alcohólica severa
- 122 *Álvarez-Tiburcio Z. P. y cols.* Características clínicas de las enfermedades hepáticas autoinmunes en Veracruz
- 123 *Yáñez-Reyes J. M. y cols.* Reingreso hospitalario posterior al trasplante hepático: caracterización clínica y análisis de supervivencia
- 124 *Tovar-Bojórquez E. M. y cols.* Comparación entre sistemas pronósticos convencionales y el modelo AIMAH (*Artificial intelligence model for alcoholic hepatitis*) para predecir la mortalidad en pacientes con hepatitis alcohólica
- 124 *Rangel-Zavala G. y cols.* Patrones de resistencia y susceptibilidad antimicrobiana en pacientes con peritonitis bacteriana espontánea y su impacto en la mortalidad en un hospital de tercer nivel
- 125 *Ortiz-García L. I. y cols.* Progresión de fibrosis hepática en pacientes con MASLD, primera evaluación prospectiva en México
- 125 *Hernández-Barragán A. y cols.* Evaluación del panel de IGFBPs y MMPs como biomarcadores no invasivos en la enfermedad hepática por hepatitis C crónica
- 125 *Montoya-Ruiz F. y cols.* Uso del puntaje psicométrico de encefalopatía hepática (PHES), prueba de denominación de animales (ANT1) y Quick-Stroop para el diagnóstico de encefalopatía hepática mínima (EHM) en población mexicana en el hospital de especialidades Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho
- 126 *Hurtado-Díaz de León I. y cols.* Factores asociados con el desarrollo de cáncer posterior al trasplante hepático ortotópico en una cohorte de adultos del INCMNSZ, 2010-2020
- 126 *Gallardo-González L. I. y cols.* Impacto del síndrome de intestino irritable en la calidad de vida de pacientes con cirrosis autoinmune
- 127 *Gallardo-González L. I. y cols.* Dexmedetomidina reduce los requerimientos de lorazepam en el manejo del síndrome de supresión etílica en pacientes con cirrosis por alcohol
- 128 *Bastida-Guadarrama K. M. y cols.* Evaluación de marcadores de estrés oxidativo en enfermedades asociadas al consumo de alcohol
- 129 *Bastida-Guadarrama K. M. y cols.* Costo-efectividad de la terapia con L-ornitina L-aspartato en encefalopatía hepática severa
- 129 *Nieblas-Beltrán L. D. y cols.* Causas de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en un hospital mexicano de tercer nivel: estudio de cohorte retrospectiva
- 130 *Toledo-Galván R. y cols.* Determinación del perfil lipídico y su asociación con riesgo cardiovascular estimado en pacientes con colangitis biliar primaria de un hospital de tercer nivel

- 130 *Toledo-Galván R. y cols.* Asociación entre factores de riesgo metabólico, inflamación sistémica y estadio clínico al diagnóstico en tumores gastrointestinales en un hospital de tercer nivel
- 131 *Toledo-Galván R. y cols.* Prevalencia de encefalopatía hepática mínima en pacientes con colangitis biliar primaria en un hospital de tercer nivel
- 131 *Rosales-Rentería L. A. y cols.* La normalización de niveles séricos de fosfatasa alcalina comparada con los criterios convencionales de respuesta se asocia con menor mortalidad y eventos relacionados al hígado en pacientes con colangitis biliar primaria tratados con AUDC: estudio retrospectivo de cohorte con emparejamiento por puntaje de propensión
- 132 *Céspedes-Saballos Y. G.* Ácido úrico elevado como predictor de mal pronóstico en pacientes cirróticos con MASLD en un hospital de tercer nivel
- 133 *Aguilar-De La O J. C. y cols.* Insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF) como presentación inicial en pacientes con cirrosis: análisis demográfico en un hospital de tercer nivel
- 134 *Ramos-Frías R. y cols.* Supervivencia en pacientes con falla hepática aguda sobre crónica sometidos a trasplante hepático: estudio retrospectivo en un centro de tercer nivel
- 134 *Hernández-Garza V. y cols.* Evaluación de los factores metabólicos en el desarrollo de hepatocarcinoma en pacientes con enfermedad hepática crónica
- 135 *Rodríguez-Martínez J. S. y cols.* Factores asociados al desarrollo de fibrosis hepática en pacientes en tratamiento con metotrexato
- 135 *Arreola-Banda F. y cols.* Impacto del grado de falla hepática aguda sobre crónica en la evolución clínica y mortalidad de pacientes cirróticos en el centro médico nacional la raza
- 136 *Arreola-Banda F. y cols.* Extubación temprana en trasplante hepático: estudio retrospectivo de factores asociados y desenlaces clínicos en el centro médico nacional la raza
- 137 *Jasqui-Bucay A. y cols.* Comparación de marcadores no invasivos con FibroScan para la evaluación de la fibrosis hepática en pacientes con MASLD
- 137 *Solís-Hernández C. G. y cols.* Cuidar al que enferma: el peso invisible de la cirrosis descompensada en los cuidadores primarios
- 137 *Cervantes-Gutiérrez O. P. y cols.* evaluación del índice plaqueta/diámetro de bazo como método auxiliar diagnóstico no invasivo de várices esofágicas: experiencia en un centro de segundo nivel
- 138 *Rodríguez-Bravo G. A. y cols.* Prevalencia de hipertensión portal clínicamente significativa con rigidez hepática baja en pacientes con MASLD: ¿un fenotipo oculto de descompensación?
- 138 *Cupil-Escobedo L. V. y cols.* Caracterización de pacientes con diagnóstico de carcinoma hepatocelular en tratamiento con atezolizumab y bevacizumab en centro hospitalario de tercer nivel
- 139 *Hernández-Jiménez M. F. y cols.* Frecuencia de sarcopenia y fragilidad en los distintos fenotipos de la cirrosis descompensada en la práctica clínica habitual
- 139 *Salcido-Yáñez C. y cols.* Administración de albúmina intravenosa guiada por ultrasonido de exceso venoso en punto de atención en cirrosis descompensada: un ensayo piloto abierto y aleatorizado controlado
- 140 *Rangel-Guzmán K. I. y cols.* Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad hepática y cuidadores primarios
- 140 *Velarde-Ruiz Velasco J. A. y cols.* Perfil epidemiológico de la cirrosis hepática descompensada en el occidente de México
- 142 *Esesarte-Rodríguez M. y cols.* Características epidemiológicas de pacientes con enfermedad vascular portosinusoidal atendidos en un hospital de tercer nivel
- 142 *Muñoz-Zermeño B. y cols.* Proyección de la prevalencia de enfermedad por hígado graso metabólico y cirrosis asociada en México para el año 2035, basado en las encuestas ENSANUT 2000-2023
- 143 *Coutiño-Flores M. y cols.* Valor pronóstico de la citometría hemática en pacientes con hepatitis alcohólica
- 143 *Granados-Espinosa D. L. y cols.* Asociación entre sarcopenia y mortalidad a 28, 90 y 180 días en pacientes con falla hepática aguda sobre crónica del Hospital de Especialidades Siglo XXI
- 145 *Bretón-Arroy G. y cols.* Utilidad pronóstica del índice lactato/albúmina en pacientes con insuficiencia hepática aguda sobre crónica
- 145 *Mejía-Ramírez J. y cols.* Tumores hepáticos primarios malignos: revisión *post mortem* retrospectiva de 20 años, en un hospital de tercer nivel
- 146 *Mejía-Ramírez J. y cols.* Determinación de puntos de corte del factor de crecimiento del tejido conectivo para la fibrosis hepática en colestasis

- 146 Vargas-Durán F. Y. y cols. Factores asociados a trombosis portal en pacientes con hepatocarcinoma
- 147 Vargas-Durán F. Y. y cols. Características demográficas, clínicas, paraclínicas y abordaje diagnóstico-terapéutico en pacientes jóvenes con absceso hepático en un hospital de tercer nivel
- 148 Espinoza-López D. E. y cols. Características demográficas, clínicas y abordaje diagnóstico-terapéutico en pacientes con colangiocarcinoma atendidos en un hospital de tercer nivel
- 148 Espinoza-López D. E. y cols. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con colangitis biliar primaria mediante el cuestionario PBC-27 en un hospital de tercer nivel
- 149 Espinoza-López D. E. y cols. Características demográficas, clínicas y bioquímicas presentes en pacientes con colangitis biliar primaria con respuesta bioquímica desfavorable al ácido ursodesoxicólico en un hospital de tercer nivel
- 149 Espinoza-López D. E. y cols. Características demográficas, clínicas y bioquímicas en pacientes con colangitis biliar primaria que desarrollaron descompensación hepática en un hospital de tercer nivel
- 150 Espinoza-López D. E. y cols. Evaluación del deterioro neurocognitivo en pacientes con colangitis biliar primaria mediante el test *Mini-mental state examination* en un hospital de tercer nivel
- 150 Espinoza-López D. E. y cols. Características clínicas, comorbilidades y evolución clínica en pacientes con colangitis biliar primaria en un hospital de tercer nivel
- 151 González-Gómez K. D. y cols. Evaluación de los errores en la colecistectomía laparoscópica en el tratamiento de la enfermedad litíásica vesicular
- 152 Álvarez-Tiburcio Z. P. y cols. Evaluación de los errores de la colecistectomía laparoscópica según la severidad intraoperatoria
- 152 Rojas-Ortega S. y cols. Tratamiento quirúrgico de coledocolitiasis por laparoscopia
- 153 Álvarez-Tiburcio Z. P. y cols. Evaluación de la seguridad de la colecistectomía laparoscópica en el tratamiento de la enfermedad litíásica vesicular
- 153 Lozano-García I. y cols. Factores predictores de paso espontáneo de litos en pacientes con coledocolitiasis en un centro de referencia mexicano
- 154 Toledo-Galván R. y cols. Valor pronóstico de las relaciones AST/ALT y GGT/FA en pacientes con colangiocarcinoma
- 155 Juárez-Cruz S. I. y cols. Factores asociados a falta de respuesta a esteroides en pacientes con CUCI grave
- 156 Juárez-Cruz S. I. y cols. Frecuencia de enfermedades cardiovasculares en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en México
- 157 Juárez-Cruz S. I. y cols. Impacto de la deficiencia de vitamina D y su suplementación en los desenlaces clínicos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- 157 Gutiérrez-Herrera F. D. y cols. Estrategias de optimización terapéutica de acuerdo al *treat-to-target* en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: un estudio de la vida real
- 158 Gutiérrez-Herrera F. D. y cols. Factores demográficos asociados al curso clínico de la enfermedad inflamatoria intestinal
- 159 Gutiérrez-Herrera F. D. y cols. Nuevo fenotipo (CUCrohn) de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes mexicanos: serie de casos
- 160 Tapia-Contla B. R. y cols. Evaluación de la efectividad en vida real de risankizumab en pacientes con enfermedad de Crohn moderada-grave en un entorno global
- 160 Tapia-Contla B. R. y cols. Efectos sostenidos libres de corticosteroides en la terapia de mantenimiento con upadacitinib en pacientes con enfermedad de Crohn de moderada a grave: resultados a 2 años. estudio de extensión a largo plazo U-ENDURE
- 160 Leyte-Altamirano M. A. y cols. Eficacia y seguridad de upadacitinib después de 4 años de tratamiento en pacientes con colitis ulcerosa de moderada a severamente activa: datos provisionales a largo plazo del estudio de extensión abierta de fase 3 (U-ACTIVATE)
- 162 Leyte-Altamirano M. A. y cols. Eficacia y seguridad del risankizumab en pacientes con enfermedad de Crohn moderada a grave: resultados del estudio de extensión a largo plazo abierto de un año de SEQUENCE
- 162 Leyte-Altamirano M. A. y cols. Impacto del risankizumab en los resultados reportados por los pacientes y los biomarcadores a lo largo del tiempo: análisis *post hoc* de los estudios INSPIRE y COMMAND de la fase 3
- 162 Sebastián-Ocampo V. N. y cols. Enfermedad inflamatoria intestinal difícil de tratar: caracterización clínica en un hospital de tercer nivel en México

- 163 *Sebastián-Ocampo V. N. y cols.* Factores clínicos asociados a la necesidad de intervención quirúrgica en pacientes con enfermedad de Crohn: análisis retrospectivo en un centro de tercer nivel en México
- 164 *Chida-Romero J. A. y cols.* Índice fibrinógeno-linfocito como predictor de severidad en la colitis ulcerosa crónica idiopática
- 164 *Hernández-Honorato J. I. y cols.* Evaluación del impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal a través del uso de IBD DISK en población del centro médico nacional 20 de noviembre
- 165 *Gutiérrez-Castillo A. y cols.* Frecuencia de pouchitis crónica en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal
- 166 *Prieto-Nava J. D. y cols.* Coexistencia de la enfermedad inflamatoria intestinal y la infección por virus de inmunodeficiencia humana
- 167 *Pérez-Roa G. F. y cols.* Experiencia preliminar con la maniobra *straight leg raise* (SLR) durante la manometría de alta resolución en pacientes con sospecha de recurrencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes posfunduplicados
- 168 *Andoney-Mayén J. V. y cols.* Prevalencia de disinergia defecatoria y factores clínico-demográficos asociados en pacientes con estreñimiento funcional del Hospital Español de México
- 168 *Andoney-Mayén J. V. y cols.* Correlación entre parámetros manométricos anorrectales y umbrales sensoriales en población con trastornos anorrectales del Hospital Español de México
- 168 *Morel-Cerda E. C. y cols.* Eficacia clínica de una combinación de senna Tinnevelly/ruibarbo/carbón vegetal en pacientes mexicanos con síndrome de intestino irritable subtipo estreñimiento
- 169 *Medina-Ávalos E. J. y cols.* Utilidad de escalas clínicas para predecir lesiones premalignas e infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia
- 169 *Hernández-Garza V. y cols.* Impacto del síndrome de intestino irritable en la calidad de vida de pacientes con infección por *Helicobacter pylori*
- 170 *Triana-Romero A. y cols.* Hipervigilancia y ansiedad visceral en pacientes con disfagia y trastornos motores esofágicos referidos a tercer nivel de atención
- 171 *Alegría-Ovando M. C. y cols.* Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con síndrome de intestino irritable
- 171 *Priego-Parra B. A. y cols.* Mediación de la ansiedad y depresión en los síntomas gastrointestinales en sujetos con síndrome de intestino irritable: comparación entre minorías sexuales y de género contra cisgénero heterosexuales
- 172 *Ávila-Franco A. Y. y cols.* Manometría esofágica y pH-impedancia en obesos: replanteando la evaluación preoperatoria bariátrica
- 172 *Bolio-Lavalle L. y cols.* Caracterización clínica y funcional de pacientes con ondas anales ultralentas mediante manometría anorrectal de alta definición
- 173 *Espinoza-López D. E. y cols.* Asociación entre disinergia defecatoria y síndrome de intestino irritable en pacientes mexicanos evaluados por trastornos de la defecación en un hospital de tercer nivel
- 174 *Espinoza-López D. E. y cols.* Identificación de los subtipos de disinergia defecatoria en una población mexicana evaluada por trastornos de la defecación en un hospital de tercer nivel
- 174 *Berzunza-Casanova A. J. y cols.* Hipervigilancia y ansiedad visceral en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico en un centro de tercer nivel de atención
- 175 *González-Gómez K. D. y cols.* Número total de síntomas como predictor negativo de enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes con eructos supragástricos
- 175 *Toledo-Galván R. y cols.* Caracterización de los trastornos esofágicos de la interacción cerebro-intestino en un hospital de tercer nivel
- 176 *Cruz-Ramírez Y. J. y cols.* Correlación entre hallazgos clínicos, manométricos y de pH-metría con impedancia en pacientes con esofagitis grado "A" según la clasificación de Los Ángeles
- 178 *Remes-Troche J. M. y cols.* Tegoprazán vs. pantoprazol en ERGE erosiva: primer ensayo clínico controlado con P-CAB en Latinoamérica
- 178 *Valdovinos-García L. R. y cols.* Desempeño diagnóstico y valor clínico de la respuesta a tegoprazán como prueba terapéutica en pacientes con ERGE (análisis interino del estudio clínico fase IV Tego-TEST, estudio prospectivo, multicéntrico PC-ECI-GAS-001-2024)
- 179 *Zavala-Villegas S. y cols.* Hipertonía del esfínter esofágico superior como mecanismo de barrera antirreflujo
- 179 *González-Lozano I. A. y cols.* Capacidad del puntaje manométrico de Milán para predecir ERGE en la población mexicana

- 180 *Astudillo-Delgado M. I. y cols.* Características por monitorización ambulatoria de pH-metría con impedancia y manometría esofágica para clasificar a los pacientes con ERGE “accionable” candidatos a tratamiento invasivo del reflujo severo
- 180 *Aguado-Valerio J. A. y cols.* Predictores manométricos preoperatorios de respuesta clínica y disfagia posoperatoria en pacientes con ERGE sometidos a funduplicatura laparoscópica: estudio exploratorio en población mexicana de un hospital de tercer nivel
- 181 *Ramírez-Rangel E. M. y cols.* Malnutrición en pacientes con disfagia orofaríngea: análisis descriptivo de nueve casos
- 181 *Munguía-Lares C. A. y cols.* Prevalencia de trastornos motores del esófago en pacientes con disfagia esofágica no obstructiva
- 182 *Milán-Aguirre R. y cols.* Determinantes manométricos de disfagia persistente en pacientes posoperados con miotomía De Heller secundario a acalasia en la población del hospital de especialidades IMSS puebla
- 182 *Granados-Espinosa D. L. y cols.* Frecuencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva de acuerdo a los criterios de Lyon 2.0
- 183 *Santoyo-Fexas L. y cols.* Precisión diagnóstica de los elementos del puntaje endoscópico de CARS en la detección de acalasia
- 184 *Morales-Limón C. y cols.* Síndrome de esófago negro: una entidad que trasciende la hemorragia digestiva
- VHC en centros de rehabilitación por adicciones: hacia una medicina personalizada
- 187 *Tapia-Calderón D. K. y cols.* Daño hepático en brote por dengue en el occidente de México
- 189 *Estupiñán-Martínez R. y cols.* La sinfonía de la peristalsis: cambios en pH-metría, endoscopia e histología en los trastornos de la peristalsis esofágica según Chicago 4.0
- 189 *Vargas-Basurto J. L. y cols.* Evaluación de la respuesta al tratamiento con tegoprazán en sujetos con hipersensibilidad al reflujo
- 190 *Muñoz-Jiménez M. J. y cols.* Dispepsia postinfecciosa en pacientes con dengue grave
- 191 *Herrera-Sato M. y cols.* Asociación entre obesidad e incompetencia de la unión esofagogastrica evaluada por manometría esofágica de alta resolución
- 191 *Ordaz-Álvarez H. R. y cols.* Perfil fisiológico de la sobreposición entre incontinencia fecal y estreñimiento funcional: un análisis multicéntrico basado en manometría anorrectal y sensibilidad rectal
- 192 *Morales-Guzmán A. S. y cols.* Desregulación inmunitaria y del estado redox en dispepsia funcional (DF): análisis de perfil inflamatorio y biomarcadores de estrés oxidante
- 193 *Elías-Ortega C. R. y cols.* Factores determinantes en la elección de pruebas de cribado de cáncer colorrectal en el noroeste de México: un estudio de preferencias entre FIT y colonoscopia
- 193 *Cruz-Rodríguez L. M. y cols.* Certeza diagnóstica de la tomografía por emisión de positrones para lesiones endoscópicas malignas o premalignas en pacientes oncológicos con actividad metabólica incidental en tubo digestivo
- 194 *López-Nepomuceno A. y cols.* Frecuencia de sarcopenia al momento del diagnóstico de adenocarcinoma ductal de páncreas en adultos mexicanos que asisten a un hospital de tercer nivel
- 194 *Solís-Hernández C. G. y cols.* Prevalencia y caracterización de los tumores neuroendocrinos digestivos: un análisis epidemiológico
- 195 *Velázquez-López J. R. y cols.* Relación entre hallazgos endoscópicos e histológicos en la respuesta tumoral de cáncer de recto
- 196 *Leal Y. A. y cols.* Diferencias en las tendencias de la mortalidad por cáncer gástrico en México: epidemiología de los últimos 20 años con proyecciones a 2030

■ Trabajos libres orales, martes 18 de noviembre

- 185 *Ramírez-Mejía M. M. y cols.* Divergencia metabólica entre la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica y el síndrome metabólico: fenotipos clínicos distintos e implicaciones en la estratificación del riesgo
- 185 *Cruz-Sancén N. A. y cols.* Inferencia estadística causal en la asociación entre glutamato y colesterol HDL séricos en el contexto de esteatosis hepática
- 186 *Ceballos-Carrasco A. A. y cols.* Prevalencia de esteatosis hepática metabólica asociada al consumo de alcohol (MetALD) en población veracruzana: un estudio piloto
- 187 *Manjarrez-Rocha J. P. y cols.* Evaluación hepática holística en esfuerzo de microeliminación del

- 197 *Ortiz-Olvera N. X. y cols.* Sildenafil en el tratamiento del esófago hipercontráctil: respuesta clínica y manométrica. experiencia de un solo centro
- 197 *Bolio-Lavalle L. y cols.* Aplicación clínica del consenso de san diego sobre LPRD: prevalencia, predictores y características fisiológicas en pacientes mexicanos con síntomas laringofaríngeos
- 198 *Torres-Villalobos G. y cols.* Determinación del riesgo de síndrome metabólico y comorbilidades relacionadas en pacientes con acalasia después de la miotomía laparoscópica de Heller
- 199 *Morel-Cerda E. C. y cols.* Desenlaces clínicos y manométricos en pacientes con acalasia posoperados de miotomía esofágica de Heller más funduplicatura de Nissen en un hospital de tercer nivel
- 199 *Ordaz-Álvarez H. R. y cols.* Perfil sintomático y psicológico en pacientes con ERGE versus ERL: un estudio comparativo transversal
- 201 *Tornel-Avelar A. I. y cols.* Impacto del ultrasonido endoscópico en el diagnóstico histológico de lesiones sólidas pancreáticas: comparación antes y después de su implementación en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde
- 201 *Sánchez-Reyes K. y cols.* Manejo quirúrgico de tumores neuroendocrinos de páncreas: experiencia de 10 años en un centro de referencia
- 202 *Sández-Araiza A. y cols.* Factores predictores de estenosis o tumores biliopancreáticos en pacientes mayores de 50 años con riesgo alto de coledocolitiasis y desenlaces de seguridad asociados a CPRE
- 203 *Hernández-Musus E. S. y cols.* Pancreatitis aguda y enterocolitis neutropénica como complicaciones gastrointestinales del tratamiento CALGB modificado en pacientes con leucemia linfoblástica aguda
- 204 *Torres-Ruvalcaba D. K. y cols.* Evaluación dinámica de las enzimas pancreáticas durante la pancreatitis aguda: más allá del diagnóstico
- 205 *Contreras-Avilés E. y cols.* Manifestaciones extra-intestinales en la enfermedad inflamatoria intestinal: análisis comparativo en un centro especializado en México
- 206 *Chávez-Saavedra G. y cols.* Comportamiento de los años perdidos por muerte prematura por enfermedad inflamatoria intestinal en México y en el mundo
- 207 *Sebastián-Ocampo V. N. y cols.* Valor diagnóstico del índice MaRIA y su correlación con parámetros clínicos y bioquímicos en pacientes con enfermedad de Crohn

- 208 *Gutiérrez-Herrera F. D. y cols.* Manifestaciones extra-intestinales disminuyen la calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- 208 *Sebastián-Ocampo V. N. y cols.* Características clínicas y demográficas de pacientes con enfermedad de Crohn en un hospital de tercer nivel en México

■ Trabajos libres en cartel, martes 18 de noviembre

- 209 *Sánchez-Salinas F. y cols.* Experiencia en la detección y erradicación de várices esofágicas con tratamiento endoscópico en pacientes cirróticos en un hospital de tercer nivel
- 209 *Avilés-Guillén M. E. y cols.* Prevalencia del virus de hepatitis c en población clave, generaciones y lugar de residencia en un hospital público del estado de Veracruz: tratados con antivirales de acción directa
- 210 *Díaz-Figueroa V. y cols.* Experiencia de tratamiento con tenofovir alafenamida en pacientes con infección crónica por virus de hepatitis B
- 211 *Monsiváis-Morales J. D. y cols.* Perfil clínico etiológico de la cirrosis hepática en pacientes del CEI-HET, México, durante el periodo 2019-2025
- 211 *Flores-Sánchez A. y cols.* Rol del antioxidante endógeno en la enfermedad hepática alcohólica: perspectivas terapéuticas
- 212 *Corona-Prieto R. y cols.* Eficacia de la norepinefrina y albúmina en pacientes con síndrome hepatorenal-AKI: experiencia de vida real
- 212 *Tapia-Calderón D. K. y cols.* Evaluación de pacientes con dengue utilizando POCUS hepático y FIB-4 durante un brote en el occidente de México
- 213 *Tórrez-Arias L. A. y cols.* Evaluación de respuesta a betabloqueantes para hipertensión portal mediante elastografía esplénica
- 214 *Salcido-Yáñez C. y cols.* Pacientes delgados con MASLD se asocian con un mayor riesgo de fibrosis entre las personas que viven con VIH, un estudio prospectivo
- 214 *Cuevas-Ortiz A. y cols.* Pérdida del injerto hepático en pacientes postrasplantados en un centro de tercer nivel: causas y desenlaces
- 215 *Flynn-Ferreira E. y cols.* Experiencia en el tratamiento de la hepatitis C en pacientes embarazadas en la clínica de hepatitis del hospital de alta especialidad de Veracruz

- 216 Carrillo-Álvarez J. L. y cols. Síndrome de obstrucción sinusoidal hepático (HSOS): más allá de la ictericia
- 216 Ortiz J. C. y cols. Perfil de autoinmunidad de la hepatitis autoinmune tipo 1, serie de casos de un hospital general de zona
- 217 González-Peña C. y cols. MASLD en pacientes bajo tratamiento antipsicótico (serie de casos)
- 218 Romero-Gómez K. y cols. Valor pronóstico del cociente lactato/albúmina en pacientes con cirrosis hepática descompensada hospitalizados en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos (2023-2024)
- 218 Hernández-Garza V. y cols. Capacidad pronóstica de diferentes sistemas de puntuación para predecir mortalidad muy temprana (7 días) en pacientes mexicanos con cirrosis y falla hepática aguda sobre crónica (ACLF)
- 219 Hernández-Rodríguez A. y cols. Evaluación del perfil inflamatorio en MASLD y cirrosis hepática inducida por alcohol
- 219 Hernández-Santillán M. y cols. Las proteínas de unión al factor de crecimiento insulinoide (IGFBP), ¿posibles biomarcadores en enfermedades hepáticas asociadas al consumo de alcohol?
- 219 López-Ortiz H. E. y cols. Análisis de las proteínas de unión al factor de crecimiento insulinoide-1, 2, 3 y 7 en enfermedad hepática crónica por MASLD y hepatitis C crónica
- 220 Coronel-Castillo C. E. y cols. Validación del score HOPE-EVL para predicción de mortalidad intra-hospitalaria en pacientes con hemorragia digestiva alta variceal
- 221 Longoria-Márquez M. y cols. Impacto de las comorbilidades autoinmunes en la respuesta bioquímica al ácido ursodesoxicólico en pacientes con colangitis biliar primaria: análisis retrospectivo de una cohorte de 24 casos
- 221 Guzmán-Rodríguez N. y cols. Transición epidemiológica de la cirrosis hepática en un hospital de alta especialidad de México: el auge de la enfermedad metabólica como principal causa
- 222 Céspedes-Saballos Y. G. y cols. Índice ácido úrico/HDL colesterol como factor de mal pronóstico en pacientes con enfermedad hepática crónica de etiología MASLD en un hospital de tercer nivel
- 223 Macías-Beaven J. R. y cols. Una rigidez hepática basal elevada predice la no respuesta al tratamiento con azatioprina en hepatitis autoinmune tipo 1: un estudio prospectivo
- 223 Aramburo-Lucas I. y cols. Trastornos tiroideos como determinante de agudización en pacientes con cirrosis hepática: un estudio comparativo entre estadio compensado y descompensado
- 224 Ávalos-Morales A. P. y cols. Factores de riesgo para enfermedad por esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD) en pacientes atendidos en un hospital de segundo nivel
- 224 Valdez-Vega L. D. y cols. Tumores neuroendocrinos hepáticos primarios: experiencia clínica en una institución de tercer nivel
- 225 Robles-Casanova L. y cols. Cistatina C como predictor de descompensación clínica: análisis de curva ROC en pacientes con cirrosis
- 226 Gutiérrez-Rodríguez E. A. y cols. Comparación de marcadores serológicos como predictores de fibrosis avanzada en hepatitis autoinmune en población mexicana
- 226 Rodríguez-Bravo G. A. y cols. Manifestaciones dermatológicas de enfermedades autoinmunes del hígado y vías biliares, seguimiento a 10 años en una cohorte mexicana
- 227 Manjarrez-Rocha J. P. y cols. Esteatosis y fibrosis hepática en un plan de microeliminación del VHC en mujeres privadas de la libertad en México: hacia una atención hepática holística
- 228 Pérez-Sánchez J. y cols. Prevalencia de infecciones bacterianas en hemorragia variceal y su asociación con días de estancia hospitalaria, mortalidad, resangrado y ACLF
- 228 Díaz-García A. y cols. Comparación de índices no invasivos para la predicción de várices esofágicas en población con cirrosis
- 229 Melgar-Pliego A. y cols. Comparación de desenlaces postrasplante entre pacientes con CHC sometidos a *downstaging* y Criterios de Milán en un centro nacional de referencia
- 229 Melgar-Pliego A. y cols. Complicaciones médicas y quirúrgicas en receptores de trasplante hepático: análisis de una cohorte en un hospital de referencia nacional (2019-2024)
- 230 Moras-Villela J. L. y cols. Éxito de un segundo tratamiento con antivirales de acción directa en pacientes con infección crónica por virus de hepatitis C. Estudio transversal
- 230 Baca-García M. y cols. ¿Existe un límite seguro en la paracentesis de gran volumen? perspectiva basada en la evidencia

- 231 *Rangel-Guzmán K. I. y cols.* Calidad de vida en pacientes con sospecha de enfermedad hepática
- 231 *Herrera-Martínez H. M. y cols.* Asociación de marcadores inflamatorios (PCR, VSG y ferritina) en pacientes con encefalopatía hepática mínima (EHM) diagnosticados por el test de puntuación psicométrica de encefalopatía hepática (PHES) en un hospital de tercer nivel
- 232 *Mejía-Ramírez J. y cols.* El factor de crecimiento del tejido conectivo: un marcador potencial para la fibrosis en colestasis
- 232 *Lorenzo-Valle D. B. y cols.* La derivación portosistémica intrahepática transyugular reduce la carga de atención hospitalaria en pacientes con cirrosis descompensada
- 233 *Rivera-Medina I. L. y cols.* Incidencia, mortalidad y etiología de la falla hepática aguda (FHA) en un hospital de tercer nivel de Nuevo León
- 233 *Sández-Araiza A. y cols.* Asociación entre etiología de cirrosis y complicaciones vasculares: análisis de trombosis portal en una cohorte mexicana
- 234 *Mercado-Herrera D. M. y cols.* ¿Cómo evaluar el consumo de alcohol? Análisis descriptivo del trastorno por consumo de alcohol y de la enfermedad hepática alcohólica
- 234 *Meixueiro-Olivera K. M. y cols.* Diferencia entre géneros en el desarrollo de cirrosis por alcohol y sus complicaciones
- 235 *Hernández-Torres M. F. y cols.* Experiencia clínica con sirolimus en pacientes postrasplantados de hígado por enfermedades autoinmunes en un hospital de tercer nivel en México
- 235 *Escobedo-Zúñiga A. P. y cols.* Uso de albúmina en dosis subóptima en pacientes con diagnóstico de enfermedad hepática crónica descompensada
- 235 *Escobedo-Zúñiga A. P. y cols.* Hallazgos histológicos y comportamiento serológico en sospecha diagnóstica de hepatitis autoinmune en un hospital de tercer nivel
- 236 *Cabrera-Larios H. y cols.* Prevalencia de fragilidad en pacientes con cirrosis hepática y su relación con mortalidad y hospitalizaciones
- 237 *Pérez-Cárdenas F. A. y cols.* Evaluación comparativa del índice GPR para la detección de cirrosis en pacientes con colangitis biliar primaria: un estudio retrospectivo frente a índices convencionales
- 237 *Ruiz-Ravelo R. M. y cols.* Desenlaces clínicos de hemorragia variceal en cirrosis: evaluación de mortalidad y resangrado
- 238 *Rodríguez-Martínez J. S. y cols.* Tasa de respuesta al ácido ursodesoxicólico en pacientes con colangitis biliar primaria: factores asociados y utilidad de criterios clínicos
- 238 *Antuna-Villaseñor L. R. y cols.* Factores asociados a lesión renal aguda y su impacto clínico en pacientes con cirrosis hepática y sangrado variceal
- 240 *Salazar-Zamudio A. y cols.* Factores clínicos asociados a incremento en riesgo de mortalidad en pacientes que debutan con falla hepática aguda sobre crónica (ACLF)
- 240 *Murillo-López M. y cols.* Asociación de la masa muscular y el sexo con la resistencia a la insulina en pacientes con MASLD y obesidad
- 241 *Consuelo-Sánchez A. y cols.* Algoritmos para el diagnóstico de la deficiencia de lipasa ácida lisosomal
- 242 *Mendoza-Osorio E. M. y cols.* Respuesta clínica y endoscópica a mesalazina en pacientes con síndrome de Peutz-Jeghers y pólipos gastrointestinales: reporte de casos
- 243 *Pérez-Pérez V. G. y cols.* Prevalencia de lesiones incidentales del tracto gastrointestinal asociadas a dolor abdominal en pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital español de México durante el periodo 2024
- 243 *Contreras-Chong M. F. y cols.* Dolor abdominal y diarrea crónica como manifestación de angioedema hereditario: serie de casos de una familia mexicana
- 245 *Tinitana-Jumbo C. S. y cols.* Tegoprazán frente a esomeprazol para la erradicación de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes mexicanos vírgenes a tratamiento
- 245 *Vera-Nungaray S. A. y cols.* Comparación de la utilidad del índice plaqueta bazo (IPB), el índice de Lok y el índice eVendo como predictores no invasivos de várices gástricas
- 246 *Aparicio-Osorio A. A. y cols.* Tolerabilidad mejorada de la terapia dual con tegoprazán y amoxicilina para la erradicación de *Helicobacter pylori*: revisión sistemática y metaanálisis
- 246 *Méndivil-Sáenz S. P. y cols.* Conocimiento, actitudes y prácticas sobre el uso de P-CAB en México

- 247 Lorenzo-Valle D. B. y cols. Rol del apego terapéutico en la adherencia y respuesta al tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*
- 247 Remes-Troche J. M. y cols. Explorando la actividad eléctrica gástrica con EGG: experiencia inicial en voluntarios asintomáticos en México
- 248 Vázquez-Pérez R. y cols. Asociación entre el uso de inhibidores de la bomba de protones y el riesgo de neumonía en pacientes hospitalizados: una revisión sistemática y metaanálisis
- 249 Vázquez-Montemayor V. y cols. Tratamiento, respuesta y desenlace en cáncer gástrico: una serie de casos desde la práctica hospitalaria en un centro en Monterrey, Nuevo León
- 250 García-Ureña A. I. y cols. Indicadores de enfermedad avanzada en pacientes con alta sospecha y diagnóstico de cáncer gástrico
- 251 Osorio-Reyes W. R. y cols. Factores de riesgo asociados al uso de anticoagulantes en relación a la incidencia y mortalidad en pacientes con COVID-19 con hemorragia gastrointestinal superior
- 251 Bernal-Hernández E. E. R. y cols. Correlación del índice internacional de riesgo hemorrágico con escalas pronósticas validadas para sangrado de tubo digestivo alto no variceal
- 251 Ramírez-Marcial R. y cols. Factores asociados a lesiones premalignas gástricas en pacientes con infección por *Helicobacter pylori*
- 252 Madinaveitia-Sánchez C. I. y cols. El cociente BUN/creatinina como predictor de necesidad de tratamiento endoscópico en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal
- 252 Hernández-Jiménez M. F. y cols. ¿Cuál es la mejor escala para predecir la mortalidad en hemorragia digestiva alta no variceal? Análisis comparativo de AIMS65, ABC, Glasgow-Blatchford y Rockall preendoscópico
- 253 Herrera-Quñones G. y cols. Comparación de esquemas con IBP versus PCAB para la erradicación de *Helicobacter pylori*: estudio retrospectivo en práctica ambulatoria del noroeste de México
- 253 Céspedes-Saballos Y. G. y cols. Perfil clínico, factores asociados y respuesta terapéutica en pacientes con gastroparesia en un hospital de tercer nivel
- 254 Mijangos-Trejo A. M. y cols. Gastritis atrófica autoinmune crónica y sus características endoscópicas
- 254 Hernández-Musus E. S. y cols. Hipoalbuminemia como predictor de mortalidad en hemorragia gastrointestinal superior
- 255 Baca-García M. y cols. Evaluación de síntomas de reflujo gastroesofágico posterior al tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*: inhibidores de bomba de protones vs. bloqueadores de ácido competitivo de potasio
- 256 Escobedo-Zúñiga A. P. y cols. Factores de riesgo relacionados a resangrado en hemorragia no variceal
- 257 Espinoza-López D. E. y cols. Prevalencia, caracterización clínica y endoscópica de colitis microscópica y sus subtipos en una población mexicana de pacientes con diarrea crónica atendidos en un hospital de tercer nivel
- 258 Torres-Ruvalcaba D. K. y cols. Concordancia entre la prueba de tamizaje personal en médicos y el recomendado a pacientes para la detección oportuna de cáncer colorrectal
- 258 Cortinas-Hernández R. C. y cols. Actitudes hacia la colonoscopia como tamizaje en el noreste de México: resultados de una encuesta poblacional
- 259 Céspedes-Saballos Y. G. y cols. Factores asociados a lesiones premalignas colorrectales en pacientes con absceso hepático: estudio retrospectivo en un hospital de tercer nivel
- 259 Meixueiro-Olivera K. M. y cols. Hiposensibilidad rectal y su asociación con parámetros manométricos en pacientes con estreñimiento
- 259 Morales-Gómez C. O. y cols. Factores sociodemográficos asociados a la participación de la población en una campaña de tamizaje de cáncer de colon en el noroeste de México
- 260 Ledesma-Martínez E. y cols. Cuando el conocimiento no es suficiente: factores que influyen en la aceptación o negación de la colonoscopia ante una prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces positiva
- 260 Sánchez-Escandón M. A. y cols. Cáncer colorrectal en el noroeste de México: ¿qué saben las personas sobre las causas, prevención, el desarrollo, la detección oportuna y los síntomas?
- 261 Inzunza-Rodríguez M. A. y cols. Disposición y preferencias de tamizaje de cáncer colorrectal en adultos de 45-50 años en el noroeste de México
- 261 Elías-Ortega C. R. y cols. ¿Es hora de adelantar el tamizaje? Una alerta sobre la detección de lesiones

- precursoras de cáncer colorrectal y factores asociados a adenomas y pólipos serrados en colonoscopias diagnósticas en el noroeste de México
- 262 *Mendivil-Sáenz S. P. y cols.* Utilidad del índice de fatigabilidad como parámetro discriminativo entre estreñimiento crónico e incontinencia fecal
- 262 *Alatorre-Vázquez E. y cols.* Infección por *Clostridioides difficile*: análisis sobre los factores de riesgo y sus implicaciones en la mortalidad hospitalaria
- 263 *Armenta-Olivas M. A. y cols.* Correlación manométrica y clínica en incontinencia fecal: un estudio basado en la escala de Wexner
- 263 *Félix-Gurrola J. y cols.* Factores asociados a positividad en pruebas inmunoquímicas fecales en una campaña de escrutinio de cáncer colorrectal en Baja California
- 264 *Von Bertrab-Carmona G. y cols.* Variación e incidencia microbiológica en el panel gastrointestinal en contexto de crisis de escasez de agua en el área metropolitana de Monterrey: un estudio multicéntrico
- 264 *García-Favela M. M. y cols.* Detección de cáncer colorrectal con pruebas inmunoquímicas fecales en el noroeste de México: éxito y desafíos de una campaña de tamizaje gratuita
- 265 *García-Favela M. M. y cols.* Más allá del consultorio: ¿dónde prefiere información la población del noroeste de México sobre la prevención del cáncer colorrectal?
- 265 *Hernández-Musus E. S. y cols.* Manifestaciones del linfoma plasmablastico gastrointestinal: una serie de casos con afectación de colon y recto
- 266 *Cruz-Rico C. L. y cols.* Manifestaciones clínicas de la malrotación intestinal en adultos: serie de casos y revisión de la literatura
- 267 *Castillo-López P. U. y cols.* Factores de riesgo y características clínicas, bioquímicas en pacientes que se realiza una colonoscopia para detección de cáncer colorrectal en un segundo nivel de atención IMSS HGR 200 Tecámac Edo. de México
- 267 *Quiñónez-Barrera M. A. y cols.* Perfil fisiológico y clínico en pacientes con estreñimiento evaluados por manometría anorrectal
- 268 *Solís-Hernández C. G. y cols.* Perfil epidemiológico y frecuencia de la diarrea crónica en una población mexicana
- 268 *Solís-Hernández C. G. y cols.* Prevalencia y caracterización de los tumores neuroendocrinos digestivos: un análisis epidemiológico
- 269 *Amezcu-Gómez P. A. y cols.* Distribución etiológica de la diarrea aguda en adultos y utilidad diagnóstica de la PCR gastrointestinal en un hospital de tercer nivel en México
- 269 *Rodríguez-Cruz H. y cols.* Evaluación de la correlación entre indicadores clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos en colitis ulcerosa crónica idiopática: un estudio observacional
- 270 *Campos-Martínez B. I. y cols.* Asociación entre el tipo de anticoagulante utilizado y la aparición de hemorragia de tubo digestivo: análisis retrospectivo realizado en el hospital español (2023-2025)
- 271 *Félix-Gurrola J. y cols.* Preferencias en pruebas de escrutinio para el cáncer de colon: el poder de la información
- 271 *Castro-Rodríguez O. D. y cols.* Caracterización de la hemorragia gastrointestinal baja en receptores de trasplante renal: enfoque en la enfermedad injerto contra huésped intestinal en un centro de tercer nivel en el occidente de México



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Sábado 15 de noviembre de 2025

Pediatría

Sab001

CORRELACIÓN ENTRE ÍNDICES CLÍNICOS DE ACTIVIDAD, MARCADORES BIOQUÍMICOS, ÍNDICES DE ACTIVIDAD ENDOSCÓPICA E HISTOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON FENOTIPO DE COLITIS ULCEROSA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO EN EL PERIODO 2014-2024

M. J. López-Zavaleta, R. Vázquez-Frias, Grupo Colaborativo: Clínica de Gastroinmuno, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Aproximadamente el 25% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se presenta dentro de la edad pediátrica. En México no existe información sistematizada para determinar/monitorizar la carga de la enfermedad inflamatoria intestinal. Según los criterios de Porto, la evaluación de la EII se basa en manifestaciones clínicas, laboratoriales, imagenológicas, así como endoscópicas e histológicas, ya que no siempre hay correlación entre las pruebas de laboratorio y el estudio endoscópico tanto al momento del diagnóstico como en el seguimiento.

Objetivo: Describir la correlación entre índices clínicos, marcadores bioquímicos, hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal de fenotipo colitis ulcerosa tratados en un hospital de tercer nivel de atención y referencia para este tipo de padecimiento en México.

Material y métodos: Estudio observacional, retrolectivo y analítico de registros de expedientes y archivos de imágenes endoscópicas de pacientes menores de 18 años con EII, fenotipo de colitis ulcerosa, atendidos en un hospital de tercer nivel en el periodo de 2014 a 2024. Se realizó un análisis de correlación entre los parámetros clínicos, laboratoriales, imagenológicos, endoscópicos e histológicos de los pacientes con colitis ulcerosa, mediante la prueba ji cuadrada en variables categóricas y ANOVA de un factor o prueba de Kruskal-Wallis para las variables cuantitativas. Dada la naturaleza del estudio no se requirió firma de consentimiento informado.

Resultados: Se realizaron 47 mediciones simultáneas de los parámetros clínicos, laboratoriales, endoscópicos e histológicos correspondientes a 29 pacientes con diagnóstico de EII y fenotipo de colitis ulcerosa desde 2014 hasta 2024, de los cuales 51,1% correspondió al sexo masculino. La edad media al

diagnóstico fue de $8,02 \pm 4,69$ años. Se realizó un análisis de la correlación de la actividad histológica con las variables evaluadas y se identificó correlación positiva débil con el índice pediátrico de actividad en colitis ulcerosa (PUCAI) ($r = 0,182$). En cuanto a las variables bioquímicas se halló correlación negativa débil con los valores de Hb ($r = -0,198$); los valores de leucocitos demostraron correlación positiva moderada ($r = 0,280$); no se reconoció una relación significativa con las cifras de plaquetas ($r = -0,008$), mientras que para los valores de albúmina se identificó una correlación negativa débil ($r = -0,186$). Los marcadores inflamatorios de proteína C reactiva mostraron correlación positiva débil ($r = 0,157$) y para la velocidad de sedimentación globular (VSG) una correlación negativa débil ($r = -0,128$). Para los valores de calprotectina fecal (CF) se encontró una correlación positiva débil ($r = 0,231$). La relación entre la actividad histológica y la actividad endoscópica mostró una correlación positiva moderada ($r = 0,586$).

Conclusiones: No existe una relación sólida entre el grado de actividad clínica evaluado por PUCAI y el grado de actividad histológica. La CF y el grado de actividad histológica revelaron una correlación positiva débil, lo que demuestra no ser suficiente para monitorizar la actividad de la enfermedad. Los valores de CF por sí solos no parecen tener utilidad clínica en el seguimiento de pacientes con EII. La evaluación de la actividad de la enfermedad debe considerar aún la actividad clínica con valores bioquímicos y endoscópicos con toma de biopsia para tomar decisiones.

Financiamiento: Ninguno.

Sab002

IgG COMO BIOMARCADOR SÉRICO DE ACTIVIDAD HISTOLÓGICA Y FIBROSIS EN NIÑOS CON HEPATITIS AUTOINMUNE AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

M. P. Padilla-Sánchez, C. R. Flores-Soriano, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre/Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad hepática rara, necroinflamatoria, progresiva e inmunomediada de causa desconocida, caracterizada por autoanticuerpos circulantes específicos, concentraciones elevadas de inmunoglobulina G (IgG) y una histopatología particular. La biopsia hepática es necesaria para confirmar el diagnóstico y evaluar la gravedad del daño hepático. Los biomarcadores séricos actuales de lesión

hepática en la HIA utilizados en la práctica incluyen las aminotransferasas (AST y ALT) y la IgG. Existe una relativa escasez de datos sobre el papel de la IgG en la actividad histológica y la fibrosis en niños con HAI.

Objetivo: Establecer un punto de corte de la cohorte de IgG con mayor rendimiento y correlación con la actividad necroinflamatoria y la fibrosis en niños con HAI.

Material y métodos: Los datos se obtuvieron mediante revisión retrospectiva de historias clínicas y uso del código K75.4 para HAI en un centro pediátrico de tercer nivel de la Ciudad de México durante 10 años (2014-2024). La HAI se confirmó de acuerdo con los criterios de puntuación propuestos por la ESPGHAN 2018 (> 7: probable; > 8: definitiva).

Criterios de exclusión: cuadros con información faltante y biopsias no disponibles para evaluación (evaluación para el mismo patólogo pediatra). Se recogieron características demográficas, clínicas, de laboratorio, serológicas e histológicas. Se realizó un estudio transversal analítico. Los resultados se expresaron como número (%) o media (+ DE). Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. Se utilizó el sistema de puntuación de Scheuer para evaluar la actividad necroinflamatoria y los cambios histológicos. Una puntuación de 0 indicaba ausencia de necroinflamación/fibrosis, 1-2 representaba necroinflamación/fibrosis leve y 3-4 necroinflamación/fibrosis grave. Se utilizó una curva ROC de 5 puntos para establecer el punto de corte de la cohorte de IgG con mayor rendimiento y correlación con la actividad necroinflamatoria y la fibrosis. Los valores de IgG fueron los comunicados seis meses antes de la biopsia.

Resultados: Se identificó a 29 pacientes que cumplían criterios de HAI. Se revisaron 21 biopsias hepáticas y un total de 16 biopsias de hígado nativo de 16 pacientes fueron elegibles para la evaluación. La sensibilidad fue del 87% y la especificidad del 62% para la actividad necroinflamatoria, con un valor predictivo negativo (VPN) de 0,83 en la cohorte con valores de IgG de 2 000 mg/dL. En cuanto a la fibrosis, la sensibilidad fue del 75% y la especificidad del 90%, con un VPN de 0,90 en la cohorte con cifras de IgG de 3 000 mg/dL.

Conclusiones: El valor elevado de IgG está altamente vinculado con la actividad histológica en pacientes pediátricos con HAI. Estos hallazgos sugieren que las concentraciones de IgG podrían servir como marcador para evaluar la actividad y progresión de la enfermedad y deben evaluarse de forma seriada en el seguimiento rutinario. Sin embargo, la IgG no debe considerarse un criterio de diagnóstico independiente, sino utilizarse junto con otros biomarcadores clínicos e histológicos.

Financiamiento: No se incluyó financiamiento en esta investigación.

Sab003

CORRELACIÓN ENTRE LA CIRCUNFERENCIA DE CUELLO Y LA ADIPOSIDAD CENTRAL CON ALTERACIONES METABÓLICAS EN NIÑOS CON OBESIDAD

A. G. Ayala-Germán, C. A. Medina-Campos, Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE, IMSS

Introducción: El sobrepeso o la obesidad infantil constituyen un importante problema de salud pública a nivel mundial. Su diagnóstico antropométrico, en mayores de dos años, se establece mediante la determinación del índice de masa corporal (IMC) y la utilización de los percentiles $\geq 85^{\circ}$ y $\geq 95^{\circ}$, respectivamente, conforme a las curvas de crecimiento de la OMS/CDC. Se calcula que para finales de 2025 cerca de 206 millones de niños de 5 a 19 años tendrán el diagnóstico de obesidad. En México, la prevalencia alcanzó 34,2%, de acuerdo con lo informado en 2023. La adiposidad superior se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades metabólicas. La circunferencia de cuello (CC) ha emergido como un método alternativo para determinar la adiposidad y posee ventajas por su nula variación circadiana o posprandial, lo cual lo posiciona como un posible marcador indirecto de adiposidad central y de alteraciones metabólicas relacionadas, como en el incremento de la alanina aminotransferasa (ALT) y la deficiencia de vitamina D.

Objetivo: Determinar la correlación entre la CC y la circunferencia abdominal (CA), índice cintura-talla (ICT) y los valores de ALT y vitamina D en niños con sobrepeso/obesidad.

Material y métodos: Es un estudio de correlación (observacional, comparativo, transversal y prospectivo). Se incluyó una muestra de 22 pacientes con diagnóstico de sobrepeso/obesidad. Se registraron las mediciones antropométricas de CC, CA e ICT y se recabaron los valores séricos de vitamina D y ALT. Se de-

terminaron los coeficientes de correlación de Pearson/Spearman de acuerdo con la distribución de las variables.

Resultados: De los 22 participantes, el 41% ($n = 9$) correspondió a hombres y 59% ($n = 13$) a mujeres. En cuanto al diagnóstico nutricional, el 4,5% ($n = 1$) presentó sobrepeso y 54,5% ($n = 12$), 18,2% ($n = 4$) y 22,7% ($n = 5$) obesidad de clases I, II y III, respectivamente, sin diferencia significativa entre sexo ($p = 0,422$). Las medias de los valores antropométricos fueron: CC de 36 cm ($\pm 5,3$), CA de 99,5 cm ($\pm 13,1$) e ICT de 0,65 ($\pm 0,07$). Las medias de los valores séricos fueron: ALT de 76,5 UI/L y vitamina D de 22,5 ng/mL. Se encontraron una correlación positiva alta entre la CC y la CA (R Pearson: 0,60, $p < 0,01$), una correlación negativa moderada entre el ICT y los valores de ALT (R Spearman: -0,46, $p = 0,03$) y una negativa alta en las mujeres (R Spearman: -0,706, $p < 0,01$). No se halló correlación entre el CC y el ICT, cifras de ALT y vitamina D.

Conclusiones: La circunferencia del cuello se correlaciona positivamente con la circunferencia abdominal, lo que respalda su utilidad como marcador de adiposidad superior. No obstante, no se observó correlación entre la CC y el ICT ni con los valores de ALT o vitamina D. Sin embargo, el ICT se relaciona con disminución de la cifra de ALT, en contraste con los informes ya publicados. Se recomienda la realización de estudios que incluyan población sin obesidad para determinar la direccionalidad de esta última correlación.

Financiamiento: Ninguno.

Sab004

RECURRENCIA DE SANGRADO DIGESTIVO VARICEAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA POR HIPERTENSIÓN PORTAL EXTRAHEPÁTICA. HOSPITAL DE TERCER NIVEL 2020-2024

V. E. Úbeda-Urbina, R. Vázquez-Frias, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: En los últimos años se han propuesto múltiples estrategias para el control del sangrado de tipo variceal por hipertensión portal prehepática (HPPH) en edad pediátrica, el cual requiere tratamiento médico, múltiples transfusiones e intervenciones endoscópicas. A medida que evoluciona la enfermedad aumenta la morbilidad, disminuye la calidad de vida, se necesita atención médica repetida y se pone en riesgo la vida del paciente con mortalidad considerable. El control de la hipertensión portal ha revolucionado con los avances de los enfoques quirúrgicos y diferentes técnicas de derivación portosistémica (DPS), que es un puente mientras se instituye el tratamiento definitivo con el trasplante hepático. La recurrencia del sangrado variceal posterior a la DPS oscila entre 4 y 17,6%. Se desconoce la recurrencia del sangrado variceal posterior a DPS en este tipo de pacientes pediátricos en una institución de tercer nivel de atención en México.

Objetivo: Describir la recurrencia del sangrado variceal en pacientes pediátricos con hipertensión portal prehepática sometidos a derivación portosistémica en un instituto nacional de salud de atención pediátrica en México entre 2020 y 2024.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal. Se revisaron expedientes y se incluyó a aquellos de pacientes pediátricos con hipertensión portal prehepática intervenidos quirúrgicamente. Se analizaron características demográficas, evolución clínica, recurrencia de sangrado y complicaciones posquirúrgicas, de diferentes técnicas de derivación portosistémica (meso-ilio-cava, tipo Warren, derivación portosistémica intrahepática transyugular [TIPS] y meso-Rex). Se empleó estadística descriptiva y análisis con ji cuadrada para evaluar las relaciones.

Resultados: Se incluyeron datos de 41 pacientes, con predominio del sexo masculino (65,9%); la edad media de intervención fue de ocho años. La causa más frecuente fueron la degeneración cavernomatosa de la vena porta (92,7%) y la fibrosis hepática congénita (variedad no colangítica). La mayoría de los casos estaba eutrófica al momento de la derivación. La técnica quirúrgica más usada fue meso-ilio-cava (75,6%) y el resto correspondió a la derivación de tipo Warren. No hubo ningún procedimiento por TIPS ni meso-Rex. En todo el grupo de pacientes se observó una recurrencia de hemorragia variceal del 24,4%. No hubo vinculación entre la técnica empleada y la recurrencia de sangrado ($p = 0,710$) ni con mortalidad (2,4%). Se observó una mayor frecuencia de recurrencia en el grupo de dos a cinco años ($p = 0,008$). Las principales manifestaciones persistentes al año de la derivación fueron trombocitopenia (75,6%), esplenomegalia (56,1%) y persistencia de vórices esofágicas (53,7%).

Conclusiones: La recurrencia del sangrado variceal posterior a la derivación portosistémica supera lo encontrado en otras series y alcanza hasta una cuarta parte de las ocasiones. No hay diferencia de recurrencia de sangrado entre ambas técnicas quirúrgicas empleadas ni con complicaciones posoperatorias. A menor edad para realizar la derivación mayor riesgo de resangrado. Se requieren estrategias individualizadas para mejorar el pronóstico y la evolución posquirúrgica en estos pacientes.

Financiamiento: Ninguno.

Sab005

ÍNDICES NO INVASIVOS APRI, PC/SD Y FIB-4 PARA LA DETECCIÓN DE VÁRICES ESOFÁGICAS GRANDES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN PORTAL

J. Amezcua-Martínez, D. G. Ramos-Dichi, J. F. Cadena-León, F. E. Zárate-Mondragón, E. Montijo-Barrios, K. R. Ignorosa-Arellano, E. Toro-Monjaraz, R. Cervantes-Bustamante, M. Martínez-Soto, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Las várices esofágicas grandes representan una complicación grave de la hipertensión portal pediátrica con riesgo significativo de hemorragia potencialmente letal. Aunque la endoscopia es el estándar de oro para su detección, su naturaleza invasiva ha llevado a la búsqueda de métodos no invasivos de tamizaje. Los índices APRI, PC/SD y FIB-4 han demostrado utilidad en la población adulta, pero su validación en pediatría ha sido limitada por estudios con tamaños de muestra insuficientes.

Objetivo: Evaluar la utilidad diagnóstica de los índices APRI, PC/SD y FIB-4 como herramientas de tamizaje para la detección de várices esofágicas grandes en pacientes pediátricos con hipertensión portal, con un tamaño de muestra calculado de forma prospectiva.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes pediátricos con hipertensión portal del Instituto Nacional de Pediatría (2015-2025). El tamaño de la muestra se calculó mediante G*Power 3.1 y regresión logística

(OR esperado: 2,0; prevalencia: 70%; R^2 : 0,10; α : 0,05; potencia: 80%); el resultado fue de 102 pacientes requeridos. Se calcularon los índices APRI, PC/SD y FIB-4 mediante datos bioquímicos y ultrasonográficos con alta completitud (> 90% para variables principales). La variable dependiente fue la presencia de várices esofágicas grandes detectadas por endoscopia. Se realizó análisis de curvas ROC con intervalos de confianza del 95% y *bootstrap*, tras calcular sensibilidad, especificidad, valores predictivos y área bajo la curva (AUC).

Resultados: Se analizó a 102 pacientes (lo que cumplió el tamaño de muestra calculado): 53 niñas (52%) y edad mediana de 3,7 años (intervalo: 0,0-17,7). La prevalencia de várices esofágicas grandes fue de 49,0% (50/102) y de sangrado digestivo de 39,2% (40/102). Se logró calcular APRI en 102 casos (100%), PC/SD en 92 (90,2%) y FIB-4 en 101 (99,0%).

Rendimiento diagnóstico (AUC con IC95%):

- APRI, 0,493 (0,387-0,623): rendimiento pobre
- PC/SD, 0,442 (0,329-0,576): rendimiento pobre
- FIB-4, 0,518 (0,409-0,630): rendimiento pobre
- Mejor predictor (albúmina), 0,572 (0,453-0,682): rendimiento pobre

Criterios de tamizaje: ningún predictor alcanzó $AUC \geq 0,6$ (capacidad discriminativa aceptable). Sólo ALT mostró sensibilidad $\geq 90\%$ (100%) y VPN $\geq 95\%$ (100%), pero con especificidad inaceptablemente baja (3,8%). Los resultados contrastan de forma marcada con los estudios en adultos en los que estos índices muestran AUC de 0,70-0,85 (AUC por cada predictor evaluado).

Conclusiones: Con un tamaño de muestra calculado de manera prospectiva (102 pacientes), este estudio establece evidencia robusta de que los índices no invasivos APRI, PC/SD y FIB-4 poseen capacidad discriminativa limitada para predecir várices esofágicas grandes en pacientes pediátricos con hipertensión portal. Ningún predictor cumple criterios para tamizaje clínico efectivo. La endoscopia digestiva alta debe mantenerse como estándar de oro en la población pediátrica. Los resultados confirman diferencias fisiopatológicas significativas entre las poblaciones pediátrica y adulta, lo que justifica el desarrollo de biomarcadores específicos para pediatría. Este estudio proporciona la primera evidencia definitiva sobre las limitaciones de estos índices en la población pediátrica mexicana y orienta la investigación futura hacia nuevas herramientas diagnósticas específicas para esta población.

Financiamiento: Sin patrocinio.



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 16 de noviembre de 2025

Pediatría

Dom006

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INGESTA DE CÁUSTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Y. Leonardo-Salmerón, D. Espinosa-Saavedra, UMAE Siglo XXI, Hospital de Pediatría

Introducción: Un agente cáustico es una sustancia química que puede causar daño al entrar en contacto directo con los tejidos, en donde la magnitud y gravedad de las lesiones producidas dependen de diversos factores como el tipo de sustancia, su forma física, concentración, pH, cantidad y tiempo de exposición. La ingestión de estas sustancias representa un problema de salud pública a nivel mundial, especialmente en países en vías de desarrollo. Se calcula una incidencia de 38,7 casos/100 000 habitantes, con una mortalidad del 1 a 4% en los países occidentales. En México no existe datos epidemiológicos precisos sobre su incidencia.

Objetivo: Describir las características clínicas y los hallazgos endoscópicos en pacientes pediátricos con ingestión de cáusticos en un hospital de tercer nivel. Referir la frecuencia de complicaciones secundarias (perforación esofágica o gástrica y estenosis esofágica).

Material y métodos: Diseño observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo. Pacientes con sospecha de consumo de cáusticos atendidos en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2024. El análisis de las variables se realizó con el programa estadístico SPSS versión 21,0; para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias simples y porcentajes, y para las variables cuantitativas se usaron mediana, mínimo y máximo.

Resultados: Se encontró un total de 33 pacientes en el periodo comprendido entre enero del 2017 y diciembre 2024, de los cuales el sexo masculino representó el 72,7% (n = 24), con una mediana de edad de 1,8 años. El 100% de los pacientes tuvo una ingestión de tipo accidental y el tipo de cáustico más ingerido fue la sosa en un 30,3%. El tiempo desde el consumo del cáustico hasta la realización de la endoscopia tuvo una mediana de 20 horas, con un mínimo de 11 horas y un máximo de 67 horas. Respecto de las manifestaciones clínicas se identificó como principal síntoma el vómito en un 60,6%, seguido de las lesiones orofaríngeas (edema, ampollas y úlceras) y sialorrea con el 45,5% y 24,2%, respectivamente. Por otra parte, los hallazgos endoscópicos se refirieron mediante la clasificación de Zargar; de los 33 pacientes estudiados, en el 36,4% (n = 12) se observó una mucosa esofágica sin lesiones, estadio I en

30,3%, IIa en 24,2%, IIIa en 3% y IIIb en 6,1%, como se observa en la **Tabla 1**. Tres pacientes tuvieron como complicación estenosis esofágica compleja, la cual se rehabilitó mediante endoscopia en todos los casos.

Conclusiones: Las principales características clínicas observadas en los pacientes con quemadura gastrointestinal por cáusticos fueron vómito, lesiones orofaríngeas y sialorrea. Respecto de los hallazgos endoscópicos hallados basados en la clasificación de Zargar del 100% de los pacientes, sólo el 63,6% mostró lesiones esofágicas. La complicación tardía más frecuente fue la estenosis esofágica compleja (9,1%) y no se presentaron complicaciones durante la endoscopia (perforación).

Financiamiento: No se requirieron recursos financieros externos para la realización de esta investigación.

Tabla 1. Características generales de los pacientes con ingestión de cáustico en un hospital de tercer nivel (n = 33). (Dom006)

Variable	Med	Mín-Máx
Edad (años y meses)	1, 8	0, 9 - 16,11
n (%)		
Sexo		
Masculino	24	(72,7)
Femenino	9	(27,3)
Tipo de cáustico		
Ácido	7	(21,2)
Álcali	26	(78,8)
Manifestaciones clínicas		
Vómito	20	(60,6)
Lesiones orofaríngeas	15	(45,5)
Sialorrea	10	(30,3)
Dolor local	7	(21,2)
Rechazo al alimento	5	(15,2)
Dolor abdominal	2	(6,2)
Disfagia	1	(3)
Hematemesis	1	(3)
Clasificación de Zargar		
0	12	(36,4)
I	10	(30,3)
IIa	8	(24,2)
IIb	0	(0)
IIIa	1	(3)
IIIb	2	(6,1)
IV	0	(0)

Dom007

FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ACALASIA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

M. M. Contreras-Betancourt, J. R. Zárate-Guerrero, A. L. Barajas-Castro, C. G. Reiling-Gatica, S. Pacheco-Sotelo, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La acalasia es una enfermedad rara que muestra una dismotilidad esofágica y afecta a 0,10 a 0,21/100 000 niños o adolescentes por año. A nivel mundial existe escasa información con estudios retrospectivos y series de casos. En México, E. Toro-Mondragón *et al.* describieron en 2020 la evolución clínica de 10 casos. Los pacientes sufren disfagia progresiva, dolor torácico y vómito secundario a la alteración de la motilidad esofágica, así como aumento del tono e incapacidad para la relajación del esfínter esofágico inferior al momento de la deglución. La Sociedad Internacional para las Enfermedades del Esófago (ISDE, por sus siglas en inglés) establece que la vía diagnóstica incluye un esofagograma cronometrado, panendoscopia y con posterioridad una manometría esofágica de alta resolución. Esta última tiene una sensibilidad del 100% y especificidad del 98%. El tratamiento puede ser endoscópico (aplicación de toxina botulínica, dilatación con balón o miotomía endoscópica peroral) o quirúrgico (miocardiectomía de Heller).

Objetivo: Determinar la frecuencia y características clínicas en pacientes pediátricos con acalasia en un hospital pediátrico de tercer nivel.

Material y métodos: Pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología en un hospital pediátrico de tercer nivel del occidente del país que recibe población pediátrica de nueve entidades federativas de febrero de 2020 a junio de 2025. Tipo de estudio: retrospectivo y descriptivo. Variables analizadas: edad, género, estado nutricional, clínicas, manométricas con base en la clasificación de Chicago v.IV y tratamiento. Criterios de inclusión: sujetos de 6 a 18 años que contaran con manometría esofágica de alta resolución realizada en esta unidad. Se realizaron mediana y rango, así como frecuencias y porcentajes para variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente.

Resultados: Durante el periodo de estudio se efectuaron 122 estudios de manometría esofágica de alta resolución; de ellos, 8 (6,6%) revelaron acalasia con una mediana de edad de 143 (111-201) meses; 4 (50%) fueron del género femenino. Seis (75%) tenían un estado nutricional normal mientras que en uno se detectó desnutrición moderada y en otro sobrepeso. Ocho (100%) mostraron disfagia, 4 (50%) pérdida de peso y 3 (37,5%) vómito. El tipo de acalasia identificada con mayor frecuencia fue la tipo II con 6 (75%) y la tipo III con 2 (25%) casos; en 6 (75%) se identificó el signo del pico de pájaro en el esofagograma. Siete pacientes se sometieron a endoscopia y en uno se documentó dilatación esofágica. El tratamiento utilizado con mayor frecuencia fue la miotomía de Heller en 7 (87,5%) y otro se encuentra en espera del procedimiento quirúrgico.

Conclusiones: Si bien la acalasia es una afección rara en la población pediátrica, ésta se encuentra presente en el medio donde la disfagia es el síntoma principal; el presente trabajo se suma a la escasa información disponible en México.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento.

Dom008

INDICADORES DE CALIDAD EN ILEOCOLONOSCOPIA PEDIÁTRICA: UN LOGRO ALCANZABLE EN LATINOAMÉRICA

M. S. Gallardo-Luna, R. A. Castañeda-Ortiz, R. A. Rodríguez-Izaguirre, H. Castro-Anaya, J. Becerril-Bueno, G. E. Lizardi-Benítez, F. J. Torres-Franco, M. P. Padilla-Sánchez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: En la población adulta, el cumplimiento de los estándares de calidad en la colonoscopia se ha correlacionado con un aumento significativo de la detección de adenomas colónicos. En pediatría, la *Pediatric Endoscopy Quality Improvement Network* (PENQuIN) ha propuesto indicadores mínimos de calidad para las ileocolonoscopias de alta calidad. En fecha reciente, la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición

Pediátrica (LASPGHAN) ha emitido un consenso sobre el mismo tema en interés. Sin embargo, en Latinoamérica existe limitada evidencia sobre el cumplimiento de estos estándares en la población pediátrica.

Objetivo: Describir el cumplimiento de los indicadores de calidad mínimos en la ileocolonoscopias pediátricas.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional y retrospectivo que incluyó a todos los pacientes pediátricos sometidos a una ileocolonoscopias diagnóstica, con indicación ajustada a los criterios establecidos por la *European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN) 2017. Los procedimientos se llevaron a cabo en el servicio de endoscopia pediátrica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, en la Ciudad de México, entre enero de 2019 y junio de 2023. Se recolectaron variables relacionadas con los indicadores mínimos de calidad de ileocolonoscopias en niños: indicación apropiada, preparación intestinal adecuada, intubación cecal e ileal, así como datos demográficos de los pacientes, incluidos sexo y edad.

Resultados: Durante el periodo de estudio se revisaron 261 colonoscopias de primera vez, sin incluir a 73 por estenosis o resección de algún segmento. Se analizaron 188 ileocolonoscopias correspondientes a igual número de pacientes. Se observó un predominio del sexo femenino con 55% (n = 103). La mediana de edad fue de 11 años, con un RIC de 7 a 15 años. En todos los casos, las indicaciones para la realización del estudio se consideraron apropiadas (100%).

En cuanto a los indicadores de calidad, se encontró que la preparación intestinal fue adecuada en el 88,2% de los casos (n = 166); la intubación cecal se logró en el 94,1% (n = 177) y la intubación ileal en el 86,1% (n = 162). Por último, el porcentaje de ileocolonoscopias de alta calidad fue del 85,6% (n = 161).

Conclusiones: En este estudio se cumplieron los objetivos de los indicadores mínimos de alta calidad en ileocolonoscopias pediátricas en un centro latinoamericano de mediano volumen. El cumplimiento de los principales indicadores internacionales (PENQuIN) es factible en centros latinoamericanos con infraestructura adecuada, personal capacitado y protocolos estandarizados.

Se requieren futuros estudios prospectivos y multicéntricos con mayor poder estadístico para confirmar la relación entre calidad técnica y rendimiento diagnóstico en este grupo etario.

Financiamiento: No se contó con ningún tipo de financiación para este estudio.

Dom009

CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HEPATITIS AUTOINMUNE SEGÚN EL GRUPO ETARIO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. A. Salinas-Gámez, D. Espinosa-Saavedra, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La hepatitis autoinmune es una enfermedad inflamatoria crónica del hígado de origen inmunológico, que puede avanzar hasta convertirse en una enfermedad hepática terminal. Debe considerarse especialmente en pacientes en edad escolar y adolescentes que muestran hepatomegalia o ictericia. Su presentación clínica es variable y puede manifestarse de forma asintomática, como falla hepática aguda o hepatopatía crónica. Un tratamiento temprano es crucial para prevenir la evolución de la enfermedad, evitar complicaciones y mejorar la probabilidad de supervivencia. En pacientes adultos, algunos estudios han mostrado resultados inconsistentes respecto de la relación entre la edad de presentación, las manifestaciones clínicas y la respuesta al tratamiento. Sin embargo, no existe evidencia suficiente sobre este comportamiento en la población pediátrica.

Objetivo: Describir las características y evolución clínica de los pacientes pediátricos con hepatitis autoinmune según la edad de presentación.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y descriptivo, que incluyó a todos los pacientes menores de 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico de hepatitis autoinmune, en seguimiento por el servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica del Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México, en el periodo comprendido entre enero de 2014 y abril de 2025. Para el análisis de datos se utilizaron frecuencias simples y para las variables cualitativas porcentajes.

Resultados: Se identificó a 43 pacientes durante el periodo de estudio, de los cuales el 62,8% correspondió al sexo femenino y el 37,2% al masculino. La edad de presentación más frecuente fue la adolescencia (44%), seguida por la etapa escolar (25,5%). El subtipo más común de hepatitis autoinmune fue el tipo I (53,4%) y su forma de presentación más frecuente la hepatitis crónica (52,3%). Sólo 11 pacientes mostraron síndrome de superposición, de los cuales el más frecuente fue la colangitis esclerosante primaria (45,5%). En lactantes y preescolares predominó la falla hepática, mientras que en escolares y adolescentes la hepatitis crónica, como se muestra en la **Tabla 1**. Las complicaciones más comunes fueron la hipertensión portal (32,5%) y la encefalopatía hepática (16,2%). La tasa de remisión con tratamiento de primera línea fue del 60,4%.

Conclusiones: La presentación clínica de la hepatitis autoinmune varía en grado significativo de acuerdo con la edad de inicio. Los niños más pequeños tienden a mostrar formas más graves, como la falla hepática aguda, mientras que los mayores se presentan con formas crónicas. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de enfoques diagnósticos y terapéuticos diferenciados por grupo etario para optimizar el pronóstico.

Financiamiento: No se requirieron recursos financieros externos para la realización de esta investigación.

Tabla 1. Características de la población de acuerdo con el grupo etario (n = 43). (Dom009)

Variable	Lactante (n = 5)	Preescolar (n = 8)	Escolar (n = 11)	Adolescente (n = 19)
Sexo				
Masculino	2 (40%)	2 (25%)	3 (27,3%)	9 (47,3%)
Femenino	3 (60%)	6 (75%)	8 (72,7%)	10 (52,6%)
Subtipo				
Tipo 1	3 (60%)	3 (37,5%)	5 (45,4%)	12 (63,1%)
Tipo 2	0 (0%)	0 (0%)	1 (9%)	1 (8,3%)
Seronegativa	2 (40%)	4 (50%)	4 (36,3%)	5 (26,3%)
Presentación clínica				
Falla hepática	5 (100%)	5 (62,5%)	0 (0%)	7 (36,8%)
Hepatitis crónica	0 (0%)	3 (37,5%)	10 (90%)	10 (83,3%)
Hepatitis aguda	0 (0%)	0 (0%)	1 (9%)	1 (5,2%)
Complicaciones				
Encefalopatía	2 (40%)	3 (37,5%)	0 (0%)	2 (10,5%)
Toxicidad	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (15,7%)
Hipertensión portal	0 (0%)	1 (12,5%)	4 (36,3%)	9 (47,3%)
Respuesta a tratamiento				
Remisión	5 (100%)	6 (75%)	5 (45,4%)	10 (52,6%)
Recaída	0 (0%)	2 (25%)	3 (27,3%)	1 (8,3%)
Segunda línea	0 (0%)	0 (0%)	3 (27,3%)	5 (26,3%)



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 16 de noviembre de 2025

Helicobacter pylori

Dom010

MEJORÍA SINTOMÁTICA DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR *H. PYLORI* TRAS LA ERRADICACIÓN

M. Baca-García, C. S. Tinitana-Jumbo, D. B. Lorenzo-Valle, V. Hernández-Garza, A. G. González-Rodríguez, S. Camacho-Hernández, J. C. Silis-Cravioto, Y. M. Velasco-Santiago, M. F. Higuera-De la Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Diversos estudios sugieren que la erradicación de *Helicobacter pylori* (HP) puede contribuir a la mejoría de los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Li *et al.* (2020) demostraron en un estudio clínico controlado que la erradicación se relaciona con una reducción significativa de los síntomas de pirosis y regurgitación a largo plazo. Asimismo, algunos metaanálisis recientes respaldan que, en términos generales, el tratamiento de erradicación no incrementa la incidencia de ERGE y, por el contrario, puede atenuar la inflamación gástrica y mejorar la función motora del esfínter esofágico inferior. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que la supresión de la infección por HP podría desempeñar un papel en la disminución de la carga sintomática de la ERGE en poblaciones seleccionadas.

Objetivo: Evaluar la mejoría sintomática de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes con infección por HP tras la erradicación.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal y prospectivo, cuyo objetivo fue evaluar la mejoría sintomática de la ERGE en pacientes con infección por *H. pylori* tras completar esquema de erradicación. Se incluyó a pacientes que contaran con panendoscopia y diagnóstico confirmado de infección por HP mediante biopsia gástrica. Para evaluar la evolución de los síntomas se aplicó un cuestionario que incluía la presencia o ausencia de síntomas típicos (pirosis, regurgitación, dolor retroesternal) y extraesofágicos (disfagia, odinofagia, ronquera, disfonía, aclaración excesiva, ardor faríngeo, tos crónica, laringoespasmo, escurrimiento nasal posterior y broncoespasmo). Cada síntoma se registró de forma dicotómica antes y cuatro semanas después del tratamiento de erradicación. Como análisis estadístico se empleó la prueba Q de Cochran para evaluar los cambios en la presencia de síntomas típicos y extraesofágicos posterior al esquema de erradicación.

Resultados: Se incluyó a 134 pacientes con infección por HP, con una edad promedio de $51,9 \pm 12$ años y el 76,1% correspondió a mujeres. Respecto de la

evaluación endoscópica inicial, 113 pacientes (84,3%) no mostraron evidencia de esofagitis, mientras que 13 pacientes (9,7%) lo hicieron de esofagitis grado A, 4 (3,0%) de grado B, 2 (1,5%) tenían esofagitis grado C y 2 (1,5%) grado D, según la clasificación de Los Ángeles. En el análisis global, se observó una reducción significativa de la frecuencia de múltiples síntomas después de la erradicación. La pirosis se identificó en 94 pacientes antes del tratamiento, que se redujo a 65 enfermos tras la erradicación ($p = 0,0001$). De manera similar, la regurgitación disminuyó de 86 a 62 pacientes ($p = 0,0009$) y el dolor retroesternal pasó de 62 a 34 pacientes ($p = 0,0000$). En cuanto a los síntomas extraesofágicos, la disfagia decreció de 31 a 16 pacientes ($p = 0,0027$) y la odinofagia de 35 a 23 ($p = 0,0455$). Otros síntomas también mostraron mejoría significativa, como la aclaración excesiva de la faringe, que pasó de 78 a 60 pacientes ($p = 0,0080$), el ardor faríngeo de 64 a 35 ($p = 0,0001$), la tos crónica de 46 a 33 ($p = 0,0326$) y el laringoespasmo de 20 a 10 ($p = 0,0412$). En contraste, la ronquera, disfonía, escurrimiento nasal posterior y broncoespasmo no mostraron una disminución estadísticamente significativa en el análisis global, aunque sí se observó una tendencia a la reducción de casos.

Conclusiones: En pacientes con infección por HP, la erradicación se vinculó con una mejoría significativa de múltiples síntomas típicos y extraesofágicos relacionados con ERGE, incluso en ausencia de esofagitis endoscópicamente evidente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom011

MODELO DE APRENDIZAJE POR MÁQUINA PARA PREDECIR METAPLASIA INTESTINAL CON DISPLASIA DE ALTO GRADO POR ENDOSCOPIA COMPARADO CON EL ESTÁNDAR HISTOPATOLÓGICO EN PERSONAS CON GASTRITIS CONFIRMADA POR *HELICOBACTER PYLORI*

L. A. Rosales-Rentería, G. Peña-Arellano, A. L. Osorio-Núñez, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMyM Toluca

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* es un factor determinante en la evolución de gastritis crónica hacia lesiones precancerosas, como la metaplasia intestinal con displasia de alto grado. La endoscopia convencional tiene limitaciones para identificar con precisión estas lesiones; el

diagnóstico histopatológico es el estándar actual. Los modelos predictivos basados en aprendizaje por máquina (*machine learning*) podrían mejorar la capacidad diagnóstica mediante análisis avanzado de imágenes endoscópicas, aunque su rendimiento clínico aún no se ha evaluado plenamente en la población mexicana.

Objetivo: Desarrollar y validar un modelo predictivo basado en aprendizaje por máquina mediante imágenes endoscópicas para identificar metaplasia intestinal con displasia de alto grado en pacientes mexicanos con gastritis vinculada con *Helicobacter pylori*, tras comparar su precisión diagnóstica con el estándar de referencia histopatológico.

Material y métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo y observacional en pacientes con diagnóstico confirmado de gastritis por *Helicobacter pylori* atendidos en una unidad de endoscopia de tercer nivel. Se recolectaron datos clínicos, demográficos y endoscópicos, incluidas características visuales de la mucosa, localización de las lesiones, tipo de luz utilizada (blanca o NBI) y resultado histopatológico. Se construyó un modelo de aprendizaje automático (*machine learning*) que empleó un algoritmo de bosque aleatorio (*random forest*), con el objetivo de predecir la presencia de metaplasia intestinal con displasia de alto grado (MIG-DAG). La variable dependiente fue la presencia de MIG-DAG según el informe histopatológico. El conjunto de datos se dividió aleatoriamente en 70% para entrenamiento y 30% para validación. Se aplicaron técnicas de codificación de variables categóricas y normalización de datos. El desempeño del modelo se evaluó mediante precisión, sensibilidad, especificidad y área bajo la curva ROC (AUC).

Resultados: Se analizaron datos de pacientes atendidos en la unidad de endoscopia del Centro Médico ISSEMyM Toluca, que se sometieron a estudios endoscópicos entre los años 2010 y 2020. Se incluyeron variables clínicas, demográficas y endoscópicas de 500 procedimientos realizados en pacientes con diagnóstico confirmado de gastritis por *Helicobacter pylori*.

El modelo de aprendizaje automático desarrollado (*random forest*) mostró un desempeño robusto para predecir la presencia de metaplasia intestinal con displasia de alto grado (MIG-DAG). En la cohorte de validación se obtuvo una precisión global del 81%, con una sensibilidad del 79% y una especificidad del 83%. El área bajo la curva ROC (AUC) fue de 0,90, lo que indica una excelente capacidad discriminativa del modelo (Tabla 1).

Conclusiones: El modelo de aprendizaje por máquina desarrollado en este estudio mostró un desempeño diagnóstico eficaz para la predicción de metaplasia intestinal con displasia de alto grado en pacientes con gastritis por *Helicobacter pylori*, debido a su buena área debajo de la curva; esta herramienta puede complementar eficazmente la endoscopia convencional y orientar de forma más precisa la toma de biopsias.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Rendimiento diagnóstico del modelo de aprendizaje por máquina para predecir displasia de alto grado en personas con infección por *Helicobacter pylori*. (Dom011)

Métrica	Valor
Precisión (<i>accuracy</i>)	0,807
Precisión (positivo)	0,819
Sensibilidad (<i>recall</i>)	0,787
F1-score	0,803
AUC (ROC)	0,901

Dom012

EFICACIA Y TOLERABILIDAD DE LOS PCABS EN LA ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI*: ANÁLISIS DEL REGISTRO NACIONAL MEXICANO (HP-MEX-REG)

A. D. Cano-Contreras, L. R. Valdovinos-García, E. I. Juárez-Valdés, R. Vázquez-Pérez, F. Higuera-De-la-Tijera, Y. M. Velasco-Santiago, C. P. Carballo-Guevara, K. D. González-Gómez, J. M. Remes-Troche, Grupo Colaborativo: Colaboradores del Registro Mexicano para el Estudio del Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por *Helicobacter pylori*, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana, Veracruz

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) afecta a más de la mitad de la población mundial, lo que representa una carga sanitaria

significativa. La eficacia de los tratamientos de primera línea ha disminuido, lo que dificulta su control. Este desafío aumenta la necesidad de recurrir a modalidades de segunda línea y explorar nuevas opciones terapéuticas. Por ello es necesario evaluar la efectividad y tolerabilidad de los tratamientos con los bloqueadores ácidos competitivos por potasio (PCAB, *potassium-competitive acid blockers*) en la erradicación de *H. pylori*.

Objetivo: Evaluar la eficacia y tolerabilidad de los esquemas de tratamiento con PCAB para la erradicación de *H. pylori* en 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 51 sedes nacionales. Se analizaron los diferentes esquemas de tratamiento con PCAB, antibióticos utilizados, pruebas de erradicación, desenlaces y efectos adversos informados por cada sujeto. El análisis fue descriptivo y se utilizaron medidas de tendencia central mediante el programa SPSS versión 26.

Resultados: En el Hp-Mex-Reg se ha registrado a 2 572 sujetos, de los cuales se analizaron 333 (12,9%) que recibieron esquemas de erradicación con PCAB. Predominó el sexo femenino con 65,5%, con edad media de 52,1 años (intervalo, 18-85). Los esquemas de tratamiento más empleados fueron el cuádruple con bismuto (46,2%), seguido del triple (43,9%) y cuádruple sin bismuto (3,7%). Para el 87,9% de los pacientes fue el primer esquema de tratamiento; el 12,1% restante había cursado con al menos un esquema previo de erradicación. No se comunicaron esquemas con levofloxacina, tinidazol, tetraciclina y azitromicina. El PCAB más usado fue el tegoprazán (96,4%), seguido del vonoprazán (3,6%). El 62,3% de los pacientes refirió apego del 100% al tratamiento y sólo en el 1,1% el apego fue menor de 80%. Se notificó 1,2% de efectos adversos graves y los esquemas de tratamiento con mayor número de efectos fueron el esquema triple y el tratamiento cuádruple sin bismuto (Tabla 1). La eficacia de erradicación fue del 80,8% para la modalidad triple, 77,4% con el esquema cuádruple con bismuto y 69,2% con la forma cuádruple sin bismuto. La tasa de erradicación global fue del 78,7%. Sólo 19 (5,4%) de los esquemas de erradicación incluyeron el uso concomitante de probióticos.

Conclusiones: Los esquemas de erradicación de *H. pylori* con PCAB en la población mexicana demostraron eficacia moderada, con tasas de erradicación que oscilaron entre el 69,2% y el 80,8%; el tratamiento triple fue el más efectivo. Además, mostraron buena tolerabilidad, reflejada en un bajo porcentaje de efectos adversos graves (1,2%) y apego terapéutico adecuado en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, la variabilidad en la eficacia y la presencia de efectos adversos leves a moderados indican la necesidad de optimizar aún más los esquemas terapéuticos. Estos hallazgos sugieren que los PCAB constituyen una opción prometedora para el control de la infección por *H. pylori* en México, aunque es fundamental continuar con estudios y monitoreo clínico para maximizar sus beneficios y seguridad en la práctica diaria.

Financiamiento: Ninguno.

Dom013

DEL SÍNTOMA AL SUBTIPO: EVALUACIÓN DE DISPEPSIA ORGÁNICA Y FUNCIONAL EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA

S. A. Zaragoza-Galicia, G. Mendoza-Domínguez, M. Schmulson, Unidad de Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo (UME), Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: La dispepsia se clasifica en dispepsia orgánica (DO) y funcional (DF) de acuerdo con la presencia o ausencia de causas estructurales y los criterios de Roma IV. Es el trastorno gastroduodenal de la interacción intestino-cerebro (TIIIC) más frecuente, con una prevalencia global de 7,2% y 6,6% en México, según Roma IV. A pesar de su elevada prevalencia, su caracterización y respuesta terapéutica en México son poco conocidas.

Objetivo: Determinar la frecuencia de DO y DF y caracterizar los subtipos, síntomas y respuesta al tratamiento entre pacientes con DF que consultan en una clínica especializada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 41 pacientes que consultaron por dispepsia en una clínica especializada en TIIIC entre el 02-15-2021 y el 11-14-2022. Se revisaron expedientes para identificar a los pacientes con DO y DF, según hallazgos endoscópicos, paraclínicos y criterios clínicos de Roma

Tabla 1. Descripción de los esquemas de tratamiento con PCAB y efectos adversos registrados. (Dom012)									
Efectos adversos	Triple			Cuádruple con bismuto			Cuádruple sin bismuto		
	156 (43,9%)			164 (46,2%)			13 (3,7%)		
(%)	Leve	Moderado	Grave	Leve	Moderado	Grave	Leve	Moderado	Grave
Efectos adversos	54 (35)	100 (64)	1 (0,7)	83 (50)	37 (23)	-	4 (31)	5 (38)	3 (23)
Disgeusia	21 (14)	9 (6)	1 (0,7)	25 (30)	4 (5)	-	-	-	-
Náusea	22 (14,7)	-	3 (2)	29 (29)	3 (3)	6 (6)	2 (18)	-	-
Vómito	1 (0,7)	-	2 (1,3)	13 (14)	-	1 (1,1)	-	-	-
Pirosis	6 (4,0)	-	-	3 (3,8)	2 (2,5)	-	-	-	-
Anorexia	3 (2)	-	-	10 (12)	-	-	-	-	-
Saciedad	3 (2)	3 (2)	-	3 (3,8)	-	-	-	-	-
Distensión	12 (8)	-	1 (0,7)	5 (6,3)	1 (1,2)	-	-	-	-
Diarrea	13 (8,7)	-	-	12 (14)	1 (1,2)	1 (1,2)	2 (18)	-	-

IV. Se analizaron las causas de DO y en la DF se documentaron los síntomas notificados, los subtipos (síndrome de distrés posprandial [SDP], síndrome de dolor epigástrico [SDE]), tratamientos y respuesta clínica subjetiva.

Resultados: En el periodo de estudio, de 609 pacientes de primera vez, la dispepsia constituyó 6,7% del motivo de consulta. De ellos, 63,4% correspondió a mujeres y 36,6% a hombres sin diferencias de edad ($42,9 \pm 18$ vs. $47,0 \pm 17$ años); 29,3% se clasificó como DO y 70,7% como DF (4,8% de los motivos de consulta de primera vez). Los pacientes con DO tendieron a ser mayores que los de DO ($57,1 \pm 18$ vs. $39,1 \pm 15$, $p = 0,06$). Las causas de DO fueron medicamentosas (50%), gastropatía erosiva y ERGE (16,7%), gastritis eosinofílica, enfermedad celíaca, quistes pancreáticos y funduplicatura (c/u 8,3%). La DF se clasificó en SDE (65,5%), SDP (27,6%) y sobreposición SDE/SDP (6,9%). En el SDE, además de la epigastralgia, los síntomas más frecuentes fueron pirosis, reflujo y distensión subjetiva; y en el SDP se identificaron distensión subjetiva y náusea. Ambos grupos notificaron síntomas intestinales y extraintestinales (Tabla 1). En cuanto a la respuesta terapéutica en DF entre los pacientes con DF que continuaron el seguimiento (55,2%), la mejoría completa se informó en 71,4% con neuromoduladores, 50% con IBP y 42,9% con procinéticos. Los neuromoduladores se emplearon mayormente en el SDE y los procinéticos en el SDP, mientras que los IBP fueron los segundos en ambos subtipos.

Conclusiones: En esta cohorte en México, la DF conforma el grupo más prevalente de dispepsia y los pacientes son menores que aquéllos con DO. La epigastralgia es el único síntoma que diferencia al SDE del SDP, ya que se encuentra en todos con ese subtipo de acuerdo con Roma IV, mientras que la distensión subjetiva, náusea y vómito son comunes a ambos subtipos, lo cual hace difícil clasificarlos. Los neuromoduladores fueron superiores en la percepción de los pacientes, lo cual aporta evidencia local para el control clínico de la DF. Se recomienda realizar estudios prospectivos para determinar factores predictores de respuesta.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. (Dom013)					
DF tipo SDE n = 19		DF tipo SDP n = 8		Sobreposición SDP/SDE n = 2	
Síntoma	n	Síntoma	n	Síntoma	n
Epigastralgia	8	Distensión subjetiva	4	Dolor epigástrico	2
Pirosis	7	Náusea y vómito	3	Distensión subjetiva	2
Reflujo	5	Estreñimiento	3	Náusea y vómito	1
Distensión subjetiva	5	Reflujo	2	Malestar posprandial	1

Náusea y vómito	4	Saciedad temprana	1	Pirosis	1
Estreñimiento	3	Molestar posprandial	1	Eructos	1
Diarrea	2	Pirosis	1	-	-
Dolor torácico	1	Eructos	1	-	-
Saciedad temprana	1	Dolor torácico	1	-	-
Eructos	1	Regurgitación	1	-	-
Malestar general	1	Tos	1	-	-
Hiporexia	1	Dolor faríngeo	1	-	-
Pérdida de peso	1	Diarrea	1	-	-
-	-	Fatiga	1	-	-
-	-	Lumbalgia	1	-	-

DF, dispepsia funcional; SDE, síndrome de dolor epigástrico; SDP, síndrome de distrés posprandial.

Dom014

FACTORES CLÍNICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA TASA DE ERRADICACIÓN Y EVENTOS ADVERSOS EN EL TRATAMIENTO DE *HELICOBACTER PYLORI*

K. García-Ruiz, D. Lagos-Prieto, R. N. Domínguez-Barradas, E. C. Morel-Cerda, F. A. Félix-Téllez, H. E. Colín-Ramos, M. F. Hernández-Jiménez, M. J. Muñoz-Jiménez, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: *Helicobacter pylori* es una causa común de infección vinculada con diversas enfermedades gástricas. En México, la alta resistencia a la claritromicina ha llevado al uso de esquemas cuádruples como primera línea. Sin embargo, la erradicación no siempre es exitosa y los efectos adversos son frecuentes. Debido a la falta de estudios locales, este estudio evalúa la eficacia y tolerabilidad de los tratamientos empleados, así como su relación con factores clínicos y sociodemográficos.

Objetivo: Determinar la tasa de erradicación de *Helicobacter pylori* en pacientes tratados con distintos esquemas terapéuticos y analizar la vinculación de factores clínicos y sociodemográficos, así como la presencia de efectos adversos, con el éxito o fracaso del tratamiento.

Material y métodos: Pacientes con infección por *Helicobacter pylori* atendidos en un hospital de tercer nivel, de enero del 2022 a mayo del 2025. Tipo de estudio: retrospectivo, transversal y analítico. Se analizaron variables clínicas, sociodemográficas y terapéuticas. La tasa de erradicación se evaluó mediante prueba de antígeno fecal. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de tendencia central según la distribución de los datos, así como frecuencias y porcentajes. Además, se realizó análisis estadístico analítico mediante la prueba ji cuadrada y, cuando fue necesario, la prueba exacta de Fisher para evaluar la relación entre variables categóricas.

Resultados: Se incluyó a 279 pacientes con una media de edad de 54 años $\pm$ 14,8, de los cuales el 74,2% correspondió a mujeres. La tasa de erradicación total fue del 90% (251/279). En el análisis por esquemas terapéuticos, el tratamiento concomitante (201/279) mostró una tasa de erradicación del 90%, superior a la observada con la modalidad cuádruple con bismuto que fue del 85,4% (41/48). El esquema triple obtuvo una tasa de erradicación del 96,4% (27/28), pero el tamaño de la muestra fue muy reducido. Se observó una relación significativa entre el uso reciente de antibióticos y la tasa de erradicación ($p = 0,010$). El 33,3% de los pacientes con fracaso terapéutico había utilizado antibióticos por otra indicación en los últimos tres meses, frente al 4% de aquéllos con tratamiento exitoso. Esto sugiere que el consumo reciente de antibióticos podría reducir la efectividad del tratamiento. De igual forma, el antecedente de úlcera péptica se acompañó de menor tasa de erradicación (8,4% vs. 44,4%, $p < 0,001$). Desde el punto de vista sociodemográfico, el sexo femenino mostró mayor tasa de erradicación que el masculino (76,1% y 23,9%, respectivamente). Aunque se observaron diferencias por grupos de edad (18-44, 45-59 y > 60 años), éstas no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$). El 61,3% de los pacientes señaló efectos adversos durante el tratamiento y fueron más frecuentes con la modalidad concomitante (79,5%), seguida de la cuádruple con bismuto (10,5%) y la triple (8,8%) ($p = 0,001$). Aunque las mujeres refirieron más efectos adversos (73,1%), esta diferencia no fue significativa ($p > 0,05$). Sólo el 2,2% de los pacientes suspendió el tratamiento, todos ellos debido a efectos adversos, lo que reveló una relación estadísticamente significativa entre estos efectos y la suspensión del tratamiento ($p = 0,002$) (Tabla 1).

Conclusiones: En este estudio se logró una tasa elevada de erradicación de *Helicobacter pylori*. El fracaso terapéutico se vinculó significativamente con el consumo reciente de antibióticos y antecedentes de úlcera péptica. Aunque

los efectos adversos fueron frecuentes, sólo un pequeño porcentaje de pacientes suspendió el tratamiento por estos efectos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Variables relacionadas con el éxito o fracaso terapéutico. (Dom014)

Variable	Tratamiento exitoso (n = 251) n (%)	Tratamiento fallido (n = 9) n (%)	p
Edad	55 (45-65)	45,56 $\pm$ 13,35	
Sexo			
Femenino	191 (76,1%)	5 (55,6%)	0,230
Masculino	60 (23,9%)	4 (44,4%)	
Tipo de esquema			
Esquema concomitante	181 (90%)	6 (3%)	0,421
Esquema cuádruple con bismuto	41 (85,4%)	3 (6,3%)	
Esquema triple	27 (96,4%)	0 (0,0%)	
Uso de antibióticos en los últimos tres meses			
Sí	10 (4%)	3 (33,3%)	0,010
No	241 (96%)	6 (66,7%)	
Historial personal de úlcera péptica			
Sí	21 (8,4%)	4 (44,4%)	< 0,001
No	230 (91,6%)	5 (55,6%)	



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 16 de noviembre de 2025

Endoscopia I

Dom015

TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS BILIARES POSTRASPLANTE MEDIANTE COLANGIOGRAFÍA PERCUTÁNEA TRANSHEPÁTICA Y PRÓTESIS BIODEGRADABLES: RESULTADOS DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA

G. Herrera-Quinones, P. Ruiz, G. Crespo, J. Colmenero, R. Bataller, Grupo Colaborativo: Liver Unit, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clínic and University of Barcelona, España, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexicali, Baja California, México

Introducción: Las estenosis biliares (EB) posteriores al trasplante hepático (TH) representan una importante causa de morbilidad y mortalidad. Suceden de forma predominante en las anastomosis biliares. Aunque la atención inicial suele ser endoscópica (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), ésta no es eficaz hasta en 15 a 30% de los pacientes. En estos casos, el tratamiento mediante colangiografía percutánea transhepática (CPTH) representa una opción de rescate. En los últimos años se ha incorporado el uso de prótesis biodegradables (PBio) mediante CPTH, aunque los resultados publicados son escasos a nivel mundial.

Objetivo: Describir las características y la evolución de los pacientes trasplantados hepáticos con EB sometidos a CPTH y comparar a los pacientes en quienes se colocaron PBio con los que no las emplearon.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico en el que se recopilaban datos de todos los pacientes con TH sometidos a tratamiento de EB benignas con CPTH entre 2013 y 2023. Se establecieron como desenlaces primarios la incidencia de hepaticoyunostomias (HY), retraspante (reTH) por causa biliar y muerte relacionada con causa biliar, así como un desenlace compuesto por los tres anteriores. Se recogieron variables demográficas y relacionadas con el TH y se analizaron los desenlaces en relación con dichas variables y con el uso o no de PBio.

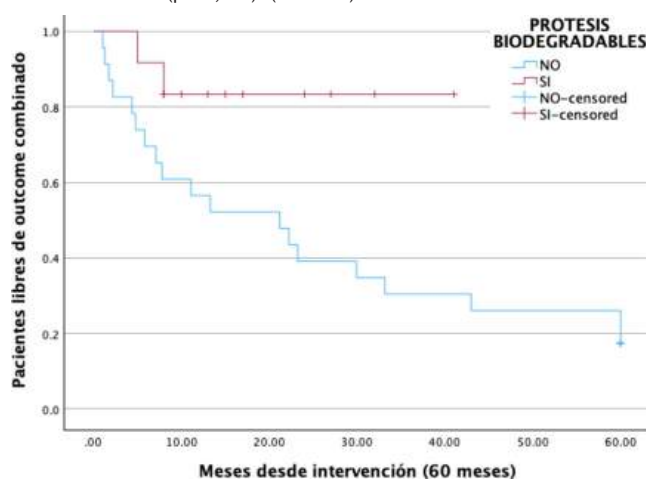
Resultados: Se incluyó a 53 pacientes. Los tipos de donante fueron diversos: muerte encefálica en 25 casos (49,1%), asistolia tipo II en 5 (9,4%), asistolia tipo III en 9 (17%) y donante vivo en 13 (24,5%). Los pacientes que

fueron objeto de colocación de PBio mostraron una incidencia significativamente inferior de HY respecto de los no sometidos a la colocación de PBio ($p = 0,042$), sin hallar diferencias significativas en las tasas de reTH ni fallecimiento. El desenlace compuesto también fue significativamente inferior en el grupo con PBio ($p = 0,04$) (Figura 1). La mediana de meses de seguimiento fue de 14,5 (IQR, 8,65/26,1) en el grupo PBio y 13,6 (IQR, 0,8/47,4) en el grupo control. No se presentaron efectos adversos graves en ninguno de los dos grupos.

Conclusiones: El uso de PBio mostró una relación favorable con una menor incidencia de efectos adversos derivados del fracaso del manejo mediante CPTH. Esto se explica principalmente por la reducción de la necesidad de HY. No obstante, ampliar la cohorte estudiada y extender el periodo de seguimiento permitirán inferir conclusiones más sólidas.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Curva que muestra la incidencia del combinado (muerte de origen hepático, reTH por complicaciones biliares, realización de HY) y su significancia estadística ($p = 0,040$). (Dom015)



Dom016

COMPARACIÓN DE LA CONCORDANCIA INTER E INTRA OBSERVADOR ENTRE LAS ESCALAS DE LIMPIEZA EN ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA “BARCELONA” Y “GRACE” APLICADAS POR ENDOSCOPISTAS CON DISTINTOS NIVELES DE EXPERIENCIA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO

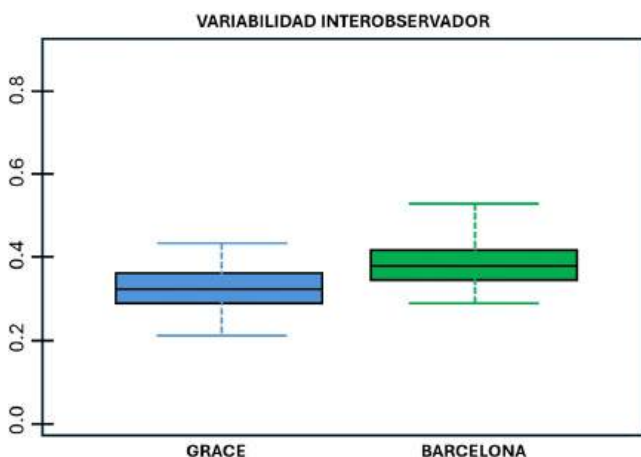
N. Reyes-Saavedra, A. Noble-Lugo, S. C. Estévez-Cerda, Hospital Español

Introducción: La endoscopia digestiva alta es el estudio de elección para el abordaje diagnóstico terapéutico de muchas enfermedades gastrointestinales benignas y malignas. Una visión directa adecuada de la mucosa es crucial para la detección, diagnóstico y vigilancia de las lesiones del tracto digestivo superior. Las guías internacionales ASGE y ESGE han establecido que la limpieza durante el estudio y el registro de la calidad de ésta en el informe deben considerarse un estándar de calidad del procedimiento. Por lo anterior, se han desarrollado escalas de limpieza (POLPREP, TUGCS, Barcelona y Grace) para estandarizar la evaluación de la calidad de visualización. A pesar de que están validadas, no se ha alcanzado consenso sobre cuál es la mejor. **Objetivo:** Comparar la concordancia interobservador e intraobservador entre las escalas de limpieza en la esofagogastroduodenoscopia “Barcelona” y “Grace” aplicadas por endoscopistas con distintos niveles de experiencia.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo y analítico, con cálculo de la muestra por conveniencia. Los datos se analizaron con el software R (R Core Studio V4.5.0). El estudio se diseñó en dos fases con tres rondas de evaluación: para la primera fase se eligió a tres endoscopistas expertos elegidos como estándar de oro que calificaron la limpieza con ambas escalas; en la segunda fase participaron endoscopistas titulados y en formación. En esta última fase, cada participante evaluó las imágenes dos veces con un intervalo de dos semanas entre rondas con el orden de las imágenes aleatorizado. Se evaluaron 60 imágenes para la escala de Grace y 100 imágenes para la escala de Barcelona. Se enviaron 49 encuestas y se incluyó a 40 endoscopistas que contestaron dentro del tiempo establecido, de los cuales 25 fueron titulados y 15 en formación.

Resultados: La variabilidad interobservador general (Figura 1) de Grace fue de $k = 0,34$ ($Pe = 0,34$, $Po = 0,49$, $IC95\% 0,33-0,35$) y para la escala de Barcelona fue de $k = 0,40$ ($Pe = 0,41$, $Po = 0,64$, $IC95\% 0,39-0,40$) con un valor de $p < 0,001$. La variabilidad intraobservador general para Grace fue de $k = 0,484$ ($\pm 0,19$) y para Barcelona de $k = 0,585$ ($\pm 0,190$) con $p < 0,001$. En el análisis por grupos para Grace, la variabilidad interobservador del grupo de titulados fue de $k = 0,36$ ($Pe = 0,34$, $Po = 0,58$, $IC95\% 0,33-0,37$) y del grupo de residentes fue de $k = 0,324$ ($Pe = 0,34$, $Po = 0,55$, $IC95\% 0,31-0,32$) con un valor de $p < 0,001$. La variabilidad intraobservador del grupo de titulados fue de $k = 0,485$ ($\pm 0,181$) y la del grupo de residentes fue de $k = 0,483$ ($\pm 0,198$); la diferencia no fue significativa ($p = 0,986$). Para Barcelona, la variabilidad interobservador del grupo de titulados fue de $k = 0,428$ ($Pe = 0,41$, $Po = 0,66$, $IC95\% 0,38-0,43$) y la de residentes fue de $k = 0,349$ ($Pe = 0,40$, $Po = 0,61$, $IC95\% 0,32-0,36$) con un valor $p < 0,001$. La variabilidad intraobservador del

Figura 1. Variabilidad interobservador general (figura creada con R Core Studio V4.5.0). (Dom016)



grupo de titulados fue de $k = 0,603$ ($\pm 0,16$) y la de residentes fue de $k = 0,56$ ($\pm 0,24$); la diferencia no fue significativa ($p = 0,515$). Del consenso general se obtuvo una precisión de 60,3% para la escala de Grace y de 70,6% para la de Barcelona. La escala que tuvo mayor preferencia fue la de Barcelona con 62,2%.

Conclusiones: Los estándares de calidad en la esofagogastroduodenoscopia recomiendan la documentación estandarizada de la limpieza del tubo digestivo alto. Con base en estos resultados, la escala de Barcelona, complementada con una capacitación previa, podría ser una buena opción para considerarse como estándar a utilizar en el informe endoscópico.

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

Dom018

LOS MIEDOS A LA COLONOSCOPIA: OBSTÁCULOS INVISIBLES EN LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL

E. Ledesma-Martínez, C. O. Morales-Gómez, M. M. García-Favela, M. M. Félix-Gurrola, C. R. Elías-Ortega, M. A. Sánchez-Escandón, J. M. Avendaño-Reyes, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: La colonoscopia es una herramienta clave en la prevención y detección temprana del cáncer colorrectal (CCR); sin embargo, su aceptación es todavía limitada. En el noroeste de México, donde el CCR representa una de las principales causas de muerte por cáncer, la baja adherencia a las pruebas de tamizaje podría relacionarse con el desconocimiento y el miedo al procedimiento.

Objetivo: Identificar los tipos específicos de miedo que influyen en la negativa a someterse a una colonoscopia, aun después de recibir información sobre el CCR, la prueba FIT y la colonoscopia.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el noroeste de México durante junio y julio de 2025. Se encuestó a 1 000 personas de 45 a 80 años, de las cuales 788 satisficieron los criterios de inclusión. Se aplicó una encuesta estructurada que incluía datos generales y nivel de conocimiento sobre CCR, FIT y colonoscopia. Luego se proporcionó información clara sobre los temas mencionados. A quienes aún se rehusaban a realizarse una colonoscopia se les preguntó si la razón era el miedo y, en caso afirmativo, se exploraron seis tipos: miedo al proceso en general, al procedimiento, al dolor, a las complicaciones, al resultado (miedo de tener cáncer) y a la preparación, y se utilizó un modelo de regresión logística binaria para identificar los factores vinculados con éstos.

Resultados: Un total de 60 de 788 personas (7,62%) refirió miedo como causa de rechazo; los factores relacionados con mayor miedo a la colonoscopia en general fueron: no trabajar en el área de la salud (OR: 4,462; $p = 0,026$), no contar con seguro médico (OR: 6,477; $p = 0,001$), no haberse sometido antes a una operación general (OR: 3,759; $p = 0,032$), no haberse realizado una mastografía (OR: 3,241; $p = 0,028$) y no saber en qué consiste una colonoscopia (OR: 5,852; $p = 0,001$). En cuanto al miedo al procedimiento, se vinculó de igual manera con no tener afiliación a algún tipo de seguro público o privado (OR: 5,000; $p = 0,004$), no haberse sometido a una cirugía general (OR: 3,281; $p = 0,033$), no haber sido objeto de una operación ginecológica (OR: 2,967; $p = 0,022$) y desconocer en qué consiste una colonoscopia (OR: 5,958; $p = 0,001$). Para el miedo al dolor, los factores significativos fueron no tener seguro (OR: 7,263; $p = 0,001$) y desconocer el procedimiento (OR: 3,467; $p = 0,004$). El miedo a las complicaciones se relacionó con no pertenecer al área de salud (OR: 4,861; $p = 0,018$), carecer de seguro médico (OR: 7,167; $p = 0,001$) y desconocer el procedimiento (OR: 3,808; $p = 0,010$). Respecto del miedo al resultado (miedo a tener cáncer), se identificó una escolaridad limitada a la secundaria (OR: 2,863; $p = 0,016$), no contar con seguro (OR: 3,194; $p = 0,037$) y desconocer la colonoscopia (OR: 2,604; $p = 0,022$). Por último, el miedo a la preparación se vinculó con no trabajar en salud (OR: 10,056; $p = 0,001$), carecer de seguro (OR: 6,286; $p = 0,006$) y no saber qué es la colonoscopia (OR: 8,815; $p = 0,002$). Y, por el contrario, ser mujer (OR: 0,356; $p = 0,023$), ser heterosexual (OR: 0,267; $p = 0,032$) y haberse sometido a la cuantificación del antígeno prostático (OR: 0,170; $p = 0,009$) se acompañaron de nulo temor al procedimiento.

Conclusiones: El miedo es un factor determinante para rehusarse a la práctica de una colonoscopia, en particular en personas sin antecedentes quirúrgicos,

sin cobertura médica, sin tamizaje general previo y sin conocimiento del procedimiento. El desconocimiento se repite como la variable central en los diferentes tipos de miedo, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias educativas dentro de los programas de detección oportuna del CCR. El abordaje del miedo como barrera psicosocial puede representar una vía efectiva para aumentar la participación en el tamizaje y reducir la mortalidad relacionada con el CCR.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom019

EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LAS ESCALAS ABC Y OAKLAND EN LOS DESENLACES CLÍNICOS CON PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

E. García-Mercedes, A. Guzmán-Lepe, L. J. Lara-Rodríguez, L. M. Cruz-Rodríguez, E. S. García-Jiménez, E. C. Morel-Cerda, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, J. M. Aldana-Ledesma, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La hemorragia digestiva baja (HDB) representa un desafío clínico por su variabilidad en la presentación y gravedad. Existen herramientas como las escalas Oakland y ABC diseñadas para estratificar el riesgo y guiar las decisiones terapéuticas. Estas escalas ofrecen un potencial aún no plenamente explorado para predecir desenlaces clínicos relevantes, como transfusión, choque hipovolémico y mortalidad.

Objetivo: Comparar el rendimiento diagnóstico de las escalas ABC y Oakland para predecir desenlaces clínicos en pacientes con hemorragia digestiva baja.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde entre febrero de 2020 y diciembre de 2023. La población incluyó a pacientes adultos con diagnóstico clínico y endoscópico confirmado de HDB. Se recopilaron datos clínicos, sociodemográficos y de laboratorio y se calcularon las

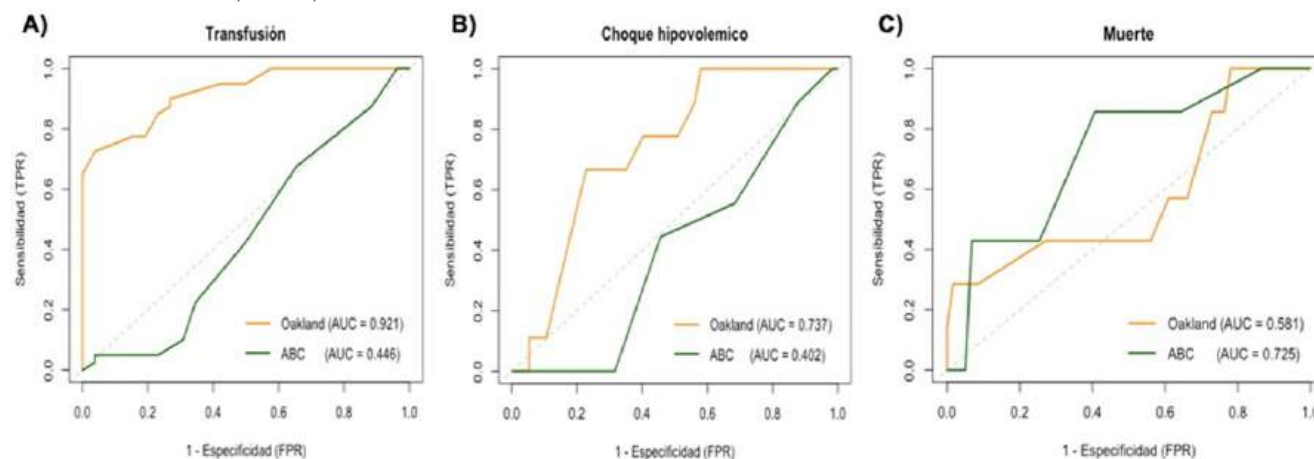
puntuaciones de las escalas ABC y Oakland. Las variables cuantitativas se expresaron como medias con desviación estándar o medianas con rangos intercuartílicos, según correspondiera; las cualitativas se expresaron como frecuencia absoluta y porcentajes. Se construyeron curvas ROC (características operativas del receptor) para evaluar el rendimiento diagnóstico de las escalas y se calcularon las áreas bajo la curva (AUROC). El índice de Youden (J) se utilizó para determinar el punto de corte óptimo que maximizara la sensibilidad y especificidad. También se calcularon sensibilidad y especificidad. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con SPSS v26 y R Studio v2025.05.1 + 513.

Resultados: Se incluyó a 66 pacientes con HDB (63% de hombres), con una mediana de edad de 61 años (49-75). La mediana de las escalas ABC fue de 3 (2-5) y la de Oakland de 26 (17-30), respectivamente. En la evaluación inicial, el 72% sufrió hematoquecia y el 27% rectorragia. El 92% recibió intervención endoscópica: colonoscopia (40%), endoscopia alta (13,6%) o ambas (37%). La escala ABC mostró una correlación baja con mortalidad ($r = 0,257$; $p = 0,037$). La escala de Oakland reveló una correlación sólida con la necesidad de transfusión ($r = 0,706$; $p = 0,001$) y una correlación baja con choque hipovolémico ($r = 0,266$; $p = 0,031$). En cuanto al rendimiento diagnóstico, la escala de Oakland mostró una alta capacidad para predecir transfusión ($AUC = 0,92$; $p \leq 0,001$), con un punto de corte óptimo de 26,5 (sensibilidad = 0,725; especificidad = 0,962; $J = 0,687$). Para el choque hipovolémico, su capacidad discriminativa fue moderada ($AUC = 0,73$; $p = 0,023$), con un punto de corte de 29,5 (sensibilidad = 0,667; especificidad = 0,772; $J = 0,439$). Por su parte, la escala ABC fue útil para predecir mortalidad ($AUC = 0,72$), con un punto de corte óptimo de 3,5 (sensibilidad = 0,857; especificidad = 0,593; $J = 0,450$), sin mostrar relaciones significativas con otros desenlaces clínicos (Figura 1).

Conclusiones: En este centro, la escala de Oakland registró un mayor rendimiento para transfusión y choque hipovolémico; sin embargo, la escala ABC mostró mejor utilidad para predecir la mortalidad. Estos resultados sugieren que la aplicación combinada de ambas escalas podría mejorar la toma de decisiones clínicas y optimizar el uso de recursos y la atención intrahospitalaria.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Comparación de curvas ROC con los desenlaces clínicos. El color amarillo representa el rendimiento diagnóstico de la escala de Oakland y el color verde el de la escala ABC. (Dom019)





REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 16 de noviembre de 2025

Neurogastroenterología I

Dom020

EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE BEDQ Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN PACIENTES CON Y/O SIN DISFAGIA

D. I. Carmona-Guerrero, C. I. Zubia-Nevárez, M. Herrera-Sato, E. Coss-Adame, Grupo Colaborativo: Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y la disfagia coexisten casi siempre. El *Brief esophageal dysphagia questionnaire* (BEDQ) es una herramienta validada para evaluar la disfagia esofágica, mientras que el *Gastroesophageal reflux disease questionnaire* (GERD-Q) se utiliza para identificar síntomas de ERGE, lo que incrementa aún más el riesgo con puntuación ≥ 8 . El desempeño del BEDQ con el tiempo de exposición al ácido no se ha evaluado.

Objetivo: Evaluar la relación entre las puntuaciones del BEDQ y el tiempo de exposición al ácido (TEA) y determinar si la presencia de disfagia medida por el BEDQ podría sugerir una elevada probabilidad de ERGE.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes adultos que acudieron a un centro de tercer nivel para la realización de manometría esofágica y pH-metría por síntomas de ERGE y disfagia, a los cuales se les aplicaron los cuestionarios BEDQ y GERDQ. Una proporción de pacientes presentaba disfagia esofágica mientras que el resto sólo tenía síntomas típicos de reflujo. Se analizó la relación entre ambas puntuaciones y el tiempo de exposición al ácido (TEA). Se determinaron frecuencias y proporciones de acuerdo con pruebas de normalidad y se utilizaron las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher para las variables categóricas.

Resultados: Se obtuvieron cuestionarios de BEDQ en 63 pacientes. La mediana de edad fue de 59,5 (47,00-68,50) años, con mujeres en 47 (74,6%) casos y media del índice de masa corporal (IMC) de 26,5 (24,28-29,43). El diagnóstico manométrico más frecuente fue normal con 38 (60,31%), seguido del de motilidad esofágica inefectiva y contractilidad ausente con 19 (30,15%) y 4 (6,34%), respectivamente. La mediana del TEA fue de 2,5 (0,70-5,22). Las puntuaciones de los cuestionarios de BEDQ y GERDQ obtuvieron una mediana de 6,5 (0-15,75) y 8,5 (5,0-11,75), respectivamente. El BEDQ ≥ 10 se vinculó con un TEA $> 6\%$ y una RM de 4,073 (1,03-17,05), $p = 0,04$. Se encontró una diferencia en el TEA con BEDQ > 10 , con 4,2 (1,97-9,40) vs. 1,35 (0,20-2,75), $p = 0,02$; y un RM de 8,27 (0,87-78,01), $p = 0,053$ (Tabla 1). La puntuación de GERDQ ≥ 8 no se relacionó con un TEA $> 6\%$, RM 2,81

Tabla 1. Características sociodemográficas del cuestionario de BEDQ y su relación con el tiempo de exposición al ácido expresado con razón de momios (RM) en un centro de tercer nivel. (Dom020)

Características	Medición	n (%)	RM (IC)	Valor de p
Edad	Mediana (RIC)	59,5 (47,0-68,5)		
Sexo	Femenino	47 (74,60%)		
	Masculino	16 (25,40%)		
IMC	Media $\pm$ DE	26,92 $\pm$ 4,78		
BEDQ	Mediana (RIC)	6,5 (0-15,75)		
GERDQ		8,5 (5,0-11,75)		
TEA		2,5 (0,70-5,22)		
		Tiempo de exposición al ácido	TEA $\geq 6\%$	
BEDQ ≥ 10		4,2	4,13	0,049
BEDQ < 10			(1,00-17,05)	
GERDQ ≥ 8		(1,97-9,40)		0,189
GERDQ < 8		1,75	2,81	
Disfagia	Mediana (RIC)	(0,35-4,85)	(0,64-12,30)	0,729
		$p = 0,027$		
		3,4		
		(0,90-6,55)		
		1,8		
		(0,55-5,00)		
		$p = 0,680$		
		2,95		
		(0,45-5,00)		
		$p = 0,694$		
BEDQ ≥ 10 + Disfagia		4,2	8,27	$p = 0,053$
		(1,97-9,40)	(0,87-78,01)	
BEDQ ≥ 10	Sensibilidad		63,6%	
	Especificidad		70,3%	
	VPP		38,9%	
	VPN		86,7%	

*BEDQ, *Brief esophageal dysphagia questionnaire*; RIC, rango intercuartílico; GERDQ, *Gastroesophageal reflux disease questionnaire*; TEA, tiempo de exposición al ácido; SD, sin datos.

(0,64-12,30), $p = 0,189$. Hasta 61 pacientes contaban con estudio de endoscopia, de los cuales sólo 6 (9,8%) tenían una variante de esofagitis erosiva (B, C, D) o esófago de Barrett. El corte de BEDQ ≥ 10 mostró una sensibilidad (Se) de 63,6% y especificidad (Es) de 70,3%, con un valor predictivo positivo (VPP) de 38,9% y predictivo negativo (VPN) de 86,7% para TEA $> 6\%$ (Tabla 1). **Conclusiones:** El cuestionario BEDQ con un punto de corte ≥ 10 se vincula en grado significativo con reflujo patológico (TEA > 6) y posee un porcentaje elevado de valor predictivo negativo con puntuaciones menores a este corte. El BEDQ puede ser una herramienta útil de tamizaje para identificar a los pacientes con ERGE, con o sin disfagia.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento para este trabajo.

Dom021

IMPACTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

H. R. Ordaz-Álvarez, N. H. Torres-Meza, B. A. Priego-Parra, J. L. Vargas-Basurto, L. Bolio-Lavalle, M. Herrera-Sato, M. Amieva-Balmori, R. H. Raña-Garibay, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) posee elevada frecuencia de comorbilidades neuropsiquiátricas, especialmente ansiedad, depresión y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), que pueden afectar de forma negativa la calidad de vida; sin embargo, la evidencia actual es escasa y fragmentaria.

Objetivo: Evaluar la prevalencia del TOC en pacientes con SII mediante la aplicación del módulo H de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, así como explorar la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos en esta población mediante el Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado (OCI-R).

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico. A través de un formulario presencial y electrónico se evaluaron datos sociodemográficos, gravedad de los síntomas de SII (IBS-SSS), ansiedad y depresión (HADS), catastrofización del dolor (PCS), calidad de vida (IBS-QOL) y TOC (MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y OCI-R). Se realizó un muestreo no aleatorizado por conveniencia en pacientes con SII que acudieron al laboratorio de fisiología digestiva y motilidad del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana y al departamento de gastroenterología del Hospital Español de la Ciudad de México, entre enero de 2024 y mayo de 2025. Los pacientes firmaron un consentimiento informado y respondieron un formulario de 90 preguntas (15 minutos). Si no aceptaban el consentimiento, se suspendía la participación. Los controles asintomáticos se seleccionaron mediante el mismo formulario electrónico difundido por correo y redes sociales; respondieron de forma voluntaria y anónima tras aceptar el consentimiento informado.

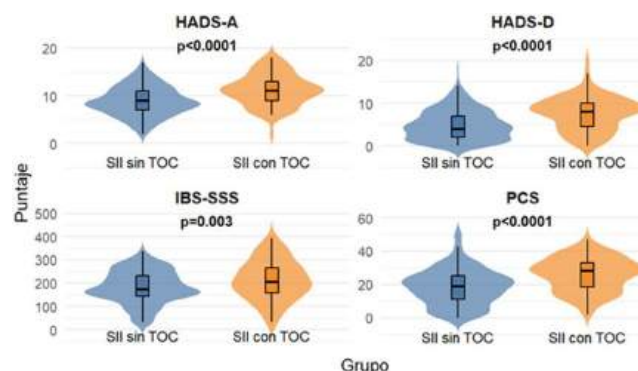
Resultados: Se incluyó a un total de 1 194 participantes, de los cuales 1 062 cumplieron los criterios de inclusión y 132 se eliminaron por tener antecedentes de enfermedades. La mediana de edad fue de 24 años (18-69), 704 (66,3%) fueron individuos asintomáticos y 358 (33,7%) enfermos con SII, con predominio de mujeres (68,2%). Los pacientes con SII tuvieron mayor prevalencia de TOC (24,3% vs. 16,6%, $p = 0,003$; OR 1,61, IC95%, 1,18 - 2,20, $p = 0,002$) y además mostraron puntuaciones más altas en los cuestionarios IBS-SSS (184,9 [143,3-247] vs. 100 [33,3-161,6], $p \leq 0,0001$), ansiedad (9 [7-12] vs. 8 [6-10], $p \leq 0,0001$), depresión (5 [2-8] vs. 4 [1-7], $p \leq 0,0001$), catastrofización del dolor (20 [13-28] vs. 14 [4-23], $p \leq 0,0001$) y gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos (22 [14-34] vs. 18 [11-27], $p \leq 0,0001$), así como menor calidad de vida (64,8 [56,7-71,0] vs. 65,6 [57,9-71,9], $p = 0,018$) en comparación con los sujetos asintomáticos. En un subanálisis se reconoció que los individuos con SII y TOC tuvieron mayores grados de ansiedad (11 [9-13] vs. 9 [7-11], $p \leq 0,0001$), depresión (8 [4-10] vs. 4 [2-7], $p \leq 0,0001$), catastrofización del dolor (28 [18-33] vs. 19 [11-25], $p \leq 0,0001$), IBS-SSS (204,9 [151,6-266,6] vs. 171,6 [143,3-229,9], $p = 0,003$), gravedad de los síntomas obsesivos-compulsivos (34 [21-41] vs. 20 [13-30], $p \leq 0,0001$) y puntuaciones más altas en las subescalas del OCI-R lavado (3 [1-6] vs. 1 [0-3], $p \leq 0,0001$), comprobación (6 [3-9] vs. 3 [2-6], $p \leq 0,0001$), neutralización (4 [1-6] vs. 1 [0-3], $p \leq 0,0001$), obsesión (8 [4-11] vs. 3 [2-6], $p \leq 0,0001$), orden (6 [4-9] vs. 5 [3-7], $p = 0,002$) y acumulación (7 [4-9] vs. 5 [3-7], $p \leq 0,0001$) en comparación con el grupo de pacientes con SII sin TOC (Figura 1).

Conclusiones: El TOC y el SII muestran una relación significativa mediada por

ansiedad, depresión y catastrofización del dolor, lo que subraya la necesidad de integrar la evaluación de comorbilidades neuropsiquiátricas en el abordaje diagnóstico y terapéutico del SII, en particular en pacientes con mayor intensidad de síntomas y poca respuesta al tratamiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento ni patrocinio.

Figura 1. Comparación del estrés psicológico y la gravedad de los síntomas en pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) según la presencia de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). (Dom021)



HADS-A, escala de ansiedad y depresión hospitalaria, subescala de ansiedad; HADS-D, escala de ansiedad y depresión hospitalaria, subescala de depresión; IBS-SSS, Irritable bowel syndrome severity scoring system; PCS, Pain catastrophizing scale; SII, síndrome de intestino irritable; TOC, trastorno obsesivo-compulsivo. Distribución de las puntuaciones de ansiedad (HADS-A), depresión (HADS-D), gravedad de los síntomas gastrointestinales (IBS-SSS) y catastrofización del dolor (PCS) en pacientes con SII sin y con TOC. Las gráficas de tipo violín ilustran la dispersión y la densidad de los datos; las cajas negras representan la mediana y el rango intercuartílico. Las diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas, según los valores de p indicados. La distribución de los datos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad con la prueba de Levene. Para la comparación de variables numéricas entre grupos se utilizó la prueba t de Student o la de Wilcoxon, según correspondiera.

Dom022

CARS SCORE: UNA NOVEDOSA HERRAMIENTA ENDOSCÓPICA PARA PREDECIR ACALASIA EN PACIENTES CON DISFAGIA

C. A. Munguía-Lares, J. I. Carrillo-Rojas, G. Morales-Osorio, F. D. García-García, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La disfagia es el síntoma principal en pacientes con acalasia, un trastorno primario de la motilidad esofágica caracterizado por falta de relajación del esfínter esofágico inferior y alteraciones del peristaltismo, con criterios diagnósticos basados en manometría esofágica de alta resolución (HRM), acorde a la clasificación de Chicago 4.0; sin embargo, es un estudio con limitada accesibilidad en este país. La endoscopia del tracto digestivo superior es el estudio inicial en el abordaje de pacientes con disfagia y es esencial para descartar obstrucción por causas mecánicas y malignidad. En recha reciente se ha propuesto un nuevo sistema de puntuación endoscópica, el CARS score, un instrumento que parece promisorio para predecir acalasia con alta especificidad, la cual evalúa cuatro aspectos: contenido, anatomía, resistencia y estasis, con puntuaciones desde 0 hasta 8 puntos; un valor ≥ 4 puntos establece alta probabilidad de presentar acalasia en la HRM. Esta puntuación puede facilitar la identificación temprana, especialmente cuando no se dispone de HRM, aunque no se encuentra validada en la población mexicana.

Objetivo: Validar la herramienta CARS para la predicción de acalasia en pacientes mexicanos estudiados por disfagia esofágica.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes con disfagia esofágica que contaran con estudio de endoscopia y HRM. A todos ellos se aplicó el CARS score y se consideró la HRM como el estándar de oro. La concordancia entre ambas pruebas se evaluó con un análisis kappa; se calculó el área bajo la curva (AUROC) y se obtuvieron la sensibilidad, la especificidad y los

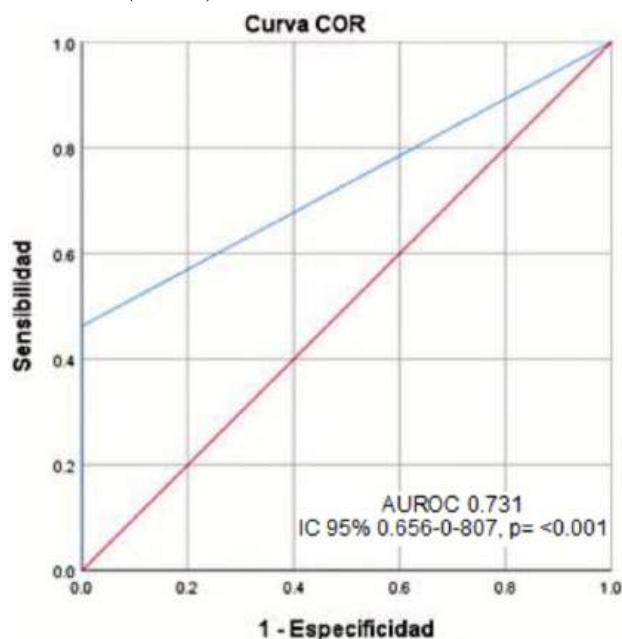
valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) para el punto de corte. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS v25 y se consideró un valor de p significativo $< 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 251 pacientes, 84 (34%) hombres y 167 (66%) mujeres, con una edad de $55,2 \pm 14,3$ años. El 16% tenía esofagitis, proporción de la cual 9% correspondió al grado A, 5% al grado B, 1% al grado C y 1% al grado D. Mediante endoscopia se identificó hernia hiatal en 23% y por este dato sólo se corroboró en 10% mediante HRM. La prevalencia de acalasia fue de 32% y se determinó alta probabilidad mediante CARS en 15% ($\kappa = 0,540$, $p \leq 0,001$). El AUROC de CARS fue de 0,731 (IC95% 0,656-0,807, $p \leq 0,001$), con sensibilidad de 46%, especificidad de 100%, VPP de 100% y VPN de 80% (Figura 1).

Conclusiones: Si bien con baja sensibilidad, el CARS score es una herramienta endoscópica altamente específica en la población mexicana para predecir acalasia y los hallazgos de esta puntuación mejoran la capacidad diagnóstica endoscópica y podrían ser cruciales para la identificación temprana de la acalasia, por lo que puede utilizarse como una herramienta que permita orientar las estrategias diagnósticas y así instituir un tratamiento oportuno, sobre todo en entornos en donde la accesibilidad a la HRM es limitada.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Predicción de acalasia en pacientes con disfagia esofágica mediante CARS score. (Dom022)



Dom023

DISFAGIA OROFARÍNGEA Y SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN LA POBLACIÓN MEXICANA DE ADULTOS MAYORES

M. R. Zavala-Solares, J. L. Ríos-Reyna, A. Serralde-Zúñiga, M. G. Rojas-Loureiro, L. E. González-Salazar, A. D. Flores-Loredo, E. M. Ramírez-Rangel, Hospital Ángeles Mocel Querétaro

Introducción: La disfagia orofaríngea (DO) es una alteración de la deglución con alta prevalencia en los adultos mayores. Esta alteración puede provocar complicaciones graves, como desnutrición, deshidratación y neumonía por aspiración, lo que afecta significativamente la calidad de vida.

Objetivo: Caracterizar al grupo de pacientes mayor de 70 años referida a realizar una VFS con prueba de volumen-viscosidad con fines diagnósticos y terapéuticos.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo con 233 pacientes referidos para videofluoroscopia de la deglución (VFS) con prueba de volumen-viscosidad entre 2015 y 2025. Se dividieron en dos grupos etarios: < 70 años ($n = 150$) y ≥ 70 años ($n = 83$). Se evaluaron variables clínicas, antropométricas y hallazgos radiológicos.

Resultados: Los pacientes mayores de 70 años revelaron mayor frecuencia de alteraciones en la eficacia y seguridad de la deglución, con mayor riesgo de complicaciones por disminución de la propulsión lingual ($p = 0,001$), fragmentación del bolo ($p = 0,001$), residuo oral ($p = 0,001$) y aspiraciones ($p = 0,007$), penetraciones ($p = 0,0001$) y barra del cricofaríngeo ($p = 0,0001$). Registraron mayor riesgo de neumonía por aspiración (22% vs. 9%) los mayores de 70 años y necesidad de nutrición enteral y rehabilitación deglutoria. En contraste, los menores de 70 años mostraron mayor prevalencia de disfagia funcional (47% vs. 4%, $p = 0,0001$).

Conclusiones: Los pacientes ≥ 70 años sufren alteraciones significativas en la eficacia y seguridad de la deglución, con mayor riesgo de complicaciones como desnutrición y neumonía por aspiración. La VFS con prueba de volumen-viscosidad es una herramienta diagnóstica y terapéutica clave, especialmente en adultos mayores. Se recomienda su uso sistemático y estudios prospectivos en la población mexicana.

Financiamiento: No se obtuvo financiamiento para la elaboración de este estudio.

Dom024

NEUROFENOTIPO DE LAS CÉLULAS GANGLIONARES DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR SEGÚN EL SUB-TIPO DE ACALASIA

G. Torres-Villalobos, D. Aguilar-León, C. A. Morales-Herrera, E. Coss-Adame, M. A. Valdovinos-Díaz, L. R. Valdovinos-García, J. Furuzawa-Carballeda, Grupo Colaborativo: Estudio de la Acalasia, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La acalasia es un trastorno primario de la motilidad esofágica que se caracteriza por la pérdida de neuronas en el plexo mientérico debido a la destrucción inflamatoria. Si bien algunos estudios han intentado describir los hallazgos histológicos, éstos son muy limitados.

Objetivo: Caracterizar el número y tipo de células ganglionares en el músculo del esfínter esofágico inferior (mLES) de pacientes con acalasia según la producción de los neurotransmisores VIP+, VIP+/nNOS+, nNOS+, ChAT+ y ChAT+/nNOS+.

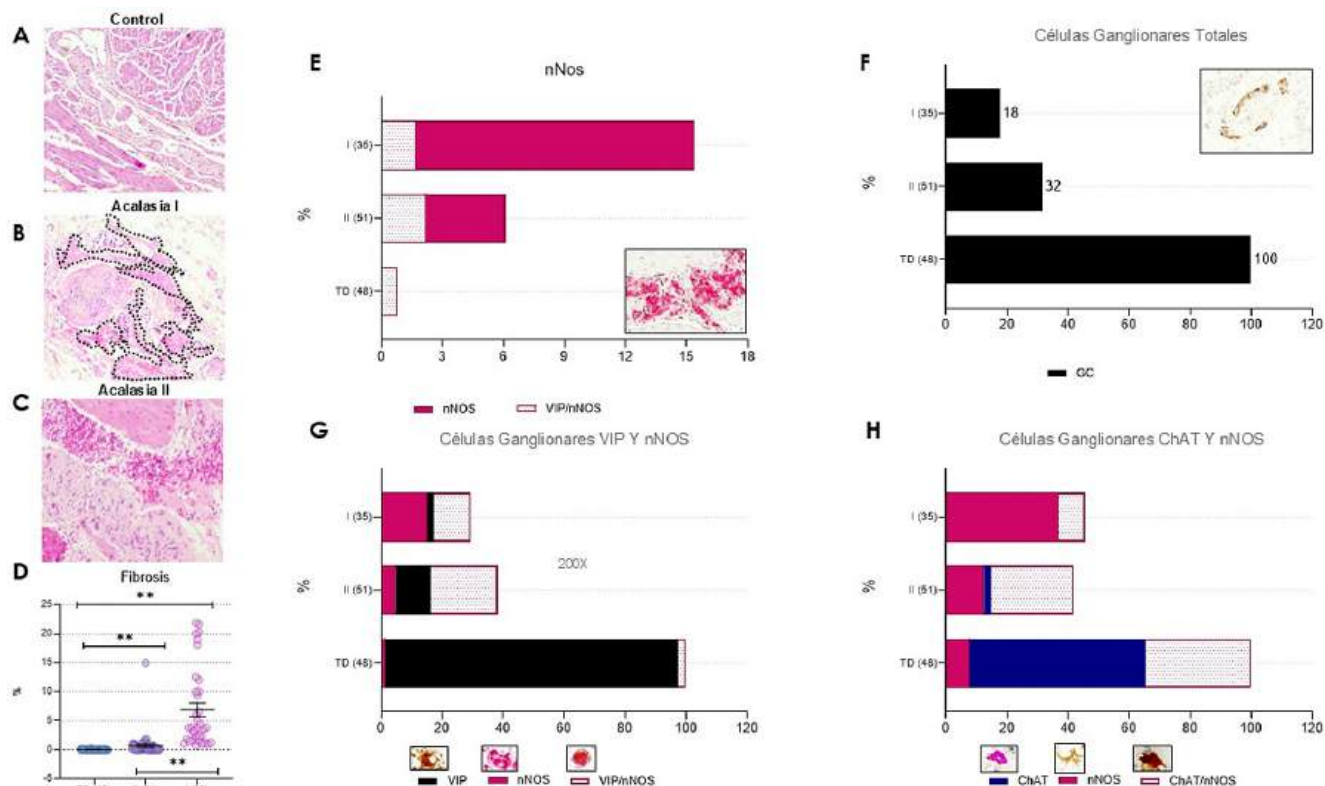
Material y métodos: Dos patólogos certificados, cegados a los datos clínicos de los pacientes, analizaron biopsias del mLES de 86 pacientes con acalasia (tipo II = 51 y tipo I = 35) y como controles las de 48 donantes de trasplante (DT). Se evaluaron las características histológicas, como la inflamación y la fibrosis, mediante tinción con hematoxilina y eosina (H-E) en un campo de gran aumento (HPF). Las células ganglionares se identificaron por la expresión de VIP, VIP+/nNOS, nNOS, ChAT y ChAT+/nNOS mediante inmunohistoquímica. El análisis morfológico y la cuantificación celular se realizaron en 5 a 10 fotografías ($\times 40$). El análisis estadístico fue descriptivo y la comparación entre grupos se llevó a cabo mediante ANOVA y un análisis *post hoc* de Holm-Sidak.

Resultados: Los pacientes con acalasia tenían una edad de 47 ± 16 años, con un tiempo de evolución de la acalasia tipo I de 31 ± 47 y para la tipo II de 21 ± 19 meses.

Los tejidos de DT mostraron una distribución normal de las fibras de colágeno, sin fibrosis (Figura 1A, D). El tejido de acalasia tipo I tenía un incremento significativo del depósito de haces densos de fibras de colágeno (Figura 1B, D) respecto de la acalasia tipo II (Figura 1C, D). El área del tejido con células ganglionares, nNOS+, fue mayor en la acalasia tipo I (14% del área) contra la del tipo II (4%) y los tejidos de DT (área rosa, Figura 1E). El número total de células ganglionares disminuyó de forma significativa en un 82% en la acalasia tipo I respecto de un 68% en la tipo II en comparación con el número de células presentes en el tejido de DT (Figura 1F). Del 18% (tipo I) y 32% (tipo II) de células ganglionares que persistieron en los tejidos de acalasia, la mayoría de ellas modificó su producción de neurotransmisores en los siguientes patrones: en la acalasia tipo II aumentó el número de células VIP+/nNOS+ y, en menor medida, las células nNOS+ a expensas de una disminución de las células VIP+ y las células ChAT+. En la acalasia tipo I se elevó el número de células nNOS+ y, en menor medida, el de las células VIP+/nNOS+ a expensas de la disminución de las células VIP+ (Figura 1G), de las células ChAT+/nNOS+ y de la desaparición de las células ChAT+ (Figura 1H).

Conclusiones: El número total de células ganglionares en el mLES de pacientes con acalasia fue significativamente menor que en el mLES de los DT. Las células ganglionares disminuyeron de manera notable en la acalasia de tipo I en comparación con la de tipo II.

Figura 1. La fibrosis en pacientes con acalasia es significativamente mayor en comparación con (A) el tejido de donadores de trasplante (control; $**p < 0,001$). (B) La acalasia tipo I muestra un mayor grado de fibrosis (área dentro de la línea punteada) que en aquellos con (C) acalasia tipo II ($*p < 0,001$). (D) Los resultados se expresan como la media $\pm$ intervalo de confianza del 95%. $*p < 0,05$ y $**p < 0,001$. (E) La expresión de nNOS (barra rosa) es mayor en pacientes con acalasia tipo I ($n = 35$) que en pacientes con acalasia tipo II ($n = 51$) y es inversamente proporcional (F) al número de células ganglionares en estos pacientes. (G) Las células VIP+ (barra negra) disminuyen en los tejidos de pacientes con acalasia tipo II, mientras que prácticamente desaparecen en los individuos con acalasia tipo I en comparación con los donadores de trasplante. (H) Se observa un perfil similar en las células que expresan ChAT (barra azul). (Dom024)



Las proporciones de células ganglionares ChAT+/nNOS+, VIP+/nNOS+ y nNOS+ aumentaron a expensas de la disminución o desaparición de las células ChAT+ y VIP+. El incremento exacerbado de nNOS en la acalasia de tipo I en comparación con la de tipo II sugiere que el NO aumenta y que, lejos de participar en la relajación de las células musculares lisas, promueve el estrés

oxidativo, lo que incrementa la hiperexcitabilidad y la muerte neuronal, de tal modo que se perpetúa así el proceso inflamatorio y se destruyen el plexo mientérico y el tejido muscular circundante, lo que da lugar a la reparación fibrosa característica de los tejidos de la acalasia de tipo I.

Financiamiento: Fondo departamental.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 16 de noviembre de 2025

Neurogastroenterología II

Dom025

FENOTIPOS DE SENSIBILIDAD RECTAL Y SU ASOCIACIÓN CON SÍNTOMAS EN TRASTORNOS DEFECATORIOS: ANÁLISIS MULTICÉNTRICO ESTRATIFICADO POR SEXO

K. R. García-Zermeño, F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, L. Bolio-Lavalle, S. P. Mendivil-Sáenz, H. R. Ordaz-Álvarez, J. M. Remes-Troche, Grupo Colaborativo: Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La sensibilidad rectal es un componente esencial en el control de la defecación voluntaria. Los mecanismos aferentes que detectan la distensión rectal y generan la sensación de urgencia son clave para activar los reflejos motores e iniciar una respuesta consciente de evacuación. Las alteraciones en esta percepción, tanto por aumento (hipersensibilidad rectal) como por disminución (hiposensibilidad rectal), pueden tener consecuencias clínicas relevantes. La Clasificación de Londres estandariza su evaluación mediante distensión con balón y manometría de alta resolución. Aunque se ha descrito la prevalencia de alteraciones sensoriales, se desconoce su correlación con síntomas y si ésta varía de acuerdo con el sexo. El cuestionario PAC-SYM, diseñado para estreñimiento funcional, también podría ser útil en otros trastornos defecatorios.

Objetivo: Evaluar la relación entre la puntuación PAC-SYM (total y por dominios específicos) y los trastornos de sensibilidad rectal como marcador indirecto (*proxy*) de intensidad sintomática en trastornos de la defecación, además de analizar si dichas relaciones difieren entre hombres y mujeres.

Material y métodos: Estudio transversal con datos de centros de coloproctología y gastroenterología en cinco países (2022-2023). Se incluyó a adultos con diagnóstico de estreñimiento crónico (EC), incontinencia fecal (IF) o ambos (EC/IF), evaluados con manometría anorrectal y prueba de distensión rectal. Los pacientes completaron cuestionarios clínicos (Roma IV, St. Marks, CCS y PAC-SYM). La sensibilidad rectal se clasificó en cuatro fenotipos según los umbrales sensoriales (primera sensación, deseo de evacuar, volumen máximo

tolerado) y valores de referencia por sexo: hipersensibilidad (≥ 1 umbral bajo), hiposensibilidad (≥ 2 umbrales altos), hiposensibilidad límite (1 umbral alto) y normalidad (todos normales). El PAC-SYM evaluó síntomas abdominales, rectales y relacionados con heces (intervalo total, 0-48). Se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis ($p < 0,05$).

Resultados: Se incluyó a 986 pacientes, con 86,2% de mujeres y mediana de edad de 57 años. Distribución clínica: EC (33,9%), IF (22,3%) y EC/IF (30,8%). Fenotipos sensoriales:

Sensibilidad normal: 77,6%; hiposensibilidad límite: 9,5%; hiposensibilidad: 7,8%; hipersensibilidad: 5,1%. PAC-SYM y sensibilidad rectal: se encontraron diferencias significativas en la puntuación total ($p = 0,0097$), especialmente en los dominios rectal ($p = 0,0111$) y heces ($p = 0,0095$). El dominio abdominal no fue significativo. Los pacientes con hiposensibilidad registraron las puntuaciones PAC-SYM más altas ($19,06 \pm 11,8$), seguidos por los de hiposensibilidad límite ($17,71 \pm 10,9$), normal ($17,07 \pm 10,7$) e hipersensibilidad ($15,24 \pm 10,6$). La hiposensibilidad se acompañó de síntomas más intensos ($p < 0,05$). La hipersensibilidad no mostró diferencias significativas frente a otros grupos, posiblemente por su menor tamaño muestral (Tabla 1). Distribución por diagnóstico clínico: EC: hiposensibilidad (9,6%) e hipersensibilidad (3,6%); IF: hiposensibilidad (5,0%) e hipersensibilidad (5,0%); EC/IF: hiposensibilidad (8,6%) e hipersensibilidad (7,2%). La relación entre diagnóstico y fenotipo fue significativa ($\chi^2 = 15,19$, $p = 0,0188$). En EC/IF se observó mayor frecuencia de hipersensibilidad; en la IF predominó la sensibilidad normal.

Conclusiones: Los fenotipos extremos de sensibilidad rectal se vinculan con mayor intensidad sintomática, en especial en los dominios rectal y de heces del PAC-SYM. La hiposensibilidad, aunque fue menos común, mostró mayor carga clínica, quizá por una disfunción aferente que afecta la percepción del deseo de evacuar. La hipersensibilidad, más frecuente en mujeres y en quienes tienen síntomas combinados, podría reflejar sensibilización central. Este estudio multicéntrico es de los primeros en demostrar una relación significativa entre fenotipos fisiológicos rectales e intensidad sintomática y destaca además el posible valor clínico de la hiposensibilidad límite. Los hallazgos respaldan el uso de la evaluación fisiológica para guiar los

Tabla 1. Puntuación PAC-SYM de acuerdo con el fenotipo de sensibilidad rectal. (Dom025)

Fenotipo de sensibilidad	PAC-SYM total (media $\pm$ DE)	Abdominal	Rectal	Heces
Hiposensibilidad	16,12 $\pm$ 10,1	4,72 $\pm$ 3,5	2,05 $\pm$ 2,09	9,34 $\pm$ 5,99
Hiposensibilidad límite	14,78 $\pm$ 9,41	4,2 $\pm$ 3,18	1,82 $\pm$ 1,99	8,76 $\pm$ 5,74
Sensibilidad normal	12,96 $\pm$ 9,2	3,78 $\pm$ 3,17	1,72 $\pm$ 2,04	7,46 $\pm$ 5,59

tratamientos personalizados: estimulación sensorial en la hiposensibilidad y neuromoduladores o psicoterapia en la hipersensibilidad. La alteración sensorial rectal se relaciona con mayor intensidad de los síntomas evacuatorios. La hiposensibilidad implica mayor carga clínica y podría requerir tratamientos dirigidos. El PAC-SYM permite diferenciar entre fenotipos sensoriales más allá del estreñimiento. La hiposensibilidad limítrofe puede representar un fenotipo subclínico relevante. Evaluar la fisiología rectal junto con escalas clínicas mejora la estratificación y el tratamiento personalizado.

Financiamiento: Ninguno.

Dom026

CONCORDANCIA ENTRE LA IMPEDANCIA BASAL NOCTURNA ESOFÁGICA Y LA IMPEDANCIA DEL SEGMENTO CONTRÁCTIL DISTAL EN LA EVALUACIÓN DE LA ERGE

S. P. Mendivil-Sáenz, L. Bolio-Lavalle, K. D. González-Gómez, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La impedancia basal nocturna esofágica (IBN) es un marcador indirecto de la integridad de la mucosa esofágica, evaluado durante la noche mediante monitoreo de pH-impedancia esofágica multicanal (MII-pH). Se ha propuesto como un parámetro útil para distinguir entre pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y aquéllos con síntomas funcionales, en especial los que se encuentran en la zona gris. En fecha reciente se ha propuesto que la impedancia del segmento contráctil esofágico distal (ISCED) medida mediante manometría esofágica de alta resolución (MEAR) también podría identificar a pacientes con ERGE. Sin embargo, la concordancia entre estos dos métodos se desconoce.

Objetivo: Evaluar la concordancia entre la impedancia basal nocturna esofágica, obtenida mediante monitoreo de pH-impedancia esofágica multicanal, y la impedancia del segmento contráctil esofágico distal, medida por manometría esofágica de alta resolución, en pacientes con sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Material y métodos: Estudio prospectivo con inclusión de todos los pacientes referidos a esta institución para la realización de MEAR con impedancia (Diversatek) y sometidos también a MII-pH de 24 h (Diversatek). La IBN se calculó de acuerdo con la metodología convencional y la ISCED con la medición obtenida durante la realización de la MEAR en el segmento a 3 cm de la unión esofagagástrica (UEG). Se realizaron estadística descriptiva y análisis comparativo y se calcularon coeficientes de correlación entre los dos métodos para la detección de la impedancia esofágica.

Resultados: Se ha incluido a un total de 24 pacientes (73% de mujeres, con edad promedio de $68,8 \pm 11,06$ años). Dieciséis pacientes se evaluaron por síntomas típicos de ERGE. De acuerdo con la pH-metría, 12 pacientes tuvieron ERGE con exposición esofágica al ácido anormal de acuerdo con los criterios de Lyon 2.0. La ISCED registró valores promedio menores que la IBN (897,47 vs. 1577,69). La correlación entre IBN y ISCED fue positiva moderada ($r = 0,51$, $p = 0,012$); sin embargo, la IBN tuvo una mejor correlación negativa para el porcentaje de pH < 4 ($r = 0,67$, $p < 0,001$). Al evaluar sólo a los pacientes con ERGE patológico, estas correlaciones no cambiaron (Figura 1).

Conclusiones: Los resultados indican que, si bien la ISCED ofrece una evaluación rápida, simultánea y menos invasiva de la integridad esofágica, y podría tener valor complementario, la IBN es todavía un marcador más robusto de daño mucoso y exposición ácida en pacientes con sospecha de ERGE, en particular en aquéllos dentro de la zona diagnóstica gris.

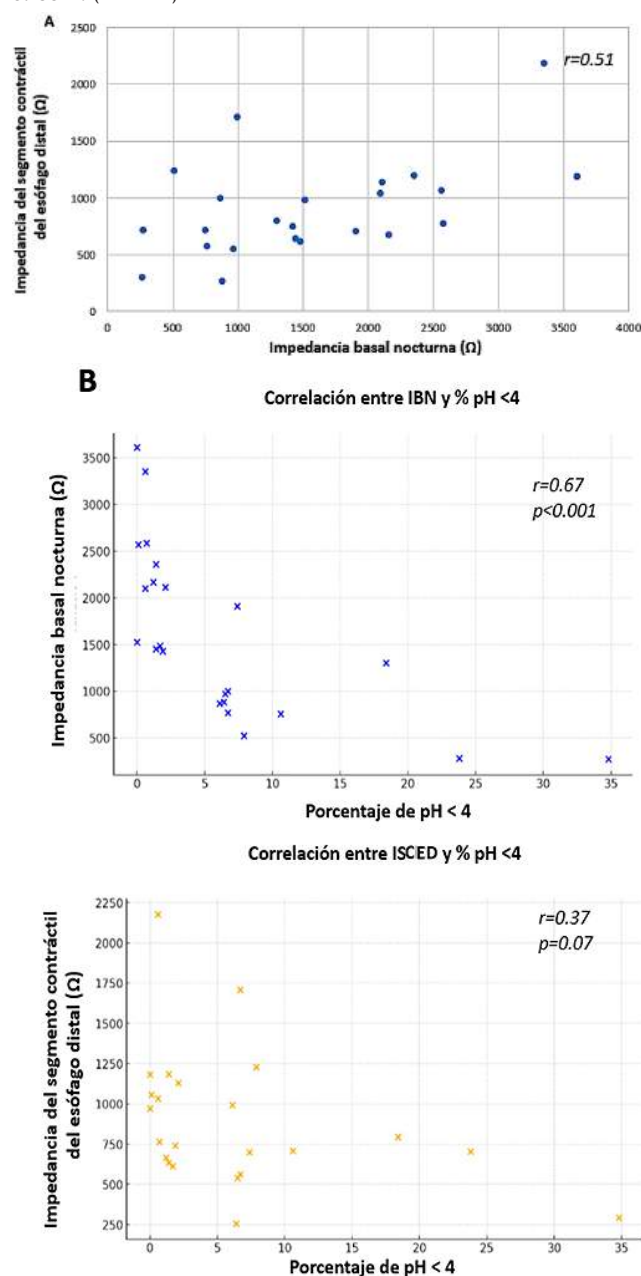
Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom027

COMPARACIÓN ENTRE UN DIARIO ELECTRÓNICO Y UN DIARIO FÍSICO PARA EL REGISTRO DE EVACUACIONES EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

D. I. Carmona-Guerrero, M. F. García-Cedillo, C. I. Zubia-Nevárez, M. Herrera-Sato, A. D. Carmona-Quirós, J. S. Arenas-Martínez, E. Coss-Adame, Grupo Colaborativo: Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Figura 1. (A) La correlación entre IBN y ISCED fue positiva. (B) La IBN mostró una mejor correlación negativa para el porcentaje de pH < 4 en comparación el ISCED. (Dom026)



Introducción: El estreñimiento funcional modifica negativamente la calidad de vida y su evaluación clínica depende en gran medida del autorreporte de síntomas. Por lo regular, éstos se registran en diarios físicos, los cuales tienen algunas limitaciones, como baja adherencia, pérdida de datos y sesgo de memoria. Los diarios electrónicos, accesibles mediante dispositivos móviles, representan una alternativa moderna con capacidad de mejorar la calidad del registro y la experiencia del paciente. Sin embargo, existe escasa evidencia comparativa entre ambas modalidades y no se han evaluado estudios que determinen cuál diario es más adecuado desde la perspectiva del clínico en términos de completitud y congruencia del llenado. **Objetivo:** Comparar la calidad del registro del hábito intestinal y la experiencia del paciente entre un diario físico y uno electrónico.

Material y métodos: Se incluyó a adultos con estreñimiento funcional diagnosticado con criterios de Roma IV, atendidos en un centro de tercer nivel. Se incorporó a un grupo control de sujetos sanos. Los participantes fueron invitados durante los estudios de manometría anorrectal o sesiones de tratamiento

de biorretroalimentación, tras firmar un consentimiento informado. El estudio duró cinco semanas, con tres visitas presenciales y dos fases de recolección de datos bajo un diseño cruzado con periodo de lavado. Cada participante se asignó aleatoriamente al orden de uso del diario (físico o electrónico). En la primera visita se explicó el estudio, se resolvieron dudas y se capacitó al paciente sobre el diario asignado. En la segunda visita se recolectó el primer diario, se evaluó su llenado y se aplicó una encuesta. Luego se realizó un periodo libre sin registro. En la tercera visita se entregó el segundo diario, se evaluó nuevamente el llenado y se aplicó una encuesta comparativa entre ambos formatos. Las variables categóricas se describieron con frecuencias y porcentajes, y se comparó entre grupos (sanos y enfermos) mediante ji cuadrada o prueba exacta de Fisher. Las variables continuas se resumieron con medianas y rangos intercuartílicos, y se compararon mediante la prueba U de Mann-Whitney. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizó a 36 participantes (mediana de edad: 34 años; 75% de mujeres). El grupo con estreñimiento fue mayor en edad que el grupo sano (47 vs. 23 años, $p < 0,001$), sin diferencia en sexo ($p = 0,12$). En el

grupo sano, la consistencia fecal (escala de Bristol) difirió entre diarios ($p = 0,05$), sin diferencias en número de evacuaciones, tiempo en el baño, pujo, evacuación incompleta, maniobras digitales, evacuaciones inducidas, gas o distensión. Entre grupos, los pacientes con estreñimiento presentaron heces más duras (Bristol 2,6 vs. 4; $p < 0,001$) y mayor tiempo en el baño (8,6 vs. 6,1 min; $p < 0,001$), independientemente del diario. En cuanto a su uso, 72,2% consideró más fácil el electrónico; 77,8% no señaló dificultad para registrar en ninguno de los diarios; 66,7% consideró ambos diarios claros; 44,4% refirió mayor dificultad con el físico; y 75% prefirió y recomendaría el electrónico. Aunque no significativa ($p = 1,0$), una mayor proporción del grupo con estreñimiento prefirió llevar el control del padecimiento con el diario electrónico (72,2% vs. 11,1%). El grupo sano completó en mayor proporción ambos diarios, mientras que los pacientes con estreñimiento completaron más el físico, sin diferencia significativa ($\chi^2 = 2,78$, $p = 0,24$). Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: Ambos grupos prefirieron el diario electrónico por su facilidad de uso. La calidad del registro (llenado $\geq 80\%$) fue comparable entre formatos, lo que sugiere que tanto el diario físico como el electrónico son útiles

Tabla 1. Resultados del uso del diario electrónico y físico para el registro de evacuaciones en pacientes con estreñimiento funcional y controles sanos. (Dom027)

Variable	Total (n = 36)	Sanos (n = 18)	Enfermos (n = 18)	p
Sexo (mujeres %)	27 (75)	11 (61,1)	16 (88,9)	0,12
Edad (años)	34 (23-55)	23 (22-34,5)	47 (34-57,7)	< 0,001
Facilidad de uso 1,00				
Ambos	9 (25,0)	5 (27,8)	4 (22,2)	
Electrónico	26 (72,2)	13 (72,2)	13 (72,2)	
Físico	1 (2,8)	0 (0)	1 (5,6)	
Dificultad para ingresar datos 0,73				
Ninguno	28 (77,8)	15 (83,3)	13 (72,2)	
Electrónico	3 (8,3)	1 (5,6)	2 (11,1)	
Físico	5 (13,9)	2 (11,1)	3 (16,7)	
Más rápido de usar 1,00				
Ambos	30 (55,6)	10 (55,6)	10 (55,6)	
Electrónico	16 (44,4)	8 (44,4)	8 (44,4)	
Claro/fácil de entender 0,88				
Ambos	24 (66,7)	13 (72,2)	11 (61,1)	
Electrónico	6 (16,7)	3 (16,7)	3 (16,7)	
Físico	6 (16,7)	2 (11,1)	4 (22,2)	
Difícil de usar 0,66				
Ninguno	10 (27,8)	5 (27,8)	5 (27,8)	
Ambos	5 (13,9)	3 (16,7)	2 (11,1)	
Electrónico	5 (13,9)	1 (5,6)	4 (22,2)	
Físico	16 (44,4)	9 (50)	7 (38,9)	
Sugerencia de cambio de diseño 0,69				
Ninguno	28 (77,8)	15 (83,3)	13 (72,2)	
Electrónico	8 (22,2)	3 (72,2)	5 (27,8)	
Preferible para llevar el control del padecimiento 1,00				
Ambos	3 (16,7)	0 (0)	3 (16,7)	
Electrónico	13 (72,2)	0 (0)	13 (72,2)	
Físico	2 (11,1)	0 (0)	2 (11,1)	
Preferencia de uso 0,53				
Ambos	7 (19,4)	4 (22,2)	3 (16,7)	
Electrónico	27 (75)	14 (77,8)	13 (72,2)	
Físico	2 (5,6)	0 (0)	2 (11,1)	
Recomendación de diario 0,44				
Ambos	27 (75)	15 (83,3)	12 (66,7)	
Electrónico	8 (22,2)	3 (16,7)	5 (27,8)	
Físico	1 (2,8)	0 (0)	1 (5,6)	
Diario completado > 80% 0,24				
Ambos	17 (47,2)	11 (64,7)	6 (35,3)	
Electrónico	8 (22,2)	3 (37,5)	5 (62,5)	
Físico	11 (30,5)	4 (36,4)	7 (63,6)	

Estudio transversal con diseño cruzado: comparación entre diario físico y electrónico en pacientes con estreñimiento funcional (CIE-10: K59.0) respecto del grupo control sano.

para documentar el hábito intestinal en la práctica clínica. Sin embargo, se requieren estudios con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para confirmar estos hallazgos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno para este trabajo.

Dom028

PREVALENCIA Y PERFIL CLÍNICO DE LA HIPOSENSIBILIDAD: ANÁLISIS MULTICÉNTRICO BASADO EN LA CLASIFICACIÓN DE LONDRES

K. R. García-Zermeño, R. A. Jiménez-Castillo, F. A. Félix-Téllez, H. R. Ordaz-Álvarez, F. D. García-García, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Grupo Colaborativo: Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Intestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La sensibilidad rectal es fundamental para una evacuación voluntaria eficaz, al permitir tanto la activación del RRAI como la percepción de urgencia. Su disminución puede acompañarse de síntomas como pujo, evacuación incompleta, tenesmo o ausencia de urgencia. Sin embargo, la hiposensibilidad rectal se ha caracterizado poco debido a la falta de criterios uniformes. La Clasificación de Londres ha contribuido al establecer puntos de corte objetivos para su diagnóstico. Aún se desconoce la relevancia clínica de los pacientes con alteración aislada de un umbral sensorial, quienes podrían representar un fenotipo intermedio no estudiado.

Objetivo: Determinar la prevalencia y perfil clínico de la hiposensibilidad rectal, así como su relación con síntomas defecatorios en una cohorte multicéntrica, con uso de la Clasificación de Londres. Se analiza además el valor clínico de la hiposensibilidad limitrofe como posible fenotipo intermedio.

Material y métodos: Estudio transversal multicéntrico en adultos con síntomas defecatorios evaluados con manometría anorrectal y medición de umbrales sensoriales rectales. Según la Clasificación de Londres, se definieron tres grupos: hiposensibilidad (≥ 2 umbrales elevados), hiposensibilidad limitrofe (1 umbral elevado) y sensibilidad normal (todos normales). Se analizó la relación entre perfiles sensoriales y síntomas defecatorios mediante pruebas estadísticas apropiadas.

Resultados: Se analizó a 1 341 pacientes remitidos por síntomas defecatorios. La media de edad fue de 54,3 años, con predominio femenino (84,3%). De acuerdo con el motivo de referencia registrado, los pacientes se distribuyeron como sigue:

- Estreñimiento crónico (EC): 503 pacientes (37,5%).
- Incontinencia fecal (IF): 482 pacientes (35,9%).
- Coexistencia EC/IF: 220 pacientes (16,4%).
- Otros síntomas (urgencia, dolor, sangrado, etc.): 136 pacientes (10,1%).

Según la Clasificación de Londres, los pacientes se agruparon como se indica en la **Tabla 1**: De acuerdo con la clasificación por sensibilidad rectal:

- Hiposensibilidad rectal (≥ 2 umbrales sensoriales elevados): 42 pacientes (3,1%).
 - Hiposensibilidad limitrofe (1 umbral sensorial elevado): 73 pacientes (5,4%).
 - Sensibilidad normal (todos los umbrales dentro de sus límites): 1 226 pacientes (91,4%).
- La distribución de hiposensibilidad de acuerdo con el motivo de referencia fue la siguiente: la hiposensibilidad rectal fue más frecuente en los pacientes referidos por EC y por coexistencia EC/IF, en comparación con aquellos referidos exclusivamente por IF, con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,005$). La comparación de síntomas defecatorios mostró lo siguiente: Los pacientes con hiposensibilidad rectal reportaron mayor intensidad de pujo, sensación de evacuación incompleta y menor urgencia fecal. El grupo limitrofe mostró un perfil sintomático intermedio. Estos hallazgos se observaron con mayor claridad en pacientes referidos por estreñimiento o síntomas mixtos.

Conclusiones: Este análisis confirma que la hiposensibilidad rectal, definida de manera objetiva, es más prevalente en pacientes con síntomas defecatorios y se relaciona con mayor intensidad sintomática. Se identifica por primera vez un grupo intermedio (hiposensibilidad limitrofe) con características clínicas distintas, lo que podría tener implicaciones terapéuticas. Las fortalezas del estudio incluyen su carácter multicéntrico y el uso de criterios estandarizados; entre las limitaciones, la falta de seguimiento longitudinal. La hiposensibilidad rectal es más prevalente en pacientes con estreñimiento y se acompaña de mayor intensidad sintomática. La hiposensibilidad limitrofe podría representar un fenotipo en evolución. La Clasificación de Londres permite una mejor estratificación fisiopatológica. Su uso sistemático puede guiar decisiones terapéuticas personalizadas en trastornos defecatorios.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Agrupación de los pacientes según la Clasificación de Londres. (Dom028)

	Total de pacientes	Hiposensibilidad	Hiposensibilidad limitrofe	Sensibilidad normal
EC	503	4,2%	7,2%	88,7%
IF	482	1,7%	5,2%	93,2%
EC/IF	220	5%	5%	90%
Otro	136	1,5%	0,7%	97,8%

Dom029

MANEJO CLÍNICO DE ERGE Y DISPEPSIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿ESTAMOS PREPARADOS?

M. M. Pérez-Guzmán, E. L. Núñez-Jiménez, A. A. Ceballos-Carrasco, A. F. Félix-Téllez, J. L. Vargas-Basurto, Z. P. Álvarez-Tiburcio, M. Suárez-Fernández, H. R. Ordaz-Álvarez, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Las enfermedades gastrointestinales constituyen una de las principales causas de consulta en el primer nivel de atención médica en México, no sólo por su alta prevalencia, sino también por su efecto en la calidad de vida del paciente y en la carga económica para el sistema de salud. Muchos de estos padecimientos, como la dispepsia funcional y el reflujo gastroesofágico, requieren un diagnóstico clínico preciso y un abordaje terapéutico adecuado desde la atención primaria para evitar retrasos diagnósticos, estudios innecesarios y sobreutilización de recursos especializados. Sin embargo, se ha documentado que persisten brechas notables en el conocimiento y atención de estos trastornos por parte del médico general, lo que puede derivar en tratamientos inadecuados, prescripción empírica prolongada y derivaciones no justificadas.

Objetivo: Evaluar la capacidad diagnóstica y el abordaje de los médicos generales en tópicos selectos de gastroenterología a través de un cuestionario con casos clínicos.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y descriptivo orientado a evaluar la capacidad diagnóstica y el abordaje de médicos generales antes de un curso de capacitación sobre enfermedades funcionales digestivas. El instrumento consistió en un cuestionario físico con seis casos clínicos. Cada uno ofrecía cinco opciones diagnósticas y siete opciones de abordaje terapéutico, lo que permitió valorar el grado de conocimiento y la toma de decisiones de los participantes. Los casos presentados incluyeron diferentes escenarios clínicos: enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) no erosivo, ERGE erosiva y ERGE con manifestaciones extraesofágicas. Asimismo, se incluyeron casos de dispepsia con distrés posprandial, dispepsia con dolor epigástrico y un caso de dispepsia con datos de alarma, con la finalidad de identificar la capacidad de diagnóstico con base en los síntomas y establecer un abordaje adecuado. Las variables cuantitativas se expresaron con media y desviación estándar y las cualitativas con frecuencias absolutas y porcentajes. El análisis se realizó con SPSS, versión 26.

Resultados: Se evaluó a 115 médicos generales (edad media $51,9 \pm 13,1$ años; 80,9% del sector privado). Los mayores aciertos diagnósticos se observaron en la ERGE no erosiva (83,5%) y la ERGE con manifestaciones extraesofágicas (85,2%) (**Tabla 1**). El reconocimiento de dispepsia funcional fue bajo (48,7% para plenitud posprandial y 30,4% para dolor epigástrico), y sólo el 4,3% identificó correctamente dispepsia con datos de alarma. El abordaje terapéutico fue adecuado en ERGE (uso de IBP y endoscopia), pero subóptimo en dispepsia, con bajo uso de pruebas diagnósticas dirigidas como antígeno en heces o pH-metría.

Conclusiones: Se identificaron deficiencias relevantes en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades gastrointestinales funcionales por parte de médicos generales, especialmente en el abordaje de la dispepsia. Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer la educación médica continua en gastroenterología en el primer nivel de atención, al incorporar herramientas prácticas como casos clínicos estructurados para mejorar la toma de decisiones y el uso racional de recursos diagnósticos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno.

Tabla 1. Sospechas diagnósticas y abordajes iniciales más prevalentes señalados por médicos generales. Los datos se expresan como frecuencia y porcentaje. (Dom029)

Caso clínico	Sospecha diagnóstica	Médicos generales (n = 115)	Abordaje inicial	Médicos generales (n = 115)
C1. ERGE no erosiva	ERGE	96 (83,5%)	Prueba con IBP	69 (60,0%)
	Dispepsia	15 (13,0%)	Endoscopia	28 (24,3%)
C2. ERGE erosiva	ERGE	68 (59,1%)	Endoscopia	53 (46,1%)
	Dispepsia	25 (19,1%)	Prueba con IBP	18 (15,7%)
C3. ERGE con manifestaciones extraesofágicas	ERGE	98 (85,2%)	Endoscopia	35 (30,4%)
	Dispepsia	7 (6,1%)	Prueba con IBP	25 (21,7%)
C4. Dispepsia con distrés posprandial	Dispepsia	56 (48,7%)	Prueba con IBP	34 (29,6%)
	SII	43 (37,4%)	Otra	37 (32,2%)
C5. Dispepsia con dolor epigástrico	Dispepsia	35 (30,4%)	Prueba con IBP	45 (39,1%)
	ERGE	33 (28,7%)	Endoscopia	25 (21,7%)
C6. Dispepsia con datos de alarma	Cáncer gástrico	67 (58,3%)	Endoscopia	83 (72,2%)
	Dispepsia	5 (4,3%)	Otra	8 (7,0%)
	Ninguna de las anteriores	31 (27,0%)	—	—

IBP, inhibidor de la bomba de protones; SII, síndrome de intestino irritable.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 16 de noviembre de 2025

Hígado

Dom030

ANÁLISIS TRANSVERSAL COMPARATIVO EXPLORATORIO DE MARCADORES DE SENESCENCIA, ENVEJECIMIENTO Y AGOTAMIENTO CELULAR EN LINFOCITOS CD4+ Y CD8+ EN SANGRE PERIFÉRICA DE PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

D. Hinojosa-Ugarte, M. Vilatobá-Chapa, G. Lima, M. Rivera-Salazar, L. Llorente, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El trasplante hepático (TH) es la única opción curativa para pacientes con insuficiencia hepática terminal. En México, la escasez de órganos limita el acceso a este procedimiento, con apenas 275 trasplantes con donador fallecido realizados en 2023. Esta situación ha obligado al uso frecuente de injertos provenientes de donadores añosos. Aunque la supervivencia a corto y mediano plazos con este tipo de injertos ha sido adecuada, sus posibles implicaciones inmunológicas se han explorado en escasa medida. La inmunosenescencia, entendida como el envejecimiento progresivo del sistema inmune, se caracteriza por disfunción linfocitaria y la expresión de marcadores celulares (CD27+, CD28+, CD57+, KLRG1+) y moleculares como p16^{INK4a}. Algunos estudios sugieren que esta senescencia podría transmitirse por el injerto, favorecida por leucocitos pasajeros y la inflamación relacionada con la isquemia-reperfusión. Sin embargo, esta hipótesis no se ha validado clínicamente en receptores de TH.

Objetivo: Evaluar la expresión de biomarcadores de senescencia, envejecimiento inmunológico y agotamiento celular en linfocitos T CD4+ y CD8+ de sangre periférica, y explorar su vinculación con variables clínicas y demográficas en una cohorte de receptores de trasplante hepático y población no trasplantada.

Material y métodos: Se realizó un estudio exploratorio con 45 participantes distribuidos en tres grupos: casos TH (n = 15, donador ≥ 15 años mayor), controles TH (n = 15, donador ± 5 años), y controles sanos (n = 15). Se recolectaron variables clínicas, demográficas y muestras de sangre periférica. Se aplicó citometría de flujo multiparamétrica para analizar subpoblaciones linfocitarias CD4+ y CD8+ con marcadores de senescencia y agotamiento. La expresión del gen p16^{INK4a} se evaluó mediante RT-qPCR. Se emplearon pruebas estadísticas robustas para comparar perfiles inmunofenotípicos entre los grupos.

Resultados: Véase la Figura 1. No hubo diferencias significativas entre casos y controles TH en edad al trasplante (33,5 ± 11,2 vs. 35,7 ± 10,9 años), edad a la muestra (38,1 ± 11,5 vs. 40,1 ± 11,3), sexo, IMC, MELD ni tiempo

postrasplante. Los casos TH recibieron injertos de donadores mayores (56 vs. 32 años, p < 0,001) y con mayor DRI (1,73 ± 0,25 vs. 1,38 ± 0,30, p = 0,0023). No se observaron diferencias clínicas relevantes en sangrado, días en UTI o piso, complicaciones ni tipo de inmunosupresión. La distribución etiológica fue similar entre grupos.

En ambos grupos trasplantados se observó una mayor frecuencia de linfocitos CD8+ CD27 (casos: 62%, controles: 68%) y CD28 (casos: 66%, controles: 60%) respecto de los controles sanos (< 20%, p < 0,01). Los casos TH mostraron mayor proporción de CD8+ CD45RA (75% vs. 65%, p < 0,01) y la memoria central fue menor en ambos grupos trasplantados (p < 0,05).

En CD4+, los controles TH tuvieron mayor proporción de CD57 (12% vs. 5%, p < 0,05) y mayor expresión de p16^{INK4a} (ΔΔCt = 6 vs. 3, p < 0,01). No se identificaron diferencias en CTLA-4 ni LAG-3 entre trasplantados, aunque ambos grupos revelaron niveles más bajos que los controles sanos. **Conclusiones:** El uso de injertos hepáticos añosos no se acompañó de un mayor perfil de inmunosenescencia, pese a la diferencia en edad y DRI del donador. La mayor expresión de p16 y CD57 en receptores con donadores jóvenes plantea la necesidad de explorar otros determinantes, como la edad inmunológica del receptor, la inflamación subclínica o el efecto de la inmunosupresión. Este estudio aporta evidencia preliminar que puede guiar futuras estrategias de evaluación inmunológica y personalización del tratamiento postrasplante.

Financiamiento: Ninguno.

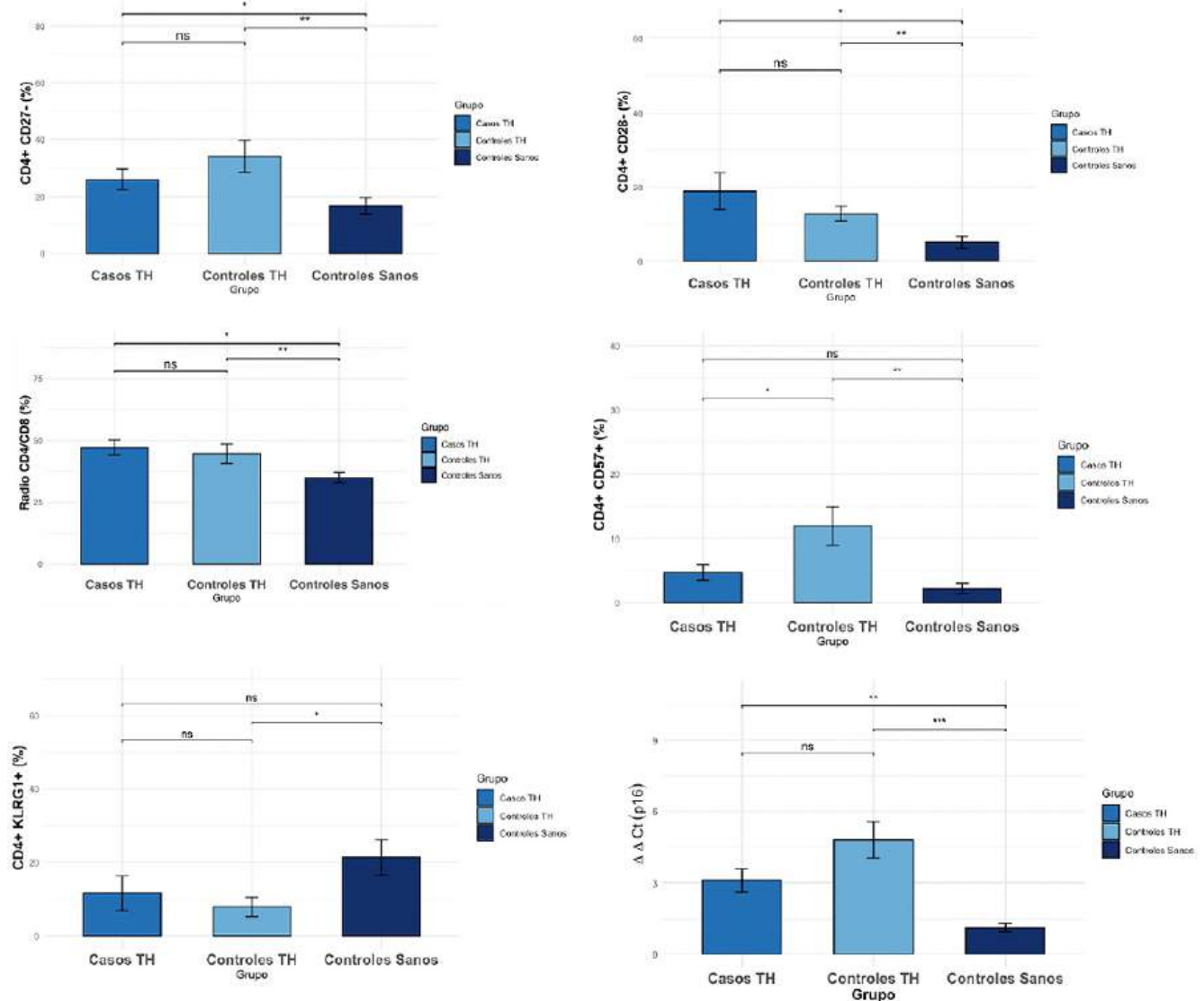
Dom031

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESCOMPENSACIÓN EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

K. P. Sandoval-Mosqueda, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, L. E. Sandoval-Mosqueda, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La cirrosis hepática causa cerca de 2 millones de muertes anuales en el mundo. En México fue la cuarta causa de muerte entre 2023 y 2024. Las infecciones bacterianas son frecuentes en estos pacientes, con incremento de la mortalidad, especialmente en los individuos con falla hepática aguda sobre crónica. La bacteriuria asintomática, definida como > 100 000 UFC/mL sin síntomas urinarios, es más común en personas con factores

Figura 1. Perfil de inmunosenescencia. (Dom030)



de riesgo como diabetes o edad avanzada. En pacientes con cirrosis podría predisponer a descompensaciones, si bien su papel aún no es del todo claro. **Objetivo:** Evaluar si la bacteriuria asintomática se relaciona con mayor riesgo de descompensación hepática en pacientes con cirrosis. Establecer su prevalencia y describir las descompensaciones más comunes y los principales agentes patógenos.

Material y métodos: Estudio transversal, retrospectivo y analítico en el Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI entre enero de 2023 y enero de 2025. Se incluyó a 188 pacientes mayores de 18 años con cirrosis de cualquier etiología y alguna descompensación, sin síntomas urinarios y con urocultivo al momento del ingreso. Se excluyó a los pacientes con otras causas claras de descompensación.

Resultados: Se incluyó a 188 pacientes con cirrosis hepática descompensada. La mediana de edad fue de 58 años, con predominio femenino (56,9%). El 61,2% tenía antecedentes de hospitalización. Las comorbilidades más frecuentes fueron obesidad (48,9%), diabetes mellitus tipo 2 (39,9%) e hipertensión arterial (32,4%). La causa más común fue MASLD (38,3%), seguida de MASLD + alcohol (13,3%). En cuanto a la gravedad, 43,1% era Child-Pugh B, 39,9% C y 17,0% A. La mediana del MELD fue 19 (Tabla 1). El 32,4% tuvo urocultivo positivo, con síntomas urinarios sólo en 5,3%, lo que indica alta prevalencia de bacteriuria asintomática. El microorganismo más común fue *E. coli* (39,4%), seguido de BLEE (21,4%). El 64,9% recibió antibióticos, en particular betalactámicos (86%) y las cefalosporinas fueron las más usadas (63,9%). Las descompensaciones más frecuentes fueron ascitis (46,8%), hemorragia di-

gestiva (36,2%), lesión renal aguda (34%), encefalopatía hepática (32,4%) y ACLF (26,6%). La mortalidad global fue del 33%. No hubo diferencias significativas entre pacientes con y sin bacteriuria en cuanto a edad, sexo, MELD, Child-Pugh, comorbilidades (excepto hipertensión), síntomas urinarios o mortalidad. La peritonitis espontánea fue más común en pacientes sin bacteriuria ($p = 0,043$). Los pacientes fallecidos tenían mayor proporción de hospitalizaciones previas, Child-Pugh C (72,6%) y MELD más alto (mediana 26, $p < 0,001$). Sufrieron más ascitis, encefalopatía y lesión renal aguda ($p < 0,001$). El urocultivo positivo no se vinculó con mortalidad. En el análisis multivariado, el antecedente de hospitalización (OR 2,86) y la puntuación MELD se acompañaron significativamente de mayor riesgo de muerte.

Conclusiones: La bacteriuria asintomática no predispone a nuevos episodios de descompensación ni incrementa la mortalidad ni los reingresos hospitalarios, lo cual es relevante en la práctica para moderar el uso de antibióticos en pacientes con síntomas urinarios y urocultivo positivo para atenuar las resistencias antimicrobianas. Se reconoce una mayor prevalencia de bacteriuria en la población con cirrosis hepática descompensada comparada con la población general; los agentes más frecuentes fueron *E. coli* y *E. coli* BLEE, lo cual abre nuevos panoramas en la población mexicana con cirrosis hepática con oportunidad de continuar con líneas de investigación. Un hallazgo adicional es el aumento de la mortalidad en pacientes que recibieron antimicrobianos, por lo que deben confirmarse estos resultados en estudios metodológicamente más robustos en el futuro.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de pacientes con cirrosis descompensada en el servicio de gastroenterología del CMN SIGLO XXI en el periodo del 1 de enero de 2023 al 1 de enero de 2025. (Dom031)	
Variable	n = 188 (100%)
Sexo, n (%)	
Mujeres	107 (56,9)
Edad, años, mediana (p25, p75)	58 (49, 67)
Pacientes con hospitalizaciones previas, n (%)	115 (61,2)
Comorbilidades, n (%)	
Diabetes tipo 2	75 (39,9)
Hipertensión arterial sistémica	61 (32,4)
Hiperplasia prostática benigna	7 (3,7)
Obesidad	92 (48,9)
Enfermedad renal crónica	24 (12,8)
Etiología de la cirrosis, n (%)	
MetAld	25 (13,3)
MASLD	72 (38,3)
Viral	19 (10,1)
Alcohol	18 (9,6)
CBP	19 (10,1)
HAI	5 (2,7)
Desconocido	19 (10,1)
Colangitis secundaria	2 (1,1)
HAI + CBP	4 (2,1)
Conductos biliares evanescentes	2 (1,1)
Budd-Chiari	2 (1,1)
HAI + CEP	1 (0,5)
Estadio de Child-Pugh, n (%)	
A	32 (17)
B	81 (43,1)
C	75 (39,9)
MELD 3.0, mediana (p25, p75)	19 (13, 26)
Infección urinaria, n (%)	10 (5,3)
Urocultivo, n (%)	
Negativo	85 (45,2)
Positivo	61 (32,4)
Contaminado	18 (9,6)
No realizado	24 (12,8)
Aislamiento en urocultivo, n (%)	
<i>E. coli</i>	61 (100)
<i>E. coli</i> BLEE	24 (39,4)
<i>Enterococcus faecalis</i>	13 (21,4)
<i>Enterococcus faecium</i>	5 (8,2)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	6 (9,8)
<i>Candida albicans</i>	6 (9,8)
<i>Morganella morganii</i>	3 (4,9)
<i>Morganella morganii</i>	1 (1,6)
<i>Citrobacter freundii</i>	1 (1,6)
<i>Streptococcus agalactiae</i>	2 (3,3)
<i>Streptococcus agalactiae</i>	1 (1,6)
Administración de antibiótico, n (%)	122 (64,9)
Antibiótico administrado, n (%)	122 (100)
Betalactámicos	105 (86,08)
Penicilinas	9 (7,38)
Cefalosporinas	78 (63,94)
Carbapenémicos	18 (14,76)
Inhibidores de la síntesis de proteínas	2 (1,64)
Oxazolidinonas	2 (1,64)
Inhibidores de la síntesis de DNA/RNA	12 (9,84)
Fluoroquinolonas	6 (4,92)
Nitroimidazoles	3 (2,46)
Nitrofuranos	3 (2,46)
Inhibidores de la síntesis de folatos	1 (0,82)
Sulfonamidas + diaminopirimidinas	1 (0,82)
Antifúngicos	1 (0,82)
Azoles	1 (0,82)

Descompensación, n (%)	
Hemorragia gastrointestinal	68 (36,2)
Encefalopatía hepática	59 (31,4)
ACLF	50 (26,6)
Lesión renal aguda	64 (34)
Peritonitis	20 (10,6)
Ascitis	88 (46,8)
Reingreso hospitalario, n (%)	46 (24,5)
Defunción, n (%)	62 (33%)

p25, percentil 25°; p75, percentil 75°; n, número; MetAld, enfermedad hepática metabólica relacionada con consumo de alcohol; MASLD, enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica; CBP, colangitis biliar primaria; HAI, hepatitis autoinmune; CEP, colangitis esclerosante primaria; MELD, modelo para enfermedad hepática terminal; DNA, ácido desoxirribonucleico; RNA, ácido ribonucleico; ACLF, falla hepática aguda sobre crónica.

Dom032

DE LA DESCOMPENSACIÓN AL ACLF: FACTORES ASOCIADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. A. Velarde-Ruiz Velasco, D. Lagos-Prieto, K. García-Ruiz, J. M. Aldana-Ledesma, E. S. García-Jiménez, M. J. Muñoz-Jiménez, J. A. Velarde-Chávez, F. M. Monroy-Parra, D. K. Tapia-Calderón, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La cirrosis descompensada (CD) marca un punto crítico en la evolución de los pacientes y puede desencadenar un empeoramiento abrupto y potencialmente letal con el desarrollo de insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF). A pesar de su relevancia clínica, la identificación temprana de factores que predisponen a esta entidad aún es un desafío. Este estudio busca aportar evidencia local sobre la prevalencia y los factores vinculados con ACLF.

Objetivo: Conocer el fenotipo clínico de la CD y los factores relacionados con ACLF en pacientes hospitalizados.

Material y métodos: Pacientes con diagnóstico de CD y ACLF con base en la definición europea (CANONIC), atendidos en un hospital de tercer nivel en el occidente de México, en el periodo comprendido entre diciembre de 2022 y mayo de 2025. Tipo de estudio: retrospectivo, transversal y analítico. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y vinculadas con la evaluación y pronóstico de pacientes con cirrosis descompensada. Análisis estadístico: los resultados se analizaron mediante medidas de tendencia central según la distribución de los datos, así como frecuencias y porcentajes. Además, se realizó análisis estadístico con las pruebas ji cuadrada, U de Mann-Whitney y T para muestras independientes.

Resultados: Se incluyó a 300 pacientes con CD, de los cuales 27,7% (83/300) tenía ACLF y 72,3% (217/300) no, con una media de edad de 54 ± 11,8 y 56,8 ± 11,4 años, respectivamente. En ambos grupos predominó el sexo masculino, 84,3% con ACLF y 73,7% sin ACLF. Las principales causas de la cirrosis en el grupo con ACLF fueron: alcohol (81,9%), MASLD (6%) y hepatitis autoinmune (4,8%), en comparación con el grupo sin ACLF: alcohol (59%), MASLD (13,8%) e infección por virus de hepatitis C (8,8%); esta diferencia en la distribución de las causas entre ambos grupos fue estadísticamente significativa (p < 0,05). El Child-Pugh tuvo un comportamiento ascendente en el grupo con ACLF (Child A 1,2%, Child B 28,9% y Child C 69,9%), en comparación con el grupo sin ACLF (Child A 19,4%, Child B 48,6% y Child C 31,9%). En cuanto a la puntuación MELD en el grupo con ACLF se obtuvo una media de 29,7 (DE 8,1) respecto del grupo sin ACLF de 16,4 (DE 5,7), con diferencias estadísticamente significativas en ambas escalas (p < 0,05). Cuando se comparó el grupo con ACLF y sin ACLF en los parámetros bioquímicos y descompensaciones clínicas, se identificó lo siguiente: INR, creatinina y albúmina con diferencias estadísticamente significativas (p < 0,001) y, en cuanto a las descompensaciones (ascitis, hemorragia gastrointestinal, encefalopatía hepática e infecciones), todas mostraron una relación estadísticamente significativa (p < 0,05), en especial la encefalopatía hepática como la más frecuente en el grupo con ACLF y la hemorragia gastrointestinal en el grupo sin ACLF (Tabla 1).

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio refuerzan el valor pronóstico de variables clínicas y bioquímicas para la detección temprana de ACLF, que

pueden ayudar a orientar las estrategias terapéuticas. La presencia de ACLF en pacientes con CD se acompañó de una mayor gravedad clínica y disfunción multiorgánica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Factores relacionados con ACLF en pacientes hospitalizados. (Dom032)			
Variable	Sin ACLF n = 217	Con ACLF n = 83	p
Edad	56,8 ± 11,4	54 ± 11,8	0,036
Child-Pugh, n (%)			< 0,001
A	42 (19,4)	1 (1,2)	
B	105 (48,6)	24 (28,9)	
C	69 (31,9)	58 (69,9)	
MELD	16,4 ± 5,7	29,7 ± 8,1	< 0,001
INR	1,46 (1,24-1,76)	2,1 (1,5-2,8)	< 0,001
Creatinina (mg/dL)	0,99 (0,70-1,2)	2,3 (1,4-3,4)	< 0,001
Albumina (g/dL)	2,8 ± 0,69	2,5 ± 0,60	0,001
Descompensación aguda			
Ascitis			
Sí	3 (1,4)	48 (57,8)	< 0,001
No	214 (98,6)	35 (42,2)	
Hemorragia gastrointestinal			
Sí	6 (2,8)	20 (24,1)	< 0,001
No	211 (97,2)	63 (75,9)	
Encefalopatía hepática			
Sí	2 (0,9)	63 (75,9)	< 0,001
No	215 (99,1)	20 (24,1)	
Infecciones			
Sí	2 (0,9)	42 (50,6)	< 0,001
No	215 (99,1)	41 (49,4)	

Dom033

MODELOS PRONÓSTICOS DINÁMICOS EN CIRROSIS DESCOMPENSADA Y ACLF: EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE ESCALAS CLÍNICAS Y DEPURACIÓN DE LACTATO EN UNA COHORTE MEXICANA

E. A. Sandoval-González, F. J. Bosques-Padilla, M. Escobedo-Belloc, J. A. Zúñiga-Hernández, H. M. Zumaya-Flores, W. L. Ruiz-Gallegos, L. B. Chávez-García, L. I. Castillo-Peña, A. Zapata-Navarro, Hospital Universitario José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La cirrosis descompensada puede evolucionar súbitamente hacia el síndrome clínico conocido como falla hepática aguda sobre crónica (ACLF), caracterizado por inflamación sistémica, disfunción multiorgánica y alta mortalidad a corto plazo. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el rendimiento pronóstico de diversos modelos clínicos y explorar el valor dinámico de la depuración de lactato en una cohorte mexicana.

Objetivo: Evaluar el desempeño de modelos pronósticos y el efecto de los factores precipitantes infecciosos sobre la mortalidad hospitalaria en pacientes con cirrosis descompensada, con y sin ACLF.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en 140 pacientes adultos con diagnóstico confirmado de cirrosis hepática descompensada ingresados en un hospital terciario en México entre julio de 2024 y abril de 2025. Se recolectaron datos clínicos y de laboratorio al ingreso, al octavo día (± 2 días) y al egreso. Se aplicaron las escalas de Child-Pugh, MELD, MELD-Na, MELD-Lactato, CLIF-C OF, CLIF-C ACLF y AARC. La falla hepática aguda sobre crónica se clasificó según criterios CLIF-C y APASL. En 83

pacientes se analizó la cinética del lactato mediante mediciones seriadas a las 72 ± 12 horas para calcular su depuración.

Resultados: La edad media fue de 54,8 ± 10,4 años, con predominio masculino (77,1%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 18,6%. Las infecciones (OR 6,55) y la peritonitis bacteriana espontánea (OR 4,16) se vincularon en grado significativo con mortalidad. CLIF-C OF mostró la mayor exactitud pronóstica (AUC 0,855), seguida por MELD-Na (AUC 0,765). En pacientes con ACLF (n = 55), CLIF-C ACLF fue el modelo más preciso (AUC 0,929), mientras que AARC y VPN tuvieron alta sensibilidad (88% y 96%, respectivamente). La depuración de lactato menor de 20% se relacionó independientemente con peor pronóstico (OR 0,19, p = 0,0038), con diferencias significativas en la sobrevida (log-rank p = 0,0018). Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: En esta cohorte mexicana, las escalas CLIF-C demostraron ser herramientas confiables para predecir mortalidad en pacientes con ACLF. MELD-Na fue útil para la estratificación temprana. La depuración de lactato añadió valor dinámico como biomarcador pronóstico. La integración de escalas estáticas con biomarcadores dinámicos permite una evaluación más precisa y oportuna del riesgo clínico en contextos diversos.

Financiamiento: Ninguno.

Dom034

DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD ASOCIADA A LA PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD Y NOSOCOMIAL, EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

N. X. Ortiz-Olvera, E. García-Santuario, S. Morán-Villota, UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una de las principales causas de muerte por infección bacteriana en pacientes con cirrosis hepática (CH). La mortalidad relacionada con PBE es superior al 30% y se ha modificado con el paso del tiempo.

Objetivo: Identificar las diferencias en la mortalidad vinculada con el diagnóstico de PBE nosocomial (PBEN), en comparación con la PBE adquirida en la comunidad (PBEAC), en pacientes con CH.

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyó a 95 pacientes con diagnóstico de CH complicada con PBE, en quienes se realizó cultivo de ascitis durante su atención en esta unidad, entre enero de 2019 y diciembre de 2024. La PBE se clasificó en dos grupos: PBEN y PBEAC. Se evaluó la mortalidad acumulada a los 7, 30 y 90 días, tanto de forma global como estratificada por grupos diagnósticos de PBE. Las diferencias en la mortalidad entre grupos se exploraron mediante curvas de supervivencia: el análisis de Kaplan-Meier para el análisis bivariado (prueba generalizada de Wilcoxon) y el modelo de riesgos proporcionales de Cox para el análisis multivariable. Se consideró significativo un valor de p < 0,05 y para el análisis se empleó el programa estadístico Stata 14.

Resultados: La edad promedio fue de 56,4 años (± 12), con predominio de mujeres (58,1%); la causa principal de CH fueron las enfermedades autoinmunes, con pobre reserva hepática en 78% (Child-Pugh C). El 46,3% de los pacientes tuvo un cultivo positivo, con desarrollo de gramnegativos anaerobios en 43% y grampositivos aeróbicos en 11,6%. En la PBEN se observó una mayor frecuencia de cultivos positivos a bacterias gramnegativas anaerobias y mayor resistencia a múltiples fármacos (26,2%). La mediana de supervivencia global fue de 92,42 semanas (IC95%, 16,9-168,36). La mortalidad global a 7, 30 y 90 días fue de 11,8, 25,7% y 43,9%, respectivamente. Se identificó aplanamiento sostenido del riesgo de muerte posterior a la semana 40. En la PBEAC se observó que la puntuación MELD-Na, el sodio sérico disminuido y la combinación de no consumo de alcohol con uso de herbolaria se acompañaron significativamente de mayor mortalidad. En la PBEN, la creatinina elevada (≥ 2,0 mg/dL), la MELD-Na y el uso de rifaximina se relacionaron con peor pronóstico.

Conclusiones: La PBE se vincula con elevada mortalidad durante los primeros 90 días, especialmente en pacientes con factores de riesgo concurrentes. El riesgo de muerte relacionado con la PBE disminuye en la semana 40. No se observaron nexos significativos entre el tipo de PBE y el desenlace. Las enterobacterias son todavía la causa más frecuente de PBE, con incremento de bacterias grampositivas y MMDR, lo cual obliga a considerar un cambio en el tratamiento antibiótico.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Diferencias clínicas y pronósticas entre sobrevivientes y no sobrevivientes con descompensación aguda de cirrosis. (Dom033)

Variable	Total (n = 140)	Sobrevivientes (n = 114)	No sobrevivientes (n = 26)	Valor p
Edad (años)	54,8 ± 10,4	54,8 ± 10,5	54,8 ± 10,3	0,983
Sexo masculino, n (%)	108 (77,1%)	89 (78,1)	19 (73,1)	0,733
Cirrosis relacionada con alcohol, n (%)	113 (81,3%)	94 (83,2)	19 (73,1)	0,105
Diagnóstico de ingreso				
Hematemesis	38 (27,3%)	34 (30,1)	4 (15,4)	0,14
Melena	24 (17,3%)	21 (18,6)	3 (11,5)	
Encefalopatía hepática	38 (27,3%)	29 (25,7)	9 (34,6)	
Ascitis	33 (23,7%)	26 (23)	7 (26,9)	
Ictericia	6 (4,3%)	3 (2,7)	3 (11,5)	
Eventos precipitantes				
Infección	9 (6,4%)	4 (3,5)	5 (19,2)	0,0114
Peritonitis bacteriana espontánea	19 (13,6%)	11 (9,6%)	8 (30,8%)	0,009
Hepatitis alcohólica aguda	11 (7,85%)	11 (9,6)	0 (0)	0,217
Grado de ACLF (Criterios CLIF-C)				
Grado 0	85 (60,7%)	81 (71,1%)	4 (15,4%)	< 0,001
Grado 1	23 (16,4%)	18 (15,8%)	5 (19,2%)	
Grado 2	19 (13,6%)	13 (11,4%)	6 (23,1%)	
Grado 3	13 (9,3%)	2 (1,8%)	11 (84,6%)	
Valor de laboratorio				
Leucocitos (×10 ³ /μL)	10,7 ± 5,9	10,0 ± 5,8	14,1 ± 6,9	< 0,01
Proteína C reactiva (CRP mg/L)	4,9 ± 5,4	3,9 ± 4,9	8,9 ± 6,5	0,0028
Escalas pronósticas				
Child-Pugh	10,1 ± 2,6	9,7 ± 2,6	11,9 ± 1,9	0,0000
MELD	19,4 ± 8,1	17,8 ± 6,7	26,3 ± 9,8	0,0002
Meld-Na	22,5 ± 8,2	21,1 ± 7,5	29,1 ± 8,5	0,0001
Meld-lactato	16,1 ± 4,8	15,2 ± 4,1	20,1 ± 5,7	0,0004
Clif-C OF	8,4 ± 2,3	7,8 ± 1,7	11,1 ± 2,6	0,0000
Clif-C AcLf	58,3 ± 11,4	45,8 ± 7,9	63,1 ± 8,5	0,0000
AARC (n = 54)	8,4 ± 2,1	9,75 (1,3)	10,71 (1,52)	0,02

Características clínicas basales, episodios precipitantes, valores de laboratorio y escalas pronósticas en pacientes hospitalizados con cirrosis descompensada aguda (n = 140), estratificados según el estado de supervivencia hospitalaria. Los pacientes que no sobrevivieron registraron tasas significativamente más altas de infección, peritonitis bacteriana espontánea, leucocitosis, proteína C reactiva elevada y puntuaciones más graves en las escalas pronósticas (Child-Pugh, MELD, MELD-Na, MELD-Lactato, CLIF-C OF, CLIF-C ACLF y AARC). La gravedad de la ACLF se categorizó mediante los criterios del CLIF-C. Los datos se presentan como media ± DE o n (%). Las comparaciones estadísticas se efectuaron a través de las pruebas t de Student, ji cuadrada o prueba exacta de Fisher, según correspondiera. MELD, modelo para enfermedad hepática terminal; CLIF-C OF, puntuación de fallo orgánico del consorcio de falla hepática crónica; AARC, consorcio de investigación de ACLF de la APASL; PCR, proteína C reactiva.

Dom035

CARACTERÍSTICAS DE LA MICROBIOTA INTESTINAL EN DIFERENTES ETAPAS DE DAÑO HEPÁTICO EN MASLD Y SU ASOCIACIÓN CON DESENLACES CLÍNICOS

B. M. Román-Calleja, O. M. Fierro-Angulo, M. Sánchez-Tapia, N. Torres-Torres, R. U. Macías-Rodríguez, A. Ruiz-Margáin, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La microbiota intestinal desempeña un papel fundamental en la fisiopatología de las enfermedades hepáticas, mediante una interacción bidireccional conocida como eje intestino-hígado. Su desequilibrio, o disbiosis, se ha vinculado con alteraciones en la permeabilidad intestinal e inflamación crónica, lo que contribuye a la progresión del daño hepático. Aunque la evidencia sobre su relevancia ha aumentado, son escasos los estudios que han

caracterizado de manera exhaustiva la microbiota intestinal en la población mexicana, y aún más limitada es la información sobre el efecto a largo plazo de las intervenciones en el estilo de vida sobre su composición y diversidad.

Objetivo: Caracterizar la microbiota intestinal en pacientes con enfermedad hepática en distintas etapas de daño, evaluar el efecto de una intervención de dieta y ejercicio físico durante 16 semanas en la composición de la microbiota intestinal, y evaluar la relación de la disbiosis intestinal con el avance del daño hepático en un seguimiento de dos años.

Material y métodos: Para la descripción basal se analizaron 69 géneros y 59 especies bacterianas mediante secuenciación de 16S rRNA e incluyó a 32 participantes: 10 sujetos sanos, 10 pacientes con MASLD y 12 con cirrosis hepática. Con posterioridad, en la fase de intervención, se evaluó el efecto de la dieta mediterránea adaptada con alimentos típicos mexicanos, junto con un programa estructurado de ejercicio físico, monitorizado mediante acelerómetro y banda de frecuencia cardíaca durante 16 semanas. Se evaluaron la composición corporal y los parámetros clínicos y bioquímicos, al inicio y al término de la intervención. En el seguimiento prospectivo a dos años se analizó la progresión

de la esteatosis y la fibrosis hepática mediante elastografía hepática en el grupo de MASLD, y se evaluaron desenlaces clínicos adversos relacionados con descompensación hepática, como ascitis, encefalopatía hepática, sangrado variceal o mortalidad en el grupo de cirrosis.

Resultados: En la evaluación basal se documentó una menor diversidad microbiana en MASLD y cirrosis comparada con individuos sanos ($p < 0,0001$), así como un perfil proinflamatorio caracterizado por mayor abundancia de *Blautia*, *Ruminococcus* y *Escherichia*. Se identificaron diferencias relevantes respecto de lo informado en otras poblaciones, como mayor presencia de *Prevotella* y *Frisingicoccus* en esta cohorte. Tras la intervención con dieta y ejercicio físico se observó un incremento significativo de la diversidad alfa en ambos grupos ($p < 0,0001$), junto con una reducción de géneros vinculados con disbiosis como *Blautia* y *Cutibacterium* en MASLD, y *Ruminococcus* en cirrosis. A nivel de especie, disminuyeron *Blautia producta* y *Helicobacter typhlonius*, mientras que aumentaron las bacterias potencialmente beneficiosas como *Bacteroides uniformis* y *Bifidobacterium adolescentis*. En el seguimiento a dos años se observó que, en el grupo de MASLD, los pacientes con menor diversidad alfa y cifras elevadas de *Blautia* mostraron mayor progresión de esteatosis y fibrosis hepática. En el grupo con cirrosis, una menor abundancia de *Akkermansia muciniphila* se vinculó con mayor gradiente de presión venosa hepática y mayor incidencia de episodios de descompensación hepática, lo cual sugiere su posible valor como marcador pronóstico (Figura 1).

Conclusiones: Este estudio demostró que la gravedad de la enfermedad hepática se relaciona con disbiosis y menor diversidad intestinal, pero que ésta puede modularse con intervenciones del estilo de vida. La firma bacteriana observada para cada etapa del daño hepático, y en particular la baja diversidad, podría tener valor pronóstico en el avance del daño hepático.

Financiamiento: Financiado con recursos institucionales asignados al autor para investigación.

Dom036

ULTRASONIDO PULMONAR EN EL PUNTO DE ATENCIÓN COMO GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ALBÚMINA INTRAVENOSA EN CIRROSIS DESCOMPENSADA: UN ESTUDIO PILOTO, ALEATORIZADO, DE ETIQUETA ABIERTA

L. A. Rosales-Rentería, G. F. Pérez-Roa, J. D. Prieto-Nava, M. L. Torres-Mata, M. Morales-Ibarra, C. Salcido-Yáñez, A. Sandez-Araiza, M. S. González-Huezo, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMyM Toluca

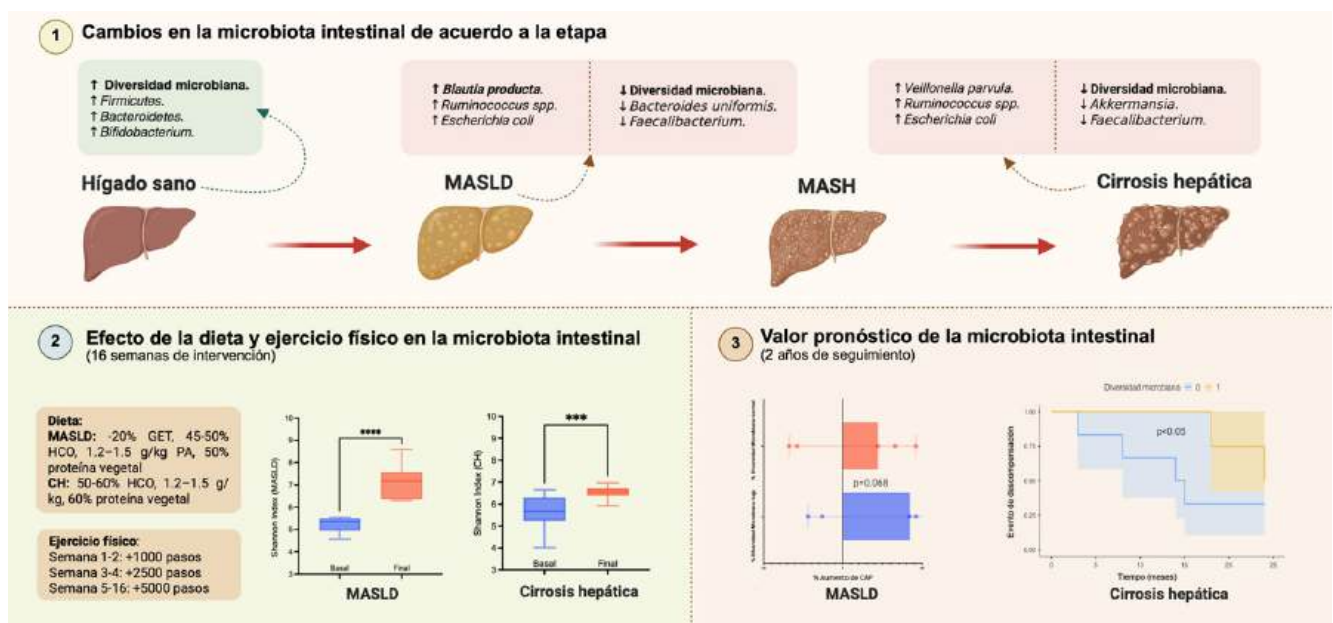
Introducción: La cirrosis es una enfermedad multisistémica y dinámica, y los pacientes descompensados son particularmente lábiles desde el punto de vista hemodinámico. Entre aquellos que requieren hospitalización existen tres indicaciones principales para el uso de albúmina: paracentesis de gran volumen (PGV), peritonitis bacteriana espontánea (PBE) y lesión renal aguda/síndrome hepatorenal tipo AKI (LRA/SRH-AKI). Las dosis intravenosas establecidas que recomiendan las guías provienen de estudios preclínicos realizados hace más de 40 años y el razonamiento detrás de su uso es arbitrario. El estudio ATTIRE demostró que las dosis mayores de albúmina se acompañaron de un aumento de la congestión pulmonar. El ultrasonido pulmonar en el punto de atención (L-POCUS) ha mostrado un excelente valor predictivo positivo para la congestión intersticial pulmonar y podría ser útil para determinar qué pacientes con cirrosis descompensada (CD) tienen un mayor riesgo.

Objetivo: Demostrar que una dosis menor de albúmina en personas con CD y sobrecarga pulmonar intersticial diagnosticada por L-POCUS es igual de eficaz para resolver y prevenir complicaciones, con mejores desenlaces respiratorios.

Material y métodos: Se trata de un estudio unicéntrico, prospectivo, abierto y aleatorizado que incluyó a todos los pacientes con CD con indicación para el uso de albúmina intravenosa (PGV, LRA con ascitis, PBE), que se hospitalizaron en una institución de tercer nivel en Metepec, México, del 1/3/23 al 15/1/25. A todos los pacientes se les realizó ultrasonido pulmonar en el punto de atención (L-POCUS); aquéllos con evidencia de congestión intersticial pulmonar (patrón B en dos o más áreas de ambos pulmones) se asignaron en una proporción 1:1 al grupo guiado por L-POCUS (los pacientes recibieron una dosis única de 25 g de albúmina por día durante dos días) o al grupo de tratamiento estándar (de acuerdo con las recomendaciones de las guías para cada episodio de descompensación). Se obtuvieron características basales. El desenlace primario fue la mortalidad global durante la hospitalización. Los desenlaces secundarios incluyeron insuficiencia respiratoria, desarrollo de SRH-AKI, resolución de PBE, desarrollo de hemorragia variceal (HV), ACLF y tiempo de hospitalización.

Resultados: Se incluyó a un total de 73 pacientes; 35 se asignaron al grupo de tratamiento guiado por L-POCUS, mientras que 37 recibieron tratamiento médico estándar. El género predominante fue femenino en ambos grupos (60,6% y 62%, respectivamente), con una mediana de edad de 52 años en toda la muestra. La principal causa de la cirrosis fue MASLD (52% vs. 57%). En ambos grupos, el suceso de descompensación más común fue LRA (48% y 45%). En el grupo guiado por L-POCUS fallecieron 7/35 pacientes (22%), en comparación con 17/37 (46%) en el grupo que recibió infusión convencional de albúmina (RR 0,4, IC95% 0,2-0,92, $p = 0,01$, NNT 4,2). Esta diferencia se mantuvo estadísticamente significativa tras el análisis de regresión multivariado (Figura 1). Respecto de los desenlaces secundarios, 6/35 pacientes en el grupo guiado por L-POCUS desarrollaron insuficiencia respiratoria, en comparación con

Figura 1. Resumen gráfico de la metodología del estudio. (Dom035)

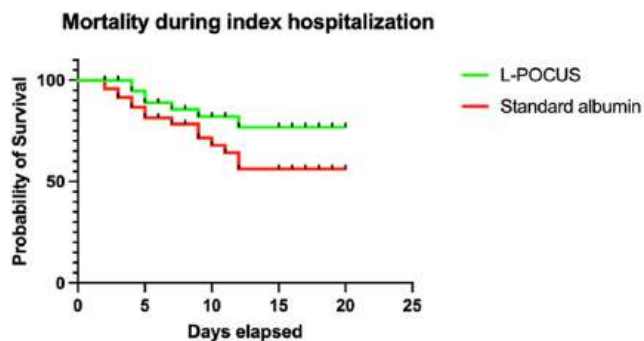


22/37 en el grupo estándar (RR 0,28, IC95% 0,13-0,62, $p < 0,001$, NNT 2,3). Asimismo, más pacientes en el grupo estándar desarrollaron ACLF (14/37 vs. 5/35) (RR 2,6, IC95% 1,06-6,58, NNH 4,2, $p = 0,01$).

Conclusiones: Entre los pacientes con cirrosis descompensada e indicación para uso de albúmina intravenosa que sufrían congestión intersticial pulmonar demostrada por L-POCUS, una dosis disminuida de albúmina reveló una menor mortalidad durante la hospitalización, así como una menor incidencia de insuficiencia respiratoria y ACLF.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Figura 1. Mortalidad durante la hospitalización índice entre el tratamiento guiado por L-POCUS y el tratamiento médico estándar. Hasta 7/35 pacientes del grupo de tratamiento guiado por L-POCUS fallecieron (22%), en comparación con 17/36 (46%) de aquellos que recibieron infusión convencional de albúmina (RR 0,4, IC95% 0,2-0,92, $p = 0,01$, NNT 4,2). (Dom036)





Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 16 de noviembre de 2025

Enfermedad inflamatoria intestinal

Dom037

CORRELACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D Y BIOMARCADORES INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

S. I. Juárez-Cruz, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La calprotectina fecal (CF) es el biomarcador fecal no invasivo para evaluar la actividad en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), así como existen otros biomarcadores como la proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us), la albúmina sérica y la velocidad de sedimentación globular (VSG). Diversos estudios internacionales han demostrado que la deficiencia de vitamina D se vincula con recaídas de la EII. Sin embargo, la correlación directa entre los valores séricos de vitamina D y CF no se ha evaluado con anterioridad en Latinoamérica.

Objetivo: Evaluar la correlación de la calprotectina fecal con las concentraciones séricas de vitamina D en pacientes mexicanos con EII.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes con EII confirmada entre 2010 y 2025. Las determinaciones de calprotectina fecal,

vitamina D, PCR-us, albúmina, VSG y hemoglobina se obtuvieron en una toma única durante la misma visita. Se utilizó la prueba de Spearman para evaluar la correlación entre los valores séricos de vitamina D y los diversos biomarcadores. El análisis estadístico se efectuó con SPSS v. 27; se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a un total de 200 pacientes con EII (135 CUCI y 65 EC), de los cuales 111 eran mujeres y 89 hombres. Las características demográficas y clínicas se ilustran en la **Tabla 1**. Los niveles séricos de vitamina D variaron en grado significativo entre los estados vitamínicos típicos, deficiencia (46%, $n = 91$), insuficiencia (30,5%, $n = 63$) y cifras normales (24%, $n = 46$). Al correlacionar los valores séricos de vitamina D con la calprotectina fecal se observó una correlación negativa significativa ($r^2 = -0,231$; $p < 0,001$). La media del nivel sérico de vitamina D fue de $22,27 \pm 9,6$ ng/mL, mientras que la mediana de la calprotectina fecal fue de 1.824 $\mu\text{g/g}$ (intervalo, 1.391-2.257). Por otro lado, en relación con otros biomarcadores, la PCR-us mostró correlación significativamente negativa con la vitamina D ($r^2 = -0,217$; $p = 0,002$), así como correlación positiva con la albúmina sérica ($r^2 = 0,215$; $p = 0,002$) y correlación positiva con la hemoglobina ($r^2 = 0,231$; $p = 0,001$).

Conclusiones: Se identificó una correlación significativa leve entre las concentraciones séricas de vitamina D y los biomarcadores fecales, así como serológicas en pacientes mexicanos con EII.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con EII. (Dom037)

Datos demográficos y clínicos		Correlaciones (Spearman, ρ)		r^2	p
Femenino/masculino ($n = 111/89$)	55,5/44,5%	Vitamina D vs. calprotectina		-0,231	< 0,001
Diagnóstico de la CUCI ≤ 40 años ($n = 66$)	33%	Vitamina D vs. PCR		-0,217	0,002
CUCI ($n = 135$)	67,5%	Vitamina D vs. albúmina		0,215	0,002
CROHN ($n = 65$)	32,5%	Vitamina D vs. hemoglobina		0,231	0,001
Tratamientos relacionados con la EII		Valores de vitamina D			
Tratamiento biológico ($n = 39$)	19,5%	Deficiencia		$25 \leq 20$ ng/mL	46% ($n = 91$)
Azatioprina ($n = 85$)	42,5%	Insuficiencia		20-30 ng/mL	30% ($n = 63$)
Esteroides ($n = 52$)	26%	Suficiencia		> 30 ng/mL	24% ($n = 46$)
5-ASA oral ($n = 156$)	78%				

Dom038

ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CON LOS DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

S. I. Juárez-Cruz, J. K. Yamamoto-Furusho, F. D. Gutiérrez-Herrera, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En México, la frecuencia de obesidad afecta al 37% y el bajo peso al 1,5% de la población. La obesidad en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) alcanza 18 a 40% en Estados Unidos, 13 a 22% en Europa, 5 a 15% en Asia y 11,6% en México. Se ha postulado que el índice de masa corporal puede influir en el curso clínico y la respuesta terapéutica, pero en Latinoamérica no existen estudios que evalúen este aspecto.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad y su relación con los desenlaces clínicos de pacientes mexicanos con EII.

Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a pacientes con EII atendidos en la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. El índice de masa corporal (IMC) se determinó en dos consultas separadas por al menos un año y en las que se clasificó como bajo peso (IMC < 18,5), peso normal (IMC, 18,5-24,9), sobrepeso (IMC, 25,0-29,9) y obesidad (IMC ≥ 30). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, versión 27.

Resultados: Se evaluó a un total de 200 pacientes que se distribuyeron en 154 con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y 46 con enfermedad de Crohn (EC). Las características demográficas y clínicas se ilustran en la **Tabla 1**. La frecuencia de bajo peso fue del 18,5%, peso normal de 43,5%, sobrepeso de 27,5% y obesidad de 10,5%. El sobrepeso se acompañó de manera significativa de actividad moderada a grave (RM, 50; IC95%, 4,5-563,7; p = 0,0009). El bajo peso es un factor relacionado con falla al tratamiento convencional comparado con el peso normal (RM = 4,0; IC95%, 1,3-12,5; p = 0,01), sobrepeso (RM = 4,8; IC95%, 1,5-14,9; p = 0,006) y obesidad (RM = 9,5; IC95%, 2,4-27,5; p = 0,0009), además de que también se encontró significancia estadística entre el bajo peso y la obesidad con el uso de fármacos biológicos (RM = 4,6; IC95%, 1,2-17,5; p = 0,04) y tendencia a la significancia estadística entre el bajo peso y el uso de biológicos al comparar con el peso normal y el sobrepeso. No se identificó ninguna otra relación entre el IMC y

las características clínicas, como extensión o localización, fenotipo, manifestaciones extraintestinales, respuesta al tratamiento biológico y quirúrgico.

Conclusiones: La frecuencia de bajo peso fue del 18,5%, peso normal de 43,5%, sobrepeso de 27,5% y obesidad de 10,5%. El sobrepeso se vinculó de manera significativa con actividad moderada a grave en pacientes con CUCI. El bajo peso se acompañó de resistencia al tratamiento convencional y uso de biológicos en pacientes mexicanos con EII.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom039

DESAFÍOS EN EL TAMIZAJE DE TUBERCULOSIS LATENTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ¿QUÉ SE ESTÁ HACIENDO?

E. García-Meza, H. D. Castro-Guillén, L. O. Olivares-Guzmán, I. Aramburo-Lucas, F. Romero-Aguilar, E. I. Montero-Archundia, I. Arellano-Plascencia, V. Sánchez-Rodríguez, E. Alatorre-Vázquez, F. C. Gonzáles-Núñez, Grupo Colaborativo: Gastro-Sinaloa, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal en cualquiera de las dos variedades (colitis ulcerativa crónica y enfermedad de Crohn) es una enfermedad caracterizada por periodos de activación y remisión, y representa una de las principales indicaciones de tratamiento inmunosupresor a nivel mundial. El tratamiento con corticoides, tiopurinas o modalidades biológicas y avanzadas conlleva un riesgo de adquirir infecciones oportunistas, como *Mycobacterium tuberculosis*, virus de la hepatitis B o procesos malignos. Este riesgo se eleva si se combinan dichos fármacos.

Hasta el 94% de los casos de tuberculosis latente en pacientes con EII se produce durante el tratamiento anti-TNF y, con menor riesgo, con inhibidores Jack, anti-IL-12/23 o antiintegrinas. Las últimas guías internacionales aconsejan pruebas de escrutinio para tuberculosis latente de acuerdo con el riesgo endémico, ya sea con pruebas de inmunodiagnóstico (prueba cutánea de tuberculina o interferón gamma) más radiografía de tórax en búsqueda de signos de tuberculosis previa. En el paciente con EII se realiza en diferentes momentos un análisis del tamizaje en dos centros hospitalarios del noroeste de México.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con EII. (Dom038)

Datos sociodemográficos		Características de la EII	
Mediana de edad en años	48	CUCI/Crohn (n = 154/46)	77/23%
Sexo femenino (n = 115)	57,5%	Extensión CUCI	E1 (n = 14) 9%
Sexo masculino (n = 85)	42,5%		E2 (n = 24) 15,58%
Diagnóstico de la EII ≥ 40 años (n = 66)	33%		E3 (n = 118) 76,62%
Media de edad de diagnóstico	34	Extensión Crohn	L1 (n = 15) 32,6%
IMC			L2 (n = 10) 21,7%
Bajo peso (n = 18)	9%		L3 (n = 19) 41,3%
Peso normal (n = 77)	38,5%		L4 (n = 2) 4,3%
Sobrepeso (n = 77)	38,5%	Fenotipo	B1 (n = 12) 26,08%
Obesidad (n = 28)	14%		B2 (n = 27) 58,6%
			B3 (n = 7) 15,2%
Tratamientos relacionados con la EII		CDAI	Con actividad (n = 45) 97,8%
Biológico (n = 47)	23,5%		Sin actividad (n = 1) 2,2%
Supositorios de mesalazina (n = 68)	34%		
Azatioprina (n = 82)	41%	Truelove y Witts	Con actividad (n = 103) 66,8%
Prednisona (n = 40)	20%		Sin actividad (n = 51) 33,2%
ASA-5 oral (n = 172)	86%	Índice integral de Yamamoto-Furusho para actividad de CUCI	Con actividad (n = 100) 64,9%
Enemas de mesalazina (n = 48)	24%		Sin actividad (n = 54) 35,1%
Manifestaciones extraintestinales		Respuesta al tratamiento	
Presentes (n = 89)	44,5%	Falla al tratamiento convencional (n = 51)	25,5%
Ausentes (n = 111)	55,5%		

Objetivo: Analizar las prácticas actuales de escrutinio para tuberculosis latente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en dos hospitales del noroeste de México.

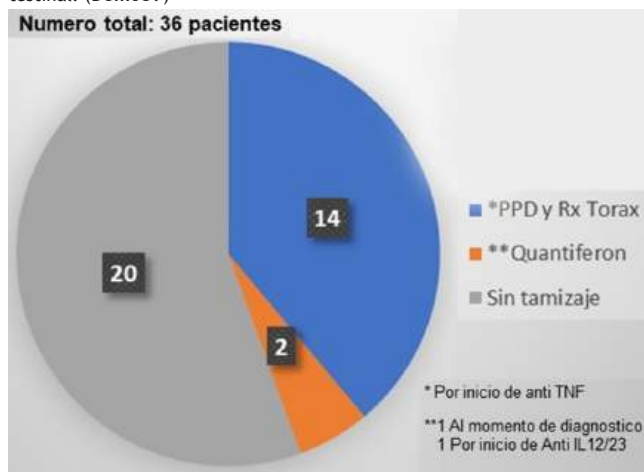
Informe de casos: Véase la Figura 1.

Discusión: Se identificaron 36 casos de EII en el periodo comprendido entre enero de 2020 y junio de 2025, 13,8% (n = 5) con enfermedad de Crohn y 86,11% (n = 31) con CUCI. De éstos, 58,33% (n = 21) se hallaba bajo tratamiento con 5-ASA: 90,47% (n = 19) con mesalazina y 9,52% (n = 2) con sulfasalazina. Hasta 41,66% (n = 15) recibía tratamiento biológico: 93,33% (n = 14) con anti-TNF (11 con infliximab y 3 con adalimumab) y 6,66% (n = 1) con anti-IL-12/23 (ustekinumab), ninguno de ellos con efectos adversos informados durante el tratamiento. En cuanto al cribado para TB latente, como se observa en la Figura 1, se encontró que sólo en 44,44% (n = 16) se realizó escrutinio, 93,75% (n = 15) correspondió a cribado obligatorio por inicio de fármaco biológico, y sólo el 6,25% (n = 1) a cribado temprano al momento del diagnóstico. En 14 pacientes bajo tratamiento biológico con anti-TNF se realizó doble estudio con prueba cutánea de tuberculina más radiografía de tórax, y los dos restantes fueron objeto de tamizaje con Quantiferón gamma. El 100% de los resultados fue negativo para tuberculosis activa o latente y no se reconocieron en los estudios de imagen signos de enfermedad previa.

Conclusiones: Los resultados muestran una baja proporción de pacientes con EII sometidos a cribado para TB latente. La mayoría de los tamizajes se llevó a cabo de manera obligatoria antes del inicio del tratamiento biológico, en tanto que el cribado oportuno al momento del diagnóstico fue prácticamente inexistente. Asimismo, se observó una heterogeneidad en las pruebas empleadas, con predominio del uso de la prueba cutánea de tuberculina y radiografía de tórax, y escasa utilización de pruebas más específicas como el Quantiferón. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estandarizar y reforzar las estrategias de escrutinio para tuberculosis latente en pacientes con EII en el ámbito regional, con el fin de prevenir complicaciones relacionadas y optimizar la seguridad del tratamiento inmunosupresor.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Tamizaje de tuberculosis latente en enfermedad inflamatoria intestinal. (Dom039)



Dom040

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DIFÍCIL DE TRATAR: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

J. I. Carrillo-Rojas, C. M. Del Real-Calzada, F. Arreola-Banda, N. Guzmán-Rodríguez, K. A. Torres-Barrera, J. A. González-Cervantes, K. A. Miyagui-Adame, A. I. Robles-Rameño, C. A. Munguía-Lares, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: Muchos pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) refieren síntomas persistentes a pesar del uso de estrategias terapéuticas avanzadas. En este escenario, la Organización Internacional para el estudio de la EII (IOIBD) propuso el concepto de "EII difícil de tratar" (EII-DTT) e incluye a pacientes con falla o pérdida de respuesta a dos tratamientos

con mecanismos de acción distintos, enfermedad de Crohn (EC) que recurre después de dos resecciones intestinales, pouchitis crónica resistente a antibióticos, EC perianal compleja o presencia de una comorbilidad psiquiátrica que interfiere con el tratamiento de la EII. La prevalencia calculada es de 24,8%, sobre todo al cumplir el criterio de falla terapéutica.

Objetivo: Determinar la prevalencia de EII-DTT en un centro hospitalario de tercer nivel de atención y los factores de riesgo relacionados.

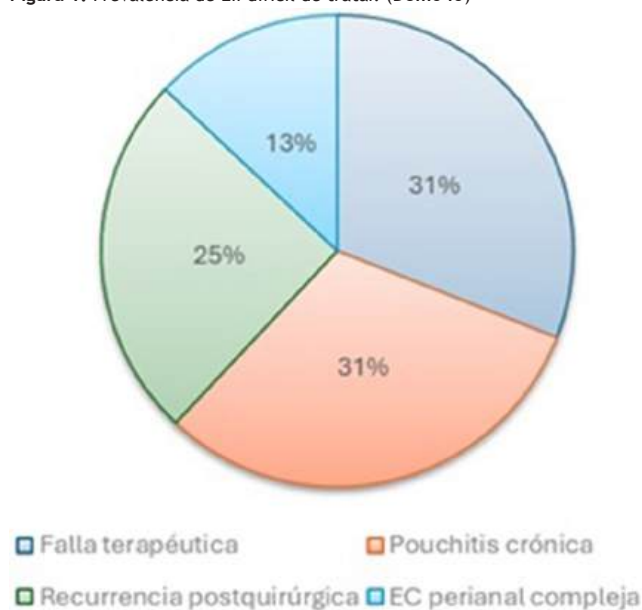
Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico confirmado de colitis ulcerativa (CUCI) o EC, atendidos por el servicio de gastroenterología en el 2025. El diagnóstico de EII-DTT se estableció de acuerdo con los criterios de la IOIBD. Se realizó estadística descriptiva de los pacientes incluidos en el estudio con medias y desviación estándar para las medidas de distribución normal, mediana y rango de distribución libre; número y porcentaje para las nominales y ordinales. La normalidad de los datos se evaluó con la prueba Kolmogorov-Smirnov. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS V25 (IBM, Armonk, NY, USA) y se consideró un valor de p estadísticamente significativo < 0,05.

Resultados: Se incluyó a 235 pacientes, 108 (46%) hombres y 127 (54%) mujeres, con edad de $49,3 \pm 16,4$ años y un tiempo de diagnóstico de $10,6 \pm 8,6$ años. El 72% tuvo diagnóstico de CUCI, con afectación pancolónica en el 51%; el 28% de los pacientes tenía EC y predominio de la afectación ileal e ileocolónica, con fenotipo estenosante en 50% e inflamatorio en 32%. El 58% se encontraba en tratamiento con alguna modalidad avanzada. En 16 (7%) pacientes se cumplieron criterios de EII-DTT, de los cuales 12 (75%) tenían EC y 4 (25%) CUCI; la distribución fue la siguiente: 5 (31%) pacientes mostraron falla terapéutica a dos mecanismos de acción, 5 (31%) sufrían enfermedad perianal compleja, 4 (25%) recurrencia quirúrgica y 2 (13%) pouchitis crónica resistente a antibiótico. Ningún paciente mostró alguna comorbilidad psiquiátrica que limitara el tratamiento (Figura 1).

Conclusiones: La EII-DTT tiene una prevalencia baja en este centro hospitalario y afecta de manera predominante a los pacientes con EC. Se requieren nuevos estudios multicéntricos con mayor número de pacientes para determinar la carga real de la enfermedad en este país.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Prevalencia de EII difícil de tratar. (Dom040)



Dom041

FACTORES ASOCIADOS A LA FALLA A TERAPIA BIOLÓGICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

F. D. Gutiérrez-Herrera, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El tratamiento biológico se considera en la actualidad una estrategia efectiva para la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) resistente

al tratamiento convencional. Sin embargo, su eficacia se ve limitada por la pérdida de respuesta a largo plazo debido a la inmunogenicidad, sobre todo de la terapia anti-TNF.

Objetivo: Identificar los factores relacionados con la falla al tratamiento biológico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva y observacional. Se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de EII que se encontraran bajo terapia biológica en la Clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se recabaron las características demográficas y clínicas. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 25. Se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 55 pacientes, 23 hombres y 32 mujeres, 22 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC) y 32 con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y uno con EII no clasificada. Las características clínicas se detallan en la **Tabla 1**. Hasta 26 de 55 (47,2%) pacientes con EII experimentaron falla al menos a un mecanismo de acción. Los factores relacionados de manera significativa fueron la exposición previa a un fármaco biológico con anti-TNF alfa ($p < 0,05$; RM 13,02; IC95%, 3,6-48,1); tener falla a dos compuestos biológicos previamente ($p < 0,05$; RM 8,18; IC95%, 1,07- 72,1) y la presencia de comorbilidad psiquiátrica ($p < 0,05$; RM 12,4; IC95%, 1,4-108).

Conclusiones: Los factores relacionados con falla al tratamiento biológico fueron la exposición previa de al menos un mecanismo de acción y la presencia de comorbilidad psiquiátrica.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento alguno.

Dom042

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO BASADO EN EL ÍNDICE INTEGRAL YAMAMOTO-FURUSHO Y TASAS DE REMISIÓN PROFUNDA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

F. D. Gutiérrez-Herrera, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha evolucionado en sus objetivos terapéuticos, así como el tratamiento por objetivos (o *treat to target*). En la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) se plantea la

Tabla 1. Características clínicas y resultados. (Dom041)

Característica	Sin falla	Falla	Total	Valor de p
Edad, promedio (DE)	41,8 (17,1)	38,8 (12,5)	NA	NA
Mujeres/hombres	16/13	16/10	55	0,63
Crohn n = 22	10	12	22	0,467
Localización Crohn	Íleon, n (%)	3	8 (36)	0,38
	Colon, n (%)	3	3 (13,6)	0,21
	Ileocolónico, n (%)	6	11 (50)	1
Fenotipo Crohn	Inflamatorio	1	2 (9)	1
	Estenosante	6	13 (59,1)	1
	Fistulizante	3	7 (31,8)	1
CUCI n = 32	18	14	32	0,467
Extensión	Proctitis	0	0 (0)	NA
	Colitis izquierda	2	5 (15,6)	1
	Pancolitis	12	27 (84,4)	0,854
Colitis indiferenciada n = 1	1	0	1 (100)	NA
Resultados	Sin falla	Con falla	Total	Valor de p
MEI	16	16	32	0,63
Dependencia de esteroides	17	13	30	0,52
Resistencia a esteroides	2	4	6	0,31
Uso de ciclosporina	3	1	4	0,354
Intolerancia a tiopurinas	2	3	5	0,55
Enfermedad hepática	1	2	3	0,48
Enfermedad psiquiátrica	1	8	9	0,009
Enfermedad perianal	2	2	4	0,013
Retrasos en las dosis	16	18	34	0,284
Uso previo de anti-TNF alfa	7	21	28	0,00003
Uso previo de anti-IL-12/23	0	2	2	0,219
Uso previo de antiintegrinas	0	4	4	0,06
Falla previa a dos biológicos	0	5	5	0,04
Calprotectina > 1 000 ug/g heces	22	20	42	0,92
PCR > 1 mg/dL	13	14	27	0,5

MEI, manifestaciones extraintestinales; DE, desviación estándar; NA, no aplica.

remisión profunda como objetivo ambicioso (combinación de remisión clínica, bioquímica, endoscópica e histológica). El único índice validado que considera los parámetros previos es el índice integral de Yamamoto-Furusho. **Objetivo:** Evaluar el éxito de las diversas estrategias de optimización en el tratamiento en pacientes mexicanos con CUCI.

Material y métodos: Estudio de cohorte que incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI que tuvieran al menos dos evaluaciones clínicas, biomarcadores, colonoscopia larga y toma de biopsias en ambas visitas durante el periodo comprendido entre enero del 2019 y junio del 2025 pertenecientes a la Clínica de EI del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se utilizó el índice integral de Yamamoto-Furusho validado en esta población, el cual incluye parámetros clínicos (evaluaciones sangüíneas), bioquímicos (hemoglobina, proteína C reactiva ultrasensible y albúmina), endoscópicos (puntuación endoscópica de Mayo) e histológicos (escala de Riley) para optimizar el tratamiento médico. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 25. Se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se evaluó a un total de 72 pacientes con diagnóstico de CUCI (40 mujeres y 32 hombres), 62 pacientes (86%) con pancolitis, 4 con colitis izquierda (5%) y 6 con proctitis (8%). La media de seguimiento fue de 56 meses (intervalo, 21-78 meses). En la evaluación inicial: 33 pacientes (45,8%) se encontraban en remisión profunda y 39 con actividad (54,2%), de los cuales 18 mostraban actividad leve (46%), 15 actividad moderada (38,4%) y 6 actividad grave (15%); y, en la última evaluación, 41 pacientes estuvieron en remisión profunda (56,9%); 31 pacientes tuvieron actividad, 9 con actividad leve (29%), 19 con actividad moderada (61%) y 3 (9,6%) con actividad grave. Se encontró que los individuos con actividad grave tuvieron de manera significativa mayor visitas a urgencias ($p = 0,01$; RM = 12,3; IC95%, 1,3-112,9); más hospitalizaciones ($p = 0,002$; RM = 22,5; IC95%, 2,4-210,5) y mayor necesidad de cirugía ($p = 0,02$; RM = 22,3; IC95%, 1,7-283,6). Los pacientes con actividad moderada tuvieron de manera significativa mayor riesgo de sufrir recaídas ($p = 0,008$; RM = 5,9; IC95%, 1,5-23,3). Por otro lado, los enfermos con remisión profunda inicial experimentaron mejores desenlaces clínicos, como menor riesgo de recaídas ($p = 0,005$; RM = 0,24; IC95%, 0,09-0,65) y mayor probabilidad de mantener la remisión profunda de manera prolongada ($p = 0,0007$; RM = 5,9; IC95%, 2,0-17,0). Cuando se analizaron las estrategias

de optimización, el tratamiento oral y tópico con mesalazina fue un factor protector para recaídas ($p = 0,0004$; RM = 0,08; IC95%, 0,01-0,41), menor número de visitas a urgencias ($p = 0,03$; RM = 0,28; IC 95%, 0,09-0,89) y disminución del grado de actividad ($p < 0,00001$; RM = 78,3; IC95%, 9,1-669,9). El apego al tratamiento tópico mostró relación con disminución del grado de actividad ($p = 0,0002$; RM = 10,4; IC95%, 2,8-38,8). Los resultados se muestran en la **Tabla 1**.

Conclusiones: La única estrategia de optimización exitosa fue el uso de terapia oral y tópica con mesalazina en relación con mejores desenlaces clínicos. La tasa de remisión profunda mejoró del 45,8% al 56,9% en pacientes mexicanos con CUCI.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento alguno.

Dom043

PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO Y TERAPIA AVANZADA EN POBLACIÓN MEXICANA CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

N. N. Parra-Holguín, J. G. López-Gómez, D. A. García-Alonso, M. Miguel-Alamilla, J. I. Hernández-Honorato, T. Cortés-Espinosa, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), es un trastorno inflamatorio crónico del tracto gastrointestinal. Su etiología incluye factores genéticos, inmunológicos, ambientales y microbianos. El objetivo terapéutico principal es lograr la remisión clínica y endoscópica, de tal modo que se reduzcan así las complicaciones, como las estenosis, las fístulas y el efecto negativo en la calidad de vida. En los casos graves o ante la falla de los tratamientos convencionales, se requieren terapias biológicas o avanzadas. Éstas han demostrado ser efectivas en el control de la enfer-

Tabla 1. Características demográficas y clínicas en pacientes con CUCI. (Dom042)

Característica		Global	REM	LEV	MOD	SEV
Edad, promedio (DE)		48,7 (13,6)	51,2 (15,6)	47,8 (10,6)	44,8 (13,3)	48,8 (9,8)
Mujeres/hombres		40/32	16/17	13/5	9/6	2/4
Extensión	Proctitis	6	4	2	0	0
	Colitis izquierda	4	3	1	0	0
	Pancolitis	62	26	15	15	6
Resultados					Total	Valor de p
Variables		Graves = 6		No graves = 68	72	1
Visitas a urgencias		5		19	24	0,01
Exacerbaciones		5		30	35	0,1
Hospitalización		5		12	17	0,002
Cirugía		1		0	1	0,02
		Moderados = 15		No moderados = 57	72	1
Exacerbaciones		12		23	35	0,008
		Remisión = 33		Activos = 39	72	1
Exacerbaciones		10		25	35	0,005
Mantener la remisión		26		15	41	0,0007
		Apego al tratamiento oral = 56		Sin apego = 16	72	1
Exacerbaciones		21		14	35	0,0004
Visitas urgencias		15		9	24	0,03
Respuesta a optimizaciones		47		1	48	< 0,0001
		Apego a la terapia tópica= 22		Sin apego = 4	26	1
Disminución de actividad		22		10	32	0,0002

REM, remisión profunda; LEV, leve; MOD, moderada; SEV, severa; DE, desviación estándar.

edad. Aunque estos tratamientos han revolucionado el control de la EI, su eficacia y persistencia varían entre los pacientes. Algunos factores como la pérdida de respuesta, los efectos adversos o la progresión de la enfermedad pueden requerir cambios en los esquemas terapéuticos.

Objetivo: Evaluar los patrones de tratamiento, la persistencia y las razones para el cambio en pacientes con EI que reciben terapias biológicas o avanzadas.

Material y métodos: Es un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a pacientes con EI que recibieron tratamiento biológico o avanzado desde enero de 2010 hasta mayo de 2024 en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Se evaluaron el número de líneas de tratamiento, las razones para el cambio y la persistencia en cada línea. Esta última se definió operativamente como la proporción de pacientes que mantuvieron su tratamiento sin cambiar a un fármaco alternativo durante el periodo de seguimiento.

Resultados: Se incluyó a un total de 154 pacientes con diagnóstico de EI: 82 hombres (53,2%) y 72 mujeres (46,8%). La duración promedio de la enfermedad fue de 11 años (intervalo, 1-52). La edad media fue de 53 años (intervalo, 18-96). De éstos, 101 pacientes (65,6%) se diagnosticaron con CUCI y 53 (34,4%) con EC. En los sujetos de alto riesgo, la localización de la enfermedad fue ileal en 12 casos (22,6%), colónica en 8 (15,1%) e ileocólica en 33 (62,3%). En cuanto al fenotipo de la enfermedad, el 43,4% mostró un patrón inflamatorio, 43,4% enfermedad estenosante y 13,2% enfermedad penetrante. En los individuos con CUCI, la extensión de la enfermedad fue E1 en 17 casos (16,8%), E2 en 20 (19,8%) y E3 en 64 (63,8%). Antes de iniciar la terapia avanzada, 140 pacientes (90,9%) recibieron tratamiento convencional. Las razones para iniciar terapia biológica fueron falla al tratamiento convencional en 126 pacientes (81,8%) y fenotipo de alto riesgo en 28 (18,2%). Del total de sujetos incluidos, 74 (48,1%) permanecieron en tratamiento de primera línea, 54 (35,1%) en segunda línea, 18 (11,7%) en tercera línea, 5 (3,2%)

en cuarta línea, 2 (1,3%) en quinta línea y 1 (0,6%) en sexta línea. Las tasas de persistencia a un año fueron de 91,6% para la primera línea, 91,3% para la segunda, 92,3% para la tercera, 8,5% para la cuarta y 100% para la quinta y sexta. Al evaluar la persistencia del tratamiento de acuerdo con la clase terapéutica, las tasas más altas se observaron con los agentes anti-TNF alfa. Los patrones de cambio se muestran en la Figura 1.

Conclusiones: Las terapias biológicas desempeñan un papel fundamental en el control de la EI, particularmente en pacientes con falla al tratamiento convencional o con fenotipos de alto riesgo. La mayoría demostró una alta persistencia, en especial durante las primeras líneas de tratamiento, con tasas superiores al 90% en las primeras tres líneas. Sin embargo, la disminución progresiva de la persistencia en las líneas posteriores resalta la necesidad de una evaluación continua de la respuesta al tratamiento y de estrategias terapéuticas personalizadas.

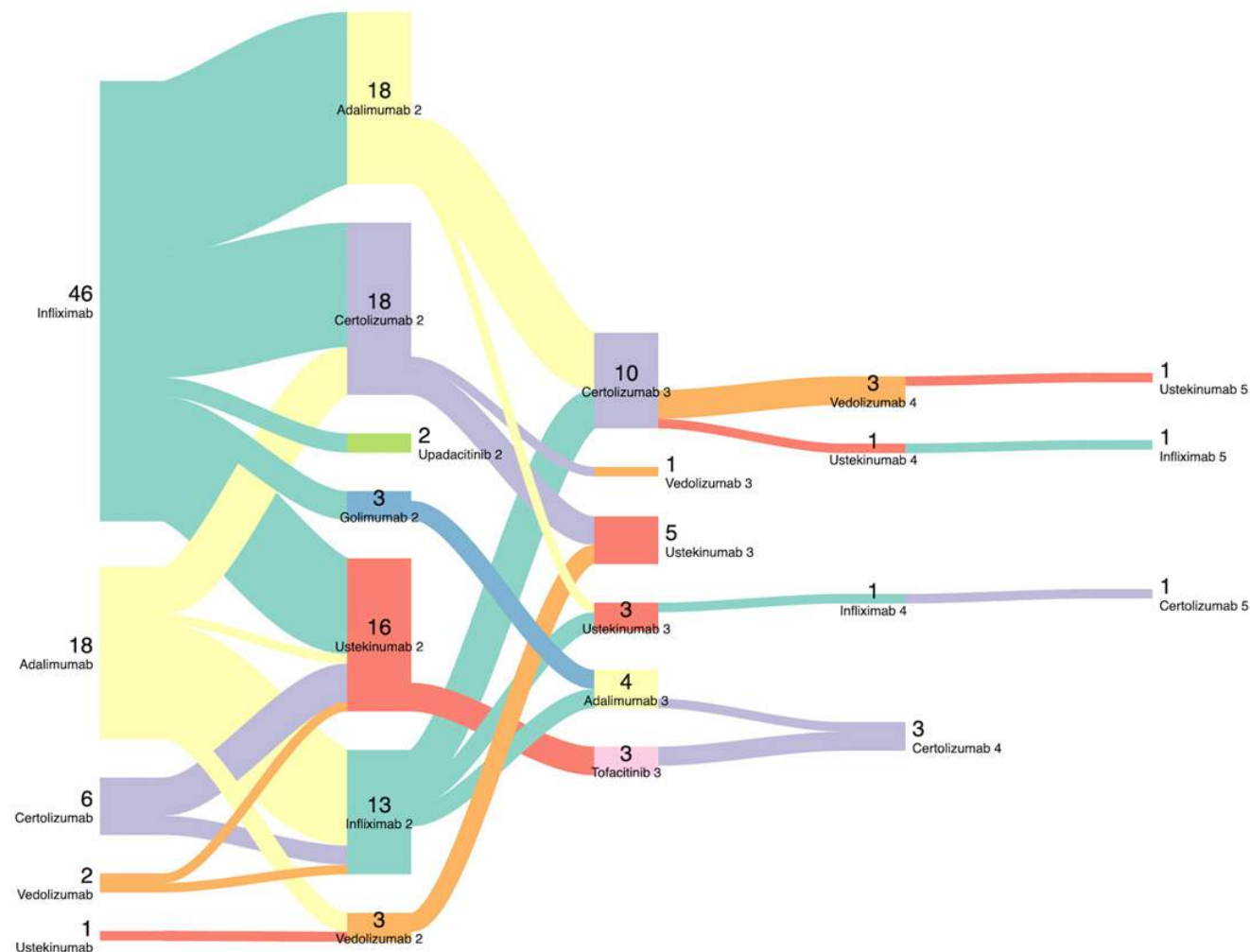
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom044

FRECUCENCIA DE DISEASE CLEARANCE Y SUS DESENLACES CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES MEXICANOS CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

N. N. Parra-Holguín, S. I. Juárez-Cruz, F. D. Gutiérrez-Guerrero, J. K. Yamamoto-Furusho, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE; Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Figura 1. Diagrama de Sankey: secuencia de tratamientos biológicos en una cohorte mexicana con enfermedad inflamatoria intestinal. (Dom043)



Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad crónica, incurable y de curso clínico heterogéneo. El concepto de *disease clearance* ha emergido como un objetivo terapéutico ideal, definido por la presencia simultánea de remisión clínica, endoscópica e histológica. Este enfoque integral ha mostrado una relación con mejores desenlaces clínicos a largo plazo, incluido el menor riesgo de hospitalización, cirugía y progresión de la enfermedad. Sin embargo, la frecuencia del *disease clearance* se desconoce en la práctica clínica real, así como los factores clínicos vinculados a nivel mundial.

Objetivo: Determinar la frecuencia de *disease clearance* y los desenlaces clínicos relacionados en pacientes mexicanos con CUCI.

Material y métodos: Es un estudio transversal en el cual se incluyó a un total de 100 pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán durante el periodo de enero a mayo del 2025, quienes cumplieron con la definición actual de *disease clearance*: remisión clínica, endoscópica e histológica. El *disease clearance* se evaluó mediante el índice integral de CUCI (índice de Yamamoto-Furusho), el cual evalúa parámetros clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS v.30 y se utilizó un valor de $p \leq 0,05$ como significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 100 pacientes (57 mujeres y 43 hombres) con una edad promedio de 50 años (intervalo, 22-83 años) y un tiempo medio de evolución de 15 años (intervalo, 2-42 años). La frecuencia del *disease clearance* obtenida fue del 37%. La extensión más frecuente fue colitis extensa (E3) en el 76%, seguida de colitis izquierda (E2) en el 16% y proctitis (E1) en el 8%. De los 100 pacientes con CUCI, el 80% mostró remisión clínica según la puntuación parcial de la escala de Mayo, 50% remisión endoscópica y 45% remisión histológica (calificación de Nancy). En el análisis bivariado se observó una relación significativa entre ausencia del *disease clearance* y mayor número de hospitalizaciones ($p = 0,02$; RM = 3,0; IC95%, 1,11-8,47). En el análisis multivariado por regresión logística se confirmó que los pacientes sin *disease clearance* presentaron ≥ 2 hospitalizaciones (RM: 5,41; IC95%, 1,44-20,28; $p = 0,01$). En la **Tabla 1** se muestra el tratamiento médico instituido en los pacientes que alcanzaron *disease clearance*. Otras variables como edad al diagnóstico de la enfermedad, extensión, tipo de tratamiento y cirugías no mostraron relación estadísticamente significativa.

Conclusiones: El *disease clearance* se alcanzó en el 37% de los pacientes mexicanos con CUCI. Su ausencia se vinculó con múltiples hospitalizaciones por recaída de la CUCI.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Tratamiento utilizado en pacientes que alcanzaron <i>disease clearance</i> . (Dom044)	
Tratamiento	n = (%)
5-aminosalicilatos	35 (35)
Azatioprina	11 (11)
Prednisona	2 (2)
Tratamiento tópico (enemas/supositorios)	15 (15)
Infliximab	2 (2)
Vedolizumab	1 (1)
Ustekinumab	2 (2)

Dom045

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN, ACCESO Y COBERTURA DE VACUNACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ATENDIDOS EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE REFERENCIA EN MÉXICO

P. Rosales-Téllez, R. E. González-López, V. Hernández-Antolín, V. N. Sebastián-Ocampo, J. A. Chida-Romero, E. Contreras-Avilés, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), se relaciona con mayor riesgo de infecciones, especialmente en pacientes bajo tratamiento inmunosupresor. La vacunación es una herramienta clave

en la prevención, pero su cobertura y conocimiento en esta población son aún limitados. Existen pocos datos en México sobre el acceso, percepción y barreras relacionadas con la inmunización en pacientes con EII. Evaluar estos aspectos es esencial para mejorar la atención preventiva en clínicas especializadas y fortalecer estrategias institucionales de vacunación.

Objetivo: Evaluar la percepción, el acceso y la cobertura de vacunación en pacientes con EII atendidos en una clínica especializada de referencia en México, así como identificar barreras y nivel de conocimiento respecto de los esquemas de inmunización en esta población.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal realizado en la Clínica de EII del Hospital General de México Eduardo Liceaga. Se incluyó a 59 pacientes con diagnóstico de CUCI o EC, que se hallaban en seguimiento activo y acudían de forma regular a consulta externa. Todos aceptaron participar mediante la aplicación de una encuesta estructurada. El instrumento recabó información sobre antecedentes de vacunación, conocimiento respecto de esquemas especiales e identificación de barreras para la inmunización. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v29.0. Se usaron frecuencias y proporciones para variables cualitativas, y se aplicaron las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher para la comparación entre grupos, tras considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se encuestó a 59 pacientes con EII, de los cuales 62,7% tenía CUCI y 37,3% EC. En la **Tabla 1** se resumen las características generales, el acceso a los esquemas de vacunación y la percepción de los pacientes en cuanto a su inmunización. Sólo el 52,5% señaló tener un esquema completo de vacunación, mientras que el 33,9% desconocía su estado. El 20,3% refirió contar con cartilla de vacunación. Más de la mitad (55,9%) recibió alguna vacuna posterior al diagnóstico de EII, principalmente contra COVID-19 (91,5%) e influenza (66,1%). La cobertura fue baja para hepatitis A/B (11,9%), neumococo (18,6%) y herpes zóster (5,1%). En relación con el conocimiento, el 23,7% estaba al tanto de la existencia de un esquema especial para pacientes inmunosuprimidos y el 11,9% recibió orientación médica específica sobre vacunación. Las principales barreras identificadas fueron la falta de información (84,7%), la ausencia de indicaciones médicas (25,4%) y el miedo a efectos adversos (13,6%). No obstante, el 89,8% de los participantes consideró la vacunación como muy importante y el 74,5% reconoció su eficacia para prevenir infecciones graves. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con CUCI y EC en la mayoría de las variables evaluadas, con excepción de la vacunación contra herpes zóster, que fue más frecuente en pacientes con EC ($p = 0,029$).

Tabla 1. Percepción y características relacionadas con vacunación en pacientes con EII. (Dom 045)				
Variable	Total (n = 59)	CUCI (n = 37)	EC (n = 22)	Valor de p
Esquema completo de vacunación				
Sí	31 (52,5%)	22 (59,5%)	9 (40,9%)	0,186†
No	8 (13,6%)	6 (16,2%)	2 (9,1%)	
Desconoce	20 (33,9%)	9 (24,3%)	11 (50,0%)	
Recibió vacunación posterior al diagnóstico de EII				
Sí	33 (55,9%)	23 (62,2%)	10 (45,5%)	0,238†
No	26 (44,1%)	14 (37,8%)	12 (54,5%)	
Vacuna neumococo				
Sí	11 (18,6%)	5 (13,5%)	6 (27,3%)	0,287†
No	48 (81,4%)	32 (86,5%)	16 (72,7%)	
Vacuna herpes zóster				
Sí	3 (5,1%)	0 (0,0%)	3 (13,6%)	0,029‡
No	56 (94,9%)	37 (100%)	19 (86,4%)	
Vacuna Tdpa				
Sí	12 (20,3%)	6 (16,2%)	6 (27,3%)	0,324†
No	47 (79,7%)	31 (83,8%)	16 (72,7%)	
Conocimiento sobre esquema especial				
Sí	14 (23,7%)	10 (27,0%)	4 (18,2%)	0,522†
No	45 (76,3%)	27 (73,0%)	18 (81,8%)	

Orientación sobre vacunación				
Sí	7 (11,9%)	5 (13,5%)	2 (9,1%)	0,929†
No	40 (67,8%)	27 (73,0%)	13 (59,1%)	
No recuerdo	12 (20,3%)	5 (13,5%)	7 (31,8%)	
Falta de información como barrera				
Sí	50 (84,7%)	30 (81,1%)	20 (90,9%)	0,475†
No	9 (15,3%)	7 (18,9%)	2 (9,1%)	
Miedo a efectos adversos				
Sí	8 (13,6%)	4 (10,8%)	4 (18,2%)	0,446†
No	51 (86,4%)	33 (89,2%)	18 (81,8%)	
Falta de acceso o disponibilidad				
Sí	10 (16,9%)	6 (16,2%)	4 (18,2%)	1,000‡
No	49 (83,1%)	31 (83,8%)	18 (81,8%)	
Costo como barrera				
Sí	3 (5,1%)	3 (8,1%)	0 (0,0%)	0,267‡
No	56 (94,9%)	34 (91,9%)	22 (100%)	
Falta de indicación médica				
Sí	15 (25,4%)	10 (27,0%)	5 (22,7%)	0,758†
No	44 (74,6%)	27 (73,0%)	17 (77,3%)	

† Prueba χ^2 .
‡ Prueba exacta de Fisher (utilizada por bajo tamaño de celda esperada).
EII, enfermedad inflamatoria intestinal.

Conclusiones: La cobertura de vacunación en pacientes con EII atendidos en un centro especializado es subóptima, con brechas importantes en el conocimiento y la orientación médica sobre esquemas especiales para individuos inmunosuprimidos. A pesar de que la mayoría reconoce la importancia de la inmunización, persisten obstáculos como la falta de información, indicaciones médicas limitadas y miedo a los efectos adversos. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias educativas y protocolos institucionales que refuercen la inmunización sistemática como parte integral del seguimiento de los pacientes con EII.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Dom046

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y REPRODUCTIVAS DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO ESPECIALIZADO DE REFERENCIA EN MÉXICO

P. Rosales-Téllez, R. E. González-López, H. Rodríguez-Cruz, V. N. Sebastián-Ocampo, J. A. Chida-Romero, E. Contreras-Avilés, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende a la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), afecta con frecuencia a personas jóvenes, con una incidencia máxima entre los 15 y 40 años, lo que coincide con la etapa reproductiva femenina. Las implicaciones clínicas, terapéuticas y reproductivas en mujeres con EII en edad fecunda son relevantes, tanto por el efecto potencial de la enfermedad como por los riesgos relacionados con el tratamiento, la cirugía y el embarazo. Aunque diversos estudios han analizado la evolución de la EII en mujeres embarazadas, existe escasa información regional sobre las características ginecoobstétricas y su relación con el fenotipo clínico y terapéutico de la enfermedad en poblaciones latinoamericanas. La caracterización detallada de estas pacientes en centros de referencia puede contribuir a optimizar estrategias de atención integral y planificación reproductiva segura en mujeres con EII.

Objetivo: Describir y comparar las características clínicas, terapéuticas y ginecoobstétricas de mujeres en edad fértil con EII, atendidas en un centro especializado de referencia en México.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal, observacional y analítico en la Clínica de EII del Hospital General de México Eduardo Liceaga. Se incluyó a mujeres en edad fértil (15 a 49 años) con diagnóstico confirmado de EII, en seguimiento activo entre marzo de 2023 y junio de 2025. Los datos clínicos, demográficos y ginecoobstétricos se obtuvieron mediante interrogatorio directo y revisión del expediente clínico electrónico institucional. El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics®, versión 29. Las variables cuantitativas se compararon con la prueba t de Student para muestras independientes. Para las variables cualitativas se emplearon las pruebas ji cuadrada o prueba exacta de Fisher, en función del número de observaciones en cada categoría. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: De una cohorte de 298 pacientes con EII en seguimiento activo, 61 (20,5%) correspondieron a mujeres en edad fecunda. Del total, 50 pacientes (82,0%) tenían CUCI y 11 (18,0%) EC. En el grupo con CUCI, la presentación más común fue la pancolitis (70,0%), mientras que en el grupo con EC predominó el comportamiento estenosante (54,5%) y la localización ileocólica (36,4%). El uso de terapia avanzada fue significativamente mayor en EC (72,7%) en comparación con CUCI (46,0%), y destacó una mayor utilización del ustekinumab en EC ($p = 0,012$) y del vedolizumab en CUCI ($p = 0,047$). La necesidad de cirugía fue más frecuente en pacientes con EC (45,5%) frente a las de CUCI (10,0%) ($p = 0,012$). En particular, la hemicolectomía derecha fue exclusiva del grupo con EC ($p = 0,031$), en tanto que la colectomía total con reservorio ileal se observó tan sólo en mujeres con CUCI. No se identificaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a edad, variables reproductivas, manifestaciones extraintestinales ni presencia de estoma. La proporción de pacientes que refirieron haber recibido orientación prenatal fue del 42,6%, sin diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Conclusiones: En esta cohorte, el 20,5% de los pacientes con EII en seguimiento activo correspondió a mujeres en edad fértil. Se identificaron diferencias clínicas y terapéuticas entre CUCI y EC, y sobresalió la mayor frecuencia de pancolitis en CUCI, y el fenotipo estenosante y la cirugía mayor en EC. Menos de la mitad recibió orientación prenatal, lo que subraya la necesidad de reforzar la asesoría reproductiva y el abordaje multidisciplinario en este grupo.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Dom047

RELACIÓN ENTRE COMPOSICIÓN CORPORAL Y ACTIVIDAD CLÍNICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ¿UN NUEVO BIOMARCADOR PRÁCTICO?

L. E. Cardona-Rodríguez, Y. J. Cruz-Ramírez, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La composición corporal se ha acompañado de desenlaces clínicos en enfermedades crónicas como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Los parámetros como la masa muscular, la grasa visceral y la grasa corporal total influyen en el estado nutricional, la inflamación sistémica y la respuesta al tratamiento. En la EII, una distribución desfavorable de la grasa corporal, particularmente con aumento de grasa visceral, se ha relacionado con mayor actividad inflamatoria y riesgo de recaídas. Aunque la bioimpedancia eléctrica (BIA) se ha utilizado para evaluar la composición corporal en estos pacientes, aún se requiere más evidencia sobre qué parámetros específicos se vinculan con la actividad clínica. Dada su accesibilidad y bajo costo, su uso podría ser útil para el seguimiento y la toma de decisiones terapéuticas individualizadas.

Objetivo: Evaluar el nexo entre los parámetros de bioimpedancia corporal y el grado de actividad clínica de la enfermedad (AE) en pacientes con EII.

Material y métodos: Se realizó un análisis transversal de pacientes adultos con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC) en seguimiento clínico. La actividad de la enfermedad se definió como la presencia de síntomas compatibles junto con hallazgos objetivos, sin explicación por diagnósticos diferenciales. En la CU se empleó el índice de actividad clínica de Mayo y los valores elevados de la proteína C reactiva (PCR). En la EC se usaron los criterios clínicos de la escala de Harvey-Bradshaw, y PCR elevada. Se recolectaron datos de composición corporal mediante bioimpedancia, incluidos grasa visceral, porcentaje de grasa corporal, masa libre de grasa,

masa ósea y masa muscular. El desenlace primario fue la presencia de AE. Se realizaron análisis de regresión logística para determinar *odds ratios* (OR) con intervalos de confianza al 95 % (IC95 %) y valores de p.

Resultados: Se incluyó a 46 pacientes, de los cuales 24 (52,2%) tenían CU y 22 (47,8%) EC. El 41,3% (n = 19) presentaba AE al momento de la evaluación. De estos casos, el 5,2% (1 paciente) mostraba actividad grave, 31,5% (6 pacientes) actividad moderada y 63,1% (12 pacientes) actividad leve. En cuanto al tratamiento, 39 (84,8%) se encontraban bajo terapia con algún agente biológico y 7 (15,2%) no recibían fármaco biológico. La distribución fue la siguiente: vedolizumab en 11 (23,9%), infliximab en 8 (17,4%), certolizumab en 7 (15,2%), adalimumab en 6 (13,0%), ustekinumab en 5 (10,9%) y tofacitinib en 2 (4,3%). En el análisis de regresión logística, la grasa visceral se vinculó en grado significativo con la actividad clínica de la EII (OR 1,81; IC95%, 1,15-2,86; p = 0,01). Por el contrario, un mayor porcentaje de grasa corporal total se relacionó con menor probabilidad de actividad clínica (OR 0,87 por cada 1% adicional; IC95%, 0,78-0,95; p = 0,004). No se hallaron relaciones significativas con masa libre de grasa, masa ósea o masa muscular. Los resultados se detallan en la **Tabla 1**.

Tabla 1*. (Dom047)				
Variable	OR	IC95%	Valor de p	Comentario
Grasa visceral (puntos)	1,81	1,15 - 2,86	0,01	Aumento significativo del riesgo de AE por cada punto adicional de grasa visceral.
% Grasa corporal (por 1%)	0,87	0,78 - 0,95	0,004	Por cada 1% adicional de grasa corporal total, el riesgo de AE disminuye significativamente.
Masa libre de grasa (kg)	0,98	0,95 - 1,02	0,31	No se observó relación significativa entre la masa libre de grasa y la AE.
Masa ósea (kg)	1,16	0,35 - 3,85	0,81	No se identificó relación estadísticamente significativa entre masa ósea y AE.
Masa muscular (kg)	0,99	0,95 - 1,05	0,86	No se encontró relación significativa entre masa muscular y AE.
OR, razón de momios; IC95%, intervalo de confianza al 95%; AE, actividad clínica de la enfermedad. Se consideró estadísticamente significativa una p < 0,05. *Elaboración propia.				

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con EII, un mayor nivel de grasa visceral se vinculó con un mayor riesgo de actividad clínica de la enfermedad, mientras que un mayor porcentaje de grasa corporal total se relacionó con menor riesgo. No se encontró nexo significativo con la masa muscular, la masa ósea o la masa libre de grasa. La evaluación de la composición corporal mediante bioimpedancia puede ser útil para identificar a pacientes con mayor riesgo clínico y complementar el seguimiento de pacientes con EII.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom048

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

R. E. González-López, P. Rosales-Téllez, J. A. Chida-Romero, H. Rodríguez-Cruz, V. Hernández-Antolín, E. Contreras-Avilés, B. Jiménez-Bobadilla, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC), es una afección crónica del tracto gastrointestinal. Se ha observado prevalencia elevada de ansiedad y depresión en estos pacientes. Aunque no es psicósomática, existe una relación bidireccional entre inflamación y salud mental. Estos trastornos modifican la calidad de vida y la evolución clínica, pero su evaluación es aún limitada en la práctica.

Objetivo: Analizar los grados de ansiedad y depresión en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática y enfermedad de Crohn atendidos en una clínica especializada en EII de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio transversal y analítico realizado en 50 pacientes con diagnóstico confirmado de EII, atendidos en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México entre marzo y abril de 2025. Se aplicaron los instrumentos psicométricos validados: *Hospital anxiety and depression scale* (HADS) y Escala de depresión de Hamilton (Hamilton-D) para evaluar los síntomas afectivos. Se registraron y analizaron las variables demográficas, clínicas y bioquímicas. Se utilizó el software IBM SPSS Statistics v.26. La prueba t de Student se aplicó para comparar variables continuas entre grupos (CU vs. EC), mientras que las variables categóricas se compararon mediante ji cuadrada (x²). Un valor de p < 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 50 pacientes: 32 con CUCI y 18 con EC. La edad media fue de 37,7 ± 13,4 años, sin diferencias significativas entre grupos

Tabla 1. Características clínicas, emocionales y bioquímicas de pacientes con EII (n = 50). (Dom048)				
Variable	Total (n = 50)	CUCI	Crohn	Valor de p
Edad, media ± DE (mín-máx)	37,7 ± 13,4 (17-66)	36,3 ± 13,5 (19-66)	40,2 ± 13,5 (17-63)	0,252
Género, n (%):				N/S
- Masculino	23 (46,0%)	15 (46,9%)	8 (44,4%)	
- Femenino	27 (54,0%)	17 (53,1%)	10 (55,6%)	
HADS-D, media ± DE	12,62 ± 2,76	12,53 ± 2,56	12,77 ± 3,15	N/S
HADS-A, media ± DE	7,78 ± 2,62	7,68 ± 2,54	7,94 ± 2,83	N/S
Hamilton-D, media ± DE	25,42 ± 4,53	25,31 ± 4,59	25,6 ± 4,53	N/S
Ansiedad según HADS, n (%):				0,951
- Sin ansiedad	23 (46,0%)	16 (50,0%)	7 (38,9%)	
- Ansiedad	27 (54,0%)	16 (50,0%)	11 (61,1%)	
Depresión según HADS, n (%):				0,457
- Sin depresión	2 (4,0%)	1 (3,1%)	1 (5,6%)	
- Depresión	48 (96,0%)	31 (96,8%)	17 (94,4%)	
Depresión según Hamilton, n (%):				N/S
- Sin depresión	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
- Depresión	50 (100,0%)	32 (100,0%)	18 (100,0%)	
Calprotectina fecal	224 (91,9 - 800)	201 (94 - 677)	374 (33 - 1132)	N/S
Proteína C reactiva	2,63 (0,5 - 16,06)	2,3 (0,47 - 11,24)	3,3 (0,88 - 30,95)	N/S
Truelove y Witts modificado	9 (6,75 - 10,25)	9 (9 - 11)	-	N/S
Harvey-Bradshaw	0 (0 - 0,5)	-	4 (0 - 8)	N/S

(p = 0,252). El 54% correspondió a mujeres. La prevalencia de depresión clínica fue alta: 96% según HADS y 100% de acuerdo con la escala de Hamilton. La ansiedad, según HADS, se identificó en el 54% de los pacientes. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de ansiedad o depresión entre pacientes con CUCI y EC (HADS-D: p = 0,457; HADS-A: p = 0,951; Hamilton-D: p = N/S). Las características completas se presentan en la **Tabla 1**. Los valores de calprotectina fecal y proteína C reactiva (PCR) fueron mayores en pacientes con EC en comparación con CUCI (mediana de calprotectina: 374 µg/g vs. 201 µg/g; PCR: 3,3 mg/L vs. 2,3 mg/L), aunque sin significancia estadística. Este patrón es clínicamente esperable, dado el carácter transmural y más sistémico de la inflamación en la EC.

Conclusiones: Los pacientes con EII de esta cohorte mostraron alta carga afectiva, con prevalencia alarmante de síntomas depresivos y ansiosos significativos, al margen del tipo de enfermedad. La ausencia de diferencias estadísticas entre CUCI y EC sugiere que el efecto emocional no depende de la localización o fisiopatología, sino del efecto de vivir con una enfermedad crónica. Estos hallazgos sustentan la necesidad urgente de implementar estrategias de tamizaje estructurado en salud mental como parte del abordaje integral en clínicas especializadas en EII, así como de establecer vías de intervención psicológica o psiquiátrica oportunas, incluso en ausencia de actividad inflamatoria evidente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom049

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TERAPÉUTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 12 CASOS

E. Melgoza-Ruiz, L. Gallardo-Alvarado, A. Samano-Urquiza, J. Becerril-Aguilar, A. Lupian-Sánchez, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno inflamatorio crónico de evolución progresiva y fenotipo variable, con afectación potencial de todo el tracto gastrointestinal. Su inflamación transmural y discontinua favorece complicaciones, como estenosis, fístulas y abscesos. Al tratarse de una enfermedad crónica, a pesar de los avances terapéuticos

con inmunomoduladores y biológicos, muchos pacientes requieren múltiples esquemas y algunos desarrollan complicaciones quirúrgicas. Estudiar su evolución permite anticiparse a formas complejas de la enfermedad.

Objetivo: Describir las características clínicas y terapéuticas y la evolución de pacientes con EC atendidos en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Pemex.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en 12 pacientes con diagnóstico de EC confirmado (por biopsia), atendidos entre 2020 y 2025. La información se recolectó mediante la revisión sistemática de expedientes clínicos electrónicos institucionales. Se capturaron variables demográficas, fenotipo clínico según la clasificación de Montreal (edad al diagnóstico, localización y comportamiento de la enfermedad), tratamiento farmacológico, presencia de complicaciones estructurales, hospitalizaciones, cirugías relacionadas y evolución clínica. Se realizó análisis descriptivo de frecuencias y tendencias clínicas.

Resultados: Entre enero del 2020 y julio de 2025 se evaluó y trató a 12 pacientes, 5 (41%) hombres y 7 (58,3%) mujeres; las características generales se describen en la **Tabla 1**. La mediana de edad al diagnóstico fue de 53 años (intervalo, 31-86). Siete (58,7%) pacientes presentaron manifestaciones extraintestinales, tres de ellos con espondilitis anquilosante. Según la Clasificación de Montreal, 10 pacientes correspondieron a A3 (edad > 40 años) y 2 a A2 (17-40 años). La localización ileocolónica (L3) fue la más común (n = 6), seguida por L1 (n = 3) y L2 (n = 3). El comportamiento estenosante (B2) predominó (n = 6), seguido del fistulizante (B3, n = 3) y el inflamatorio (B1, n = 2). La combinación más frecuente fue A3L3B2. Respecto del tratamiento, 11 de los 12 individuos recibieron tratamiento biológico en algún momento de la evolución de su enfermedad; 7 (58,3%) pacientes usaron más de uno y 8 (66,7%) se sometieron a cirugía por alguna complicación, 4 (33,3%) a tratamiento endoscópico y 5 (41,7%) requirieron atención intrahospitalaria más de tres veces. El seguimiento osciló entre 1 y 13 años.

Conclusiones: Esta serie de casos representa un primer esfuerzo por documentar de forma sistemática las características clínicas y terapéuticas de pacientes con EC en esta unidad especializada. La mayoría presentó fenotipos complicados al momento del diagnóstico, en particular comportamiento estenosante y necesidad de cirugía. Estos hallazgos refuerzan la importancia del tamizaje temprano, el seguimiento estrecho y la optimización oportuna del tratamiento. La clasificación de Montreal demostró ser útil para anticipar evolución desfavorable y guiar decisiones clínicas. Este estudio retrospectivo sienta las bases para futuras investigaciones prospectivas que permitan avanzar hacia una atención más personalizada y basada en evidencia.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características clínicas y terapéuticas de pacientes con enfermedad de Crohn, desglosadas por sexo (enero 2020-julio 2025)*. (Dom049)			
Variable	Hombres (n = 5)	Mujeres (n = 7)	Total (n = 12)
Edad al diagnóstico	59 (mínimo 41-máximo 86)	53 (mínimo 31- máximo 73)	
Índice de masa corporal	17,7 (mínimo 14,1-máximo 29,6)	24,2 (mínimo 16,6-máximo 37,3)	
Tabaquismo	3 (60%)	1 (14,3%)	4
Comorbilidades			
DT2	1 (20%)	3 (42,9)	4
HAS	1 (20%)	1 (14,3%)	2
Fenotipo			
Fistulizante	2 (40%)	1 (14,3%)	3
Estenosante	3 (60%)	5 (71,4%)	8
Inflamatorio		1 (14,3%)	1
Localización predominante			
Ileocolónica	4 (80%)	2 (28,6%)	6
Colónica	0	3 (42,9%)	3
Ileal	1 (20%)	2 (28,6%)	3
Clasificación de Montreal			
A3L3B1	1 (20%)		1
A3L3B3	2 (20%)		2
A3L3B2	1 (20%)	2 (28,6%)	3

A3L1B3	1 (20%)		1
A3L2B1		1 (14,3%)	1
A3L2B2		1 (14,3%)	1
A3L1B2		1 (14,3%)	1
A2L2B2		1 (14,3%)	1
A2L1B2		1 (14,3%)	1
MEI	3 (60%)	4 (57,1%)	7
Tratamiento			
Biológico			
Uso de más de dos biológicos	2 (40%)	3 (42,9%)	5
Inmunomoduladores	4 (80%)	2 (28,6%)	6
Anemia (hemoglobina < 12 g/dL en mujeres, < 13 g/dL en hombres)	3 (60%)	3 (42,9%)	6
Neoplasia	1 (20%)	1 (14,3%)	2
Cirugía	4 (80%)	4 (57,1%)	8
Tratamiento endoscópico	1 (20%)	3 (42,9%)	4
> 3 hospitalizaciones	3 (60%)	3 (42,9%)	6

DT2, diabetes tipo 2; HAS, hipertensión arterial sistémica; clasificación de Montreal, A (edad al diagnóstico): A1 (< 17 años), A2 (17-40 años), A3 (> 40 años); L (íleon terminal), L1 (ileal), L2 (colónica), L3 (ileocolónica); B (comportamiento), B1 (inflamatorio), B2 (estenosante), B3 (fistulizante); MEI, manifestaciones extraintestinales. *Tabla de elaboración propia a partir de los datos del estudio. Porcentaje calculado sobre el total de pacientes.

Dom050

EXPERIENCIA CLÍNICA CON USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DEL NORESTE DE MÉXICO

A. J. Castro-Beltrán, A. Y. Ruiz-Flores, B. E. Rodríguez-Baños, Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25, UMAE, IMSS

Introducción: El ustekinumab, un anticuerpo monoclonal que actúa sobre la subunidad p40 de las IL-12 y 23, ha mostrado ser efectivo en estudios clínicos pivotaes para tratar la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa (CUCI), especialmente en pacientes que no han respondido a tratamientos anteriores. Sin embargo, hay escasa evidencia publicada sobre su uso en la población mexicana.

Objetivo: Evaluar la respuesta clínica al ustekinumab en pacientes con enfermedad de Crohn y CUCI atendidos en un hospital de tercer nivel en el noreste de México. Se analiza la respuesta clínica a las 8, 16 y 52 semanas, así como su relación con variables clínicas relevantes.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en un hospital de tercer nivel en el noreste de México. Se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn o CUCI) que recibieron tratamiento con ustekinumab entre enero de 2021 y junio de 2025. La principal variable dependiente evaluada fue la respuesta clínica, definida como una mejora sintomática documentada en las notas de seguimiento médico. Para el análisis estadístico se efectuó un análisis descriptivo de las variables clínicas mediante frecuencias absolu-

tas y relativas. No se aplicaron pruebas de significancia estadística debido al tamaño reducido de la muestra.

Resultados: Se incluyó a 13 pacientes con EII, de los cuales seis tenían diagnóstico de CUCI y siete de enfermedad de Crohn. En la CUCI, la respuesta clínica a las ocho semanas fue del 83,3% y la remisión a las 52 semanas fue del 40%. Los mejores resultados se observaron en pacientes que habían recibido sólo un fármaco biológico previo (100% a las ocho semanas, 50% a las 52 semanas) y que tenían una evolución mayor de 10 años. La remisión a las 52 semanas fue del 33% en pacientes que habían tenido cirugía previa y del 50% en aquellos que no la habían tenido. En el caso de la enfermedad de Crohn, todos los pacientes mostraron respuesta a las ocho semanas (100%). De los que llegaron a la semana 16 (n = 5), el 100% mantuvo esa respuesta; sin embargo, sólo uno de los tres que se evaluaron a la semana 52 seguía en remisión (33%). La respuesta sostenida fue más común en individuos menores de 40 años, aquéllos con menos tiempo de evolución y enfermos con antecedentes de cirugías. Los pacientes ya expuestos a dos o más fármacos biológicos revelaron una buena respuesta inicial, pero su remisión clínica fue menor. En la **Tabla 1** se resumen los resultados.

Conclusiones: El ustekinumab demostró una tasa elevada de respuesta clínica durante la fase de inducción en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tratados previamente con fármacos biológicos. Sin embargo, la tasa de remisión a la semana 52 fue más baja, sobre todo en aquéllos con múltiples tratamientos previos y mayor edad de diagnóstico. Los mejores resultados se registraron en sujetos con una menor carga terapéutica y antecedentes quirúrgicos. Entre las principales limitaciones se encuentran el tamaño reducido de la muestra y la variabilidad en el seguimiento de los pacientes al momento de seleccionar la muestra.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Tasas de respuesta clínica al ustekinumab en pacientes con EII (CUCI y Crohn) estratificadas por número de fármacos biológicos y anti-TNF previos, en las semanas 8, 16 y 52. Sólo se consideró a los individuos evaluables en cada punto de seguimiento. (Dom050)

Subgrupo	n total	n evaluables sem 8	Resp sem 8 (%)	n evaluables sem 16	Resp sem 16 (%)	n evaluables sem 52	Resp sem 52 (%)
Diagnóstico							
CUCI	6	6	83,3	5	60%	5	40%
Biológicos previos							
1 biológico previo	2	2	100%	2	100%	2	50%
≥ 2 biológicos previos	4	4	75%	3	33%	3	33%

anti-TNF previos							
1	2	2	100%	2	100%	1	50%
> 2	4	4	75%	3	33%	3	33%
Crohn	7	7	100%	5	100%	3	33%
Biológicos previos							
1 biológico previo	2	2	100%	1	100%	0	-
≥ 2 biológicos previos	5	5	100%	4	100%	3	33%
Anti-TNF previos							
1	4	4	100%	3	100%	1	0%
> 2	3	3	100%	2	100%	2	50%

Dom051

RESPUESTA CLÍNICA CON DOSIS DE INDUCCIÓN DE UPADACITINIB EN PACIENTES CON EII Y USO PREVIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS

B. E. Rodríguez-Baños, A. Y. Ruiz-Flores, A. J. Castro-Beltrán, Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25, UMAE, IMSS

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un grupo de trastornos inflamatorios crónicos del tracto gastrointestinal, como la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). El upadacitinib, un inhibidor de la cinasa Janus, ha mostrado eficacia clínica en estudios clínicos pivote en paciente con enfermedad inflamatoria intestinal y fracaso en tratamientos biológicos previos; sin embargo, en este medio no se cuenta con estudios de investigación suficientes.

Objetivo: Valorar la respuesta clínica con el inicio de upadacitinib en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y fracaso de las terapias biológicas previas.

Material y métodos: Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal confirmada (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) atendidos en hospital UMAE 25 de la ciudad de Monterrey, de enero de 2021 a junio de 2025. Tipo de estudio: observacional retrospectivo, descriptivo y tipo serie de casos. Intervención: los seis pacientes recibieron upadacitinib (45 mg/día) como inducción (ocho semanas); como variable dependiente se evaluó la respuesta clínica durante estas semanas y como variables independientes la edad al diagnóstico, la extensión de la enfermedad y la falla a la terapia biológica previa. Se usaron índices clínicos: para CUCI la calificación de Mayo y para la enfermedad de Crohn la CDAI. No se emplearon pruebas de significancia estadística por el tamaño pequeño de la muestra.

Resultados: Se incluyó a seis pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria intestinal, cuatro con colitis ulcerosa y dos con enfermedad de Crohn, que iniciaron tratamiento con upadacitinib en fase de inducción (45 mg/día por ocho semanas). Todos los pacientes habían recibido antes entre uno y tres tratamientos biológicos, incluidos anti-TNF (adalimumab/infliximab), vedolizumab, golimumab y ustekinumab, con pérdida de respuesta secundaria o falla primaria. A las ocho semanas de tratamiento, cinco de los seis pacientes (85%) mostraron mejoría clínica evidente, definida como reducción de las puntuaciones de actividad clínica: en la colitis

ulcerosa una disminución promedio de 4,2 puntos en la calificación de Mayo parcial; y en la enfermedad de Crohn una reducción promedio de 120 puntos en la CDAI. También se registró una reducción de los marcadores inflamatorios: la proteína C reactiva decreció en cinco de los seis pacientes. Estos hallazgos sugieren que el upadacitinib es una opción eficaz y bien tolerada como tratamiento de inducción en pacientes con EII moderada a grave con exposición previa a múltiples terapias biológicas. En esta serie de casos se evaluó la respuesta clínica al upadacitinib en fase de inducción en seis pacientes con EII (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn) con falla a múltiples tratamientos biológicos previos. Todos los pacientes experimentaron mejoría clínica significativa a las ocho semanas, con reducción de las puntuaciones de actividad clínica y algunos marcadores inflamatorios, sin aparición de efectos adversos graves. Los resultados pueden consultarse en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Estos hallazgos coinciden con los resultados de los estudios pivote U-ACHIEVE y U-ACCOMPLISH en la colitis ulcerosa y U-EXCEL/EXCEED en la enfermedad de Crohn, en los cuales el upadacitinib demostró eficacia clínica y endoscópica incluso en pacientes previamente expuestos a múltiples terapias biológicas. Los principales límites del estudio son el tamaño reducido de la muestra, la ausencia de evaluación endoscópica sistemática y el corto tiempo de seguimiento. No obstante, este informe aporta información real en el contexto clínico latinoamericano, en el que los estudios de vida real con inhibidores de JAK aún son escasos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom052

EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA Y BIOQUÍMICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL TRATADOS CON INFlixIMAB BIOCOMPARABLE

V. Hernández-Antolín, R. E. González-López, P. Rosales-Téllez, H. Rodríguez-Cruz, J. A. Chida-Romero, V. N. Sebastián-Ocampo, B. Jiménez-Bobadilla, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), es un trastorno inflamatorio crónico del tracto gastrointestinal. El infliximab,

Tabla 1. Tasa de respuesta clínica en fase de inducción con upadacitinib en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. (Dom051)

Paciente	Tipo EII	Edad al Dx	Biológicos previos	Actividad basal	Semana 8	Resp clínica	Efectos adversos
P1	E. Crohn	55	Adalimumab, certolizumab, ustekinumab	CDAI 274	CDAI 139	Sí	No
P2	CUCI	28	Infliximab, golimumab, tofacitinib	Mayo 8	Mayo 3	Sí	No
P3	CUCI	11	Infliximab, tofacitinib	Mayo 7	Mayo 3	Sí	No
P4	CUCI	33	Infliximab	Mayo 7	Mayo 3	Sí	No
P5	CUCI	29	Infliximab	Mayo 6	Mayo 2	Sí	No
P6	E. Crohn	22	Adalimumab, ustekinumab, infliximab, vedolizumab	CDAI 217	CDAI 168	No	No

así como sus biocomparables, ha demostrado eficacia en la inducción y el mantenimiento de la remisión clínica en ambas entidades. La actividad clínica se evalúa mediante la escala de Truelove y Witts (TLW) en CUCI y el *Crohn's disease activity index* (CDAI) en la EC. La calprotectina fecal constituye un biomarcador no invasivo útil para ambas formas de EI, al reflejar con sensibilidad la inflamación intestinal. Su monitoreo sistemático permite optimizar la toma de decisiones terapéuticas y mejorar los desenlaces clínicos. **Objetivo:** Analizar la evolución clínica y bioquímica de pacientes con EI tratados con infliximab biocomparable, mediante el seguimiento de la calprotectina fecal y las escalas de actividad clínica específicas (TLW en CUCI, CDAI en EC).

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y longitudinal en la Clínica de EI del Hospital General de México Eduardo Liceaga. De 130 pacientes con terapia avanzada, 25 recibían infliximab biocomparable y 12 cumplieron seguimiento clínico y bioquímico completo a 12 meses. La actividad clínica se evaluó con la escala de TLW (CUCI) y el CDAI (EC) y la actividad bioquímica mediante calprotectina fecal. Las mediciones se efectuaron al inicio del tratamiento, a los cuatro y 12 meses. Las variables se expresaron como media $\pm$ DE o mediana y rango intercuartílico, de acuerdo con la distribución. Se aplicó ANOVA de medidas repetidas para variables con distribución normal y la prueba de Friedman para las no paramétricas, tras considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. El análisis se realizó con SPSS v.29.0.

Resultados: Se analizó a 12 pacientes con EI, de los cuales 58,3% tenía CUCI y 41,7% EC. La edad media fue de $39,8 \pm 12,07$ años y el 58,3% correspondió a hombres. Todos recibían infliximab biocomparable; el 33,3% había utilizado otro biológico con anterioridad, en particular vedolizumab en la CUCI. El 50% experimentó manifestaciones extraintestinales, con predominio de las artralgias. Tres pacientes con EC tenían antecedentes quirúrgicos. Las características completas se detallan en la **Tabla 1**. En la CUCI, la escala de Truelove y Witts disminuyó sin significancia estadística. En la EC, el CDAI se redujo de $169 \pm 41,0$ a 66 ± 15 ($p = 0,02$). La calprotectina fecal mostró un descenso significativo tanto en CUCI ($p = 0,005$) como en EC ($p = 0,02$), lo que refleja una mejoría bioquímica en ambos subtipos (**Tabla 1**).

Conclusiones: El tratamiento con infliximab biocomparable se relacionó con una mejoría clínica significativa en la enfermedad de Crohn y una reducción sostenida de la calprotectina fecal en ambos subtipos de EI. En la CUCI, la mejoría clínica no alcanzó significancia estadística, aunque mostró una tendencia favorable. El monitoreo combinado de índices clínicos y biomarcadores fecales demostró ser una herramienta útil para evaluar la respuesta terapéutica de forma integral.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Tabla 1. Evolución de la actividad clínica y bioquímica en pacientes con EI tratados con infliximab biocomparable. (Dom052)

Variable	EI (n = 12)	CUCI (n = 7)	EC (n = 5)
Diagnóstico	100%	7 (58,3%)	5 (41,7%)
Sexo masculino	7 (58,3%)	3 (25%)	4 (33,3%)
Sexo femenino	5 (41,7%)	4 (33,3%)	1 (8,3%)
Edad media (años $\pm$ DE)	$39,8 \pm 12,07$	$39,42 \pm 12,08$	$32 \pm 12,07$
IMC media ($\text{kg}/\text{m}^2 \pm \text{DE}$)	$24,8 \pm 3,16$	$24,8 \pm 2,16$	$27 \pm 3,8$
Clasificación Montreal CUCI			
E1	—	0 (0%)	—
E2	—	2 (16,7%)	—
E3	—	5 (41,7%)	—
Clasificación Montreal EC			
A1	—	—	0 (0%)
A2	—	—	5 (41,7%)
A3	—	—	0 (0%)
L1	—	—	0 (0%)
L2	—	—	3 (25%)

L3	—	—	1 (8,3%)
L4	—	—	1 (8,3%)
B1	—	—	0 (0%)
B2	—	—	2 (17%)
B3	—	—	3 (25%)
P (sí)	—	—	1 (8,3%)
Biológico previo	4 (33,3%)	3 (25%)	1 (8,3%)
Tipo de biológico previo	—	Vedolizumab (3, 25%)	Ustekinumab (1, 8,3%)
Motivo de cambio	—	Falta de respuesta (3, 25%)	Falta de respuesta (1, 8,3%)
Manifestaciones extraintestinales	6 (50%)	5 (41,7%)	1 (8,3%)
Artralgias	—	3 (25%)	1 (8,3%)
Poderma gangrenoso + artralgias	—	1 (8,3%)	—
Hepatitis autoinmune + colangitis esclerosante primaria	—	1 (8,3%)	—
Cirugías previas	—	—	3 (25%)
Escala de Truelove y Witts	—	—	—
Mes 0	—	$11,28 \pm 3,5$	—
Mes 4	—	$10,42 \pm 0,97$	—
Mes 12	—	$10,0 \pm 1,0$	—
Valor de p	—	$p > 0,05^*$	—
Calprotectina fecal ($\mu\text{g}/\text{g}$)	—	—	—
Mes 0	—	1680 (472-5000)	700 (251-768,5)
Mes 4	—	385 (77-1456)	124 (47,5-218,5)
Mes 12	—	200 (56-247)	26 (12-80,0)
Valor de p	—	$p = 0,005^{**}$	$p = 0,02^{**}$
Índice CDAI	—	—	—
Mes 0	—	—	$169 \pm 41,0$
Mes 4	—	—	$141,2 \pm 60,1$
Mes 12	—	—	66 ± 15
Valor de p	—	—	$p = 0,02^*$

CDAI, *Crohn's disease activity index*. *Análisis mediante ANOVA de medidas repetidas. **Análisis mediante prueba de Friedman. +Valores expresados en media $\pm$ desviación estándar. Los valores se expresan como mediana y rango intercuartílico. n (%) = frecuencia absoluta y porcentaje respecto del total de cada grupo.

Dom053

RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA EN ENFERMEDAD DE CROHN: IMPACTO DEL FENOTIPO CLÍNICO Y UTILIDAD DE BIOMARCADORES NO INVASIVOS. ANÁLISIS UNICÉNTRICO

V. Hernández-Antolín, R. E. González-López, P. Rosales-Téllez, H. Rodríguez-Cruz, J. A. Chida-Romero, E. Contreras-Avilés, B. Jiménez-Bobadilla, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La recurrencia clínica tras una cirugía en la enfermedad de Crohn (EC) aún representa un desafío en la práctica de la coloproctología. La identificación de factores clínicos relacionados y el monitoreo con biomarcadores no invasivos como la calprotectina fecal (CPF) pueden facilitar una vigilancia más eficaz, aunque su aplicabilidad sigue en evaluación.

Objetivo: Describir el perfil clínico y quirúrgico de pacientes con EC sometidos a cirugía abdominal en un centro de referencia y analizar los factores vinculados con recurrencia clínica, con énfasis en el fenotipo de enfermedad y el uso de biomarcadores no invasivos.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal realizado en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México. Entre marzo de 2023 y mayo de 2025 se registró a 78 pacientes con EC, de los cuales 34 (43,6%) requirieron algún tipo de tratamiento quirúrgico. Sólo 9 (11,5%) pacientes se sometieron a cirugía abdominal con resección intestinal y conformaron la cohorte de análisis. Se recolectaron variables clínicas, demográficas, clasificatorias (Montreal), manifestaciones extraintestinales, tipo de cirugía, uso de tratamiento biológico actual y anterior a la recurrencia, así como valores de CPF en etapas prequirúrgicas y posquirúrgicas. Se evaluó su vinculación con la recurrencia clínica posoperatoria.

Resultados: Se analizó a nueve pacientes, con edad media de 51,2 ± 18,2 años, de los cuales el 66,6% correspondió a mujeres. La localización ileocolónica fue la más común (55,5%) y predominó el patrón estenosante (88,8%). Tres pacientes (33,3%) tenían enfermedad perianal y fueron los únicos que desarrollaron recurrencia clínica posoperatoria. En cuanto al tratamiento actual, el 77,7% recibía terapia biológica activa al momento del estudio: ustekinumab (44,4%) y adalimumab, infliximab y vedolizumab (11,1% cada uno). El 22,2% se hallaba bajo vigilancia sin tratamiento biológico. El 44,4% de los pacientes que sufrieron recurrencia había recibido terapia biológica en el periodo anterior a dicho episodio. No se observó una relación entre el uso previo de terapia biológica y la recurrencia ($p > 0,05$). La CPF prequirúrgica mostró una mediana de 668,5 µg/g (RIC: 211,5-678,5), que disminuyó a 21,5 µg/g (RIC: 15,7-21,3) en el periodo posquirúrgico, sin diferencias significativas en relación con la recurrencia ($p > 0,05$). En contraste, la presencia de enfermedad perianal se vinculó de forma consistente con recurrencia posoperatoria (Tabla 1).

Tabla 1. Características clínicas y terapéuticas de pacientes con EC sometidos a cirugía abdominal (n = 9). (Dom053)		
Variable	Valor	
Sexo, n (%):	Femenino 6 (66,6)	
Edad media, años (DE):	51,2 (± 18,2)	
Clasificación Montreal, n (%):		
A2	4 (44,4)	
A3	5 (55,5)	
L1 (íleon)	2 (22,2)	
L2 (colon)	1 (11,1)	
L3 (ileocolónico)	5 (55,5)	
L4 (tracto alto)	1 (11,1)	
B2 (estenosante)	8 (88,8)	
B3 (penetrante)	1 (11,1)	
(p) Enfermedad perianal	3 (33,3)	
Recurrencia clínica, n (%):	3 (33,3)	
Manifestaciones extraintestinales:	Artralgias 3 (33,3), sin manifestaciones 6 (66,6)	
Terapia biológica actual, n (%):	Ustekinumab 4 (44,4), adalimumab 1 (11,1), infliximab 1 (11,1), vedolizumab 1 (11,1), sin biológico 2 (22,2)	
Terapia biológica previa a recurrencia, n (%):	4 (44,4)	
CPF prequirúrgica (µg/g), mediana (RIC):	668,5 (211,5-678,5)	
CPF posquirúrgica (µg/g), mediana (RIC):	21,5 (15,7-21,3)	

Conclusiones: En este análisis unicéntrico, la enfermedad perianal se acompañó de manera consistente de recurrencia clínica tras la cirugía abdominal en pacientes con EC. Ni los valores de calprotectina fecal ni el uso previo de biológicos mostraron utilidad pronóstica. La evaluación fenotípica es todavía crucial para estratificar el riesgo y optimizar el seguimiento posoperatorio.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Dom054

FRECUENCIA DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y EL USO DE BIOLÓGICOS EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

M. M. Alamilla-Pérez, M. A. Rocha-Ramos, J. G. Gómez-López, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC), requiere con frecuencia tratamiento con inmunomoduladores y fármacos biológicos para controlar la inflamación. Sin embargo, la inmunosupresión inducida eleva el riesgo de infecciones oportunistas, entre ellas la tuberculosis (TB), tanto en su forma latente como en la activa. En zonas con alta prevalencia de TB, como México, este riesgo se acentúa. La detección oportuna y el tamizaje eficaz resultan fundamentales antes de iniciar la inmunosupresión.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de tuberculosis en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y administración de biológicos.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyó a 170 pacientes con diagnóstico confirmado de EII (CU o EC), atendidos en la Clínica de EII del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Se documentaron casos de tuberculosis (latente o activa) confirmados con estudios complementarios. Se analizaron variables demográficas, tipo de terapia recibida, comorbilidades, resultados de la prueba de tuberculina (PPD) o prueba de liberación de interferón gamma (Quantiferon®) y estado nutricional. Se utilizó el programa SPSS para el análisis estadístico mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se evaluó a 170 pacientes con EII; 110 tenían CU (64,7%) y 60 EC (35,3%). Se identificaron ocho casos de tuberculosis (4,7%); siete fueron TB latente (87,5%) y uno TB activa pulmonar (12,5%). La edad promedio de los pacientes con TB fue de 54 años. Predominó el sexo masculino con 6 (75%) hombres y 2 (25%) mujeres. El biológico relacionado más a menudo fue el infliximab, utilizado por 5 (62,5%) pacientes, seguido del adalimumab y el certolizumab con un caso cada uno (12,5%); ningún paciente se hallaba bajo terapia combinada con tiopurinas. Respecto del tamizaje previo, 6 (75%) presentaron PPD negativo, 1 (12,5%) tuvo resultado negativo con Quantiferon® y 1 (12,5%) desarrolló TB antes de iniciar la inmunosupresión. En todos los casos se descartaron otras infecciones virales mediante TORCH y panel viral. Tres pacientes (37,5%) mostraron comorbilidades, como diabetes mellitus, hipertensión arterial o una enfermedad autoinmune distinta. El estado nutricional fue adecuado en la mayoría, 7 (87,5%) pacientes con normopeso y 1 (12,5%) con sobrepeso.

Conclusiones: La tuberculosis representa una complicación importante en individuos con EII bajo inmunosupresión, especialmente con agentes anti-TNFα como el infliximab, presente en el 62,5% de los casos. Aunque se realizó tamizaje previo, se observaron falsos negativos en 75% con PPD y 12,5% con IGRA. Esto subraya la necesidad de preferir pruebas con mayor sensibilidad en zonas de alta prevalencia. Se recomienda implementar protocolos de tamizaje más eficaces y mantener una vigilancia estrecha durante el tratamiento inmunosupresor para prevenir, detectar y tratar oportunamente esta infección.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom055

SALUD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. E. Cardona-Rodríguez, S. M. Narváez-Chávez, M. A. Quiñónez-Barrera, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno crónico caracterizado por inflamación sistémica persistente. Se ha vinculado con mayor riesgo cardiovascular, incluso sin los factores típicos, como hipertensión, dislipidemia o tabaquismo. No obstante, los estudios disponibles son limitados y heterogéneos, basados en herramientas como el *Framingham risk score*, el SCORE europeo o los marcadores aislados como la PCR, elevada en presencia de inflamación activa. En 2022, la *American Heart Association* desarrolló el *Life's essential 8* (LE8), una herramienta integral que evalúa la salud cardiovascular mediante ocho componentes: dieta, actividad física, tabaquismo, sueño, índice de masa corporal (IMC), presión arterial, lípidos y glucosa. En la población general, una mayor puntuación LE8 se ha acompañado de menor mortalidad, riesgo cardiovascular y mejor calidad de vida. Sin embargo, su aplicación en EII aún no se ha explorado. Varios componentes del LE8, como el sueño, la glucosa y el IMC, pueden alterarse por inflamación activa o uso de inmunosupresores. Su evaluación en EII puede ofrecer una visión más completa del estado clínico y el riesgo cardiovascular, y superar las limitaciones de herramientas convencionales.

Objetivo: Evaluar la salud cardiovascular en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal mediante el empleo de la herramienta *Life's essential 8* (LE8)

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes adultos con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn (EC), con evaluación clínica reciente y datos suficientes para calcular el LE8. La actividad de la enfermedad se definió por síntomas compatibles y hallazgos objetivos (índice de Mayo y PCR para CU; Harvey-Bradshaw y PCR para EC), tras descartar diagnósticos diferenciales. Se realizaron análisis univariados para explorar la relación entre actividad clínica y las categorías de la puntuación LE8 (bajo, moderado, alto).

Resultados: Se incluyó a 38 pacientes: 23 con CU (61%) y 15 con EC (39%). Hasta 11 (29%) pacientes presentaban actividad clínica de la enfermedad (AE): 6 leve (54,5%), 4 moderada (36,3%) y 1 grave (9,09%). El 47% correspondió a hombres y el 39% tenía ≥ 60 años. Siete pacientes (18%) usaban estatinas. El 82% (n = 31) se hallaba bajo terapia biológica y los fármacos más utilizados fueron vedolizumab (23,7%), infliximab (21,1%), certolizumab (21,1%), adalimumab (10,5%), tofacitinib (5,3%) y ustekinumab (2,6%). Los pacientes con LE8 bajo tuvieron mayor riesgo de AE (OR 6,67; IC95%, 1,23-36,05; p = 0,028). Esta relación persistió tras ajustar por sexo (OR 6,74; IC95%, 1,23-36,94; p = 0,029). El uso de estatinas se acompañó de mayor probabilidad de presentar una puntuación LE8 alta o moderada (OR 7,0; IC95%, 1,03-47,4; p = 0,046). No se observaron diferencias significativas en la puntuación LE8 de acuerdo con el tipo de biológico empleado. Estos hallazgos sugieren una posible relación entre el perfil cardiovascular y la actividad inflamatoria intestinal, independiente del tratamiento para EII. Los resultados se detallan en la **Tabla 1**.

Conclusiones: La puntuación LE8 baja se vincula significativamente con mayor probabilidad de actividad clínica de la enfermedad en pacientes con EII. Estos resultados respaldan el valor del LE8 como herramienta pronóstica complementaria, al reflejar no sólo el estado de salud cardiovascular, sino posiblemente también la carga inflamatoria activa. Su implementación en la práctica clínica podría facilitar la identificación de pacientes con mayor riesgo de descompensación clínica y apoyar decisiones terapéuticas más integrales. El hallazgo de un LE8 más favorable en consumidores de estatinas podría estar influido por intervenciones previas o sesgos de indicación, lo que exige exploración futura en estudios longitudinales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom056

EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: UN RIESGO SUBESTIMADO

M. A. Rocha-Ramos, N. N. Parra-Holguín, M. M. Alamilla-Pérez, T. Cortés-Espinoza, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal incluye afecciones como la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), las cuales son trastornos sistémicos que lesionan el tracto gastrointestinal y pueden presentar múltiples manifestaciones extraintestinales. Las personas con EII tienen un mayor riesgo de desarrollar episodios trombóticos en 8 a 25% debido a diversos factores, entre ellos inflamación crónica, consumo de medicamentos inmunosupresores y comorbilidades metabólicas, enfermedades cardiovasculares y autoinmunes y algunos otros factores modificables, como obesidad, tabaquismo y grado de actividad de la enfermedad. Este vínculo entre la EII y el riesgo trombótico destaca la importancia de una atención adecuada para reducir el riesgo de complicaciones vasculares en estos pacientes y la de identificar manifestaciones clínicas de manera temprana.

Objetivo: Determinar la frecuencia de episodios trombóticos en la población de pacientes con EII en un hospital de tercer nivel de atención.

Material y métodos: Este estudio retrospectivo y observacional incluyó a los pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) entre los meses de enero del 2022 y marzo del 2025; se estudiaron factores de riesgo que podrían contribuir al desarrollo de trombosis, como edad, género, tratamiento convencional, terapia biológica, temporalidad de desarrollo de coagulopatía; además, se empleó la escala de Mayo y el índice de Harvey-Bradshaw para clasificar su enfermedad.

Resultados: Se incluyó a un total de 157 pacientes con diagnóstico confirmado de EII; la frecuencia de episodios trombóticos fue de 7,64% (12), 66,7% (n = 8) con diagnóstico de CUCI y 33,3% (n = 4) con EC. La edad promedio fue de 64,17 años (25-97 años) y la mayor frecuencia se observó en mujeres: 66,7% (8) vs. 33,3% (4) hombres. La coagulopatía manifiesta antes del diagnóstico de EII fue menor (25% [3]) respecto de después del diagnóstico (66,7% [9]). Hasta 8,3% (1) se encontraba bajo tratamiento convencional, 66,7% (8) con terapia biológica y 16,7% (2) con ninguna de las anteriores al momento de su diagnóstico. En la escala de Harvey-Bradshaw, el 50% (2) de los pacientes tuvo 4 puntos, el 25% (1) registró 6 puntos y otro 25% (1) obtuvo 3 puntos. En la escala de Mayo, el 57,14% (4) mostró 3 puntos, el 28,57% (2) tuvo 2 puntos y el 14,29% (1) alcanzó 6 puntos. Las coagulopatías identificadas fueron evento vascular cerebral (EVC) en 33,3% (4), trombosis venosa profunda en 25% (3), cardiopatía isquémica en 16,7% (2), isquemia mesentérica en 8,3% (1), trombosis oftálmica en 8,3% (1) y trombosis ileofemoral en 8,3% (1).

Conclusiones: Los episodios trombóticos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) representan una complicación relevante. A pesar de la importancia de estos hallazgos, no existen estudios ni consensos específicos en la población mexicana sobre la trombosis en la EII. Este estudio resalta la necesidad de protocolos de detección y atención temprana para reducir las complicaciones vasculares en estos pacientes.

Financiamiento: Este trabajo no cuenta con ninguno financiamiento.

Tabla 1. (Dom055)

Variable	Comparación	OR (IC95%)	p	Comentario
Estado clínico "enfermedad activa"	LE8 bajo vs. moderado/alto	6,67 (1,23-36,05)	0,028	Los pacientes con AE tienen ≥7 o más riesgo de una puntuación baja LE8
Con actividad de la enfermedad (ajustado por sexo)	LE8 bajo vs. moderado/alto	6,74 (1,23-36,94)	0,029	La relación persiste tras controlar sexo → efecto independiente
Uso actual de estatinas	LE8 alto/moderado vs. bajo	7,0 (1,03-47,4)	0,046	Los consumidores de estatinas tienen 7 veces más riesgo de LE8 alto o moderado
Tipo de biológico: anti-TNF	LE8 bajo vs. moderado/alto	0,83 (0,12-5,85)	0,302	Tendencia hacia menor riesgo cardiovascular con anti-TNF, pero sin significancia estadística y con IC amplios
Otros: vedolizumab, ustekinumab, moléculas pequeñas (tofacitinib)	LE8 bajo vs. moderado/alto	3,76 (0,18-80,11)	0,61	No se observó una relación estadísticamente significativa entre el uso de medicamentos no anti-TNF y la probabilidad de presentar puntuación LE8 bajo. El IC amplio refleja baja potencia estadística.

OR, razón de momios; IC95%, intervalo de confianza al 95%; AE, actividad clínica de la enfermedad; LE8, *Life's essential 8*. Se consideró significativa una p < 0,05.

Dom057

RELACIÓN TEMPORAL ENTRE ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS Y EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES MEXICANOS

M. A. Rocha-Ramos, M. M. Alamilla-Pérez, N. N. Parra-Holguín, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional Hospital 20 de Noviembre

Introducción: Las enfermedades inmunomediadas (EIM) comparten una base fisiopatológica con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII); la coexistencia de estas entidades sugiere la presencia de mecanismos inmunológicos posiblemente mediados por vías inflamatorias compartidas y la susceptibilidad genética. Determinar si las EIM aparecen antes, coexisten o se desarrollan después de la EII podría ayudar a optimizar estrategias de tamizaje y prevención secundaria.

Objetivo: Determinar la relación temporal entre el diagnóstico de enfermedades inmunomediadas y la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes mexicanos de un centro de tercer nivel.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo que incluyó a 149 pacientes con diagnósticos de EII, como enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) y EIM; se revisaron los expedientes clínicos, con recopilación de datos demográficos y clínicos, y se registraron fechas específicas de diagnóstico para cada enfermedad a fin de analizar la secuencia temporal de aparición.

Resultados: En este estudio retrospectivo se analizó la temporalidad en relación con EII y EIM; se incluyó a 149 pacientes, de los cuales 51,7% (n = 77) correspondió a mujeres y 48,3% (n = 72) a hombres; respecto de la EII, el 63,8% (n = 95) tenía CUCI y el 36,2% (n = 54) EC y el 20,8% (n = 31) presentó alguna enfermedad inmunomediada, con 58,8% que mostró EIM en un tiempo promedio de cinco a 10 años antes del diagnóstico de EII. La artropatía fue la más frecuente con 6,7% (n = 10), seguida de la colangitis esclerosante primaria (CEP) con 4,7% (n = 7), rinitis alérgica con 2,7% (n = 4), dermatitis atópica con 2,0% (n = 3), artritis reumatoide con 1,3% (n = 2), vitiligo con 1,3% (n = 2), asma con 1,3% (n = 2), psoriasis con 0,7% (n = 1), arteritis de Takayasu con 0,7% (n = 1), lupus eritematoso sistémico con 0,7% (n = 1) y tiroiditis con 0,7% (n = 1).

Conclusiones: Este estudio proporciona evidencia relevante sobre la relación temporal entre las enfermedades inmunomediadas (EIM) y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en una cohorte de pacientes mexicanos atendidos en un centro de tercer nivel. Se encontró una frecuencia de 58,8% de EII posterior al diagnóstico de EIM, lo cual sugiere una posible conexión fisiopatológica entre ambas entidades, que podría estar mediada por mecanismos inmunológicos comunes o predisposición genética compartida. En conjunto, los resultados obtenidos permiten concluir que existe una vinculación temporal significativa entre la EII y las EIM, con un desarrollo más frecuente de estas últimas antes del diagnóstico de EII. Esta observación sugiere que los pacientes con EII deben vigilarse de forma sistemática y prolongada para la identificación oportuna de otras enfermedades inmunomediadas, lo cual podría modificar de forma positiva el pronóstico, la calidad de vida y la planificación terapéutica.

Financiamiento: Este trabajo no cuenta con ninguno financiamiento.

Dom058

TERAPIA CON UPADACITINIB: EXPERIENCIA DE LOS PRIMEROS MESES DE TRATAMIENTO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

J. I. Carrillo-Rojas, C. M. Del Real-Calzada, F. Arreola-Banda, N. Guzmán-Rodríguez, K. A. Torres-Barrera, J. A. González-Cervantes, A. I. Robles-Rameño, C. A. Munguía-Lares, G. Morales-Osorio, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: El upadacitinib es un inhibidor selectivo de la cinasa Janus (JAK); al bloquear esta vía, se inhibe la fosforilación de proteínas efectoras dependientes, lo que a su vez bloquea la señalización de citocinas en vías clave implicadas en la enfermedad inflamatoria. Este fármaco recibió aprobación de la FDA para el tratamiento de la colitis ulcerativa (CUCI) en 2022 y

la enfermedad de Crohn (EC) en 2023. Dado su rápido mecanismo de acción, la respuesta clínica puede observarse desde la segunda semana y alcanzar la remisión clínica en ocho a 12 semanas, con un adecuado perfil de seguridad y baja frecuencia de efectos adversos en los primeros meses de tratamiento, incluidos los hematológicos (anemia, leucopenia, trombocitopenia), los infecciosos (particularmente infecciones de vías respiratorias superiores), los dermatológicos (acné), además de hipertransaminasemia y dislipidemia. **Objetivo:** Describir la experiencia clínica con el uso del upadacitinib en pacientes con CUCI y EC.

Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI o EC, atendidos en el servicio de gastroenterología que se encuentran en tratamiento con upadacitinib. Se realizó estadística descriptiva con medias y desviación estándar para las medidas de distribución normal, mediana y rango de distribución libre; número y porcentaje para las nominales y ordinales. La normalidad de los datos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. El análisis se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS V25 (IBM, Armonk, NY, USA) y se consideró un valor de p estadísticamente significativo < 0,05.

Resultados: Se incluyó a 17 pacientes, de los cuales tres fueron hombres y 14 mujeres; 12 tenían EC y 5 CUCI, con edad de 49,1 años. De los pacientes con CUCI, uno tenía clasificación de Montreal E2 y 4 E3; en los sujetos con EC, la afectación predominante fue ileal, con un fenotipo inflamatorio en 58%; seis pacientes mostraron compromiso superior. El tiempo de diagnóstico fue de 4,4 años. Todos los individuos tenían actividad moderada en el momento de inicio del tratamiento. Seis recibieron el tratamiento como primera línea terapéutica, 10 como segunda línea después de falla a un anti-TNF y una paciente como tercera línea después de falla a dos anti-TNF. El tiempo promedio de uso fue de 4,9 ± 2,4 meses. La respuesta clínica se observó a las 2,7 ± 0,7 semanas y la remisión clínica se alcanzó a las 6,2 ± 1,2 semanas en la totalidad de los casos. Para evaluar la normalización de la calprotectina se contó con datos de ocho pacientes y el tiempo fue de 13,5 ± 1,7 semanas. Un paciente desarrolló herpes labial en el primer mes de tratamiento; no se observaron efectos secundarios hematológicos o dermatológicos ni alteraciones en bioquímica hepática o dislipidemia (Tabla 1).

Conclusiones: El upadacitinib representa una alternativa terapéutica que logra una rápida respuesta clínica y tiene un adecuado perfil de seguridad en los primeros meses de tratamiento. Es necesario conducir estudios que evalúen la respuesta sostenida y los efectos secundarios a largo plazo.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Características de los pacientes que recibieron tratamiento con upadacitinib. (Dom058)

	CUCI 5 (29%)	EC 12 (71%)
Sexo		
Hombres	1 (20%)	2 (20%)
Mujeres	4 (80%)	10 (80%)
Edad, años	54,4 ± 7,4	46,9 ± 14,4
Tiempo de diagnóstico, años	7,4 ± 6,1	3,2 ± 3,3
Tiempo de tratamiento, meses	5,4 ± 1,5	3,8 ± 2,8
Respuesta clínica, semanas	3,0 ± 1,0	2,6 ± 0,7
Remisión clínica, semanas	5,6 ± 1,5	5,6 ± 1,5
Remisión bioquímica, semanas	13,0 ± 2,0	14,0 ± 1,6

Dom059

FRECUENCIA DE DISPLASIA Y CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI): ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 14 AÑOS (2010-2024)

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

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es un subtipo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en la que se ha identificado un

mayor riesgo de desarrollar displasia y cáncer colorrectal (CCR), especialmente en casos de larga evolución y extensión de la enfermedad, colangitis esclerosante primaria concomitante y antecedentes familiares de esta neoplasia. Este riesgo se ha calculado en 1,6 a 3,7% en metaanálisis mundiales. Sin embargo, no existen estudios realizados en Latinoamérica.

Objetivo: Determinar la frecuencia de displasia o CCR en pacientes con CUCI atendidos en la Clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) y describir su relación con características clínicas, endoscópicas e histológicas.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se revisaron los libros de biopsias y especímenes quirúrgicos del departamento de patología del INCMNSZ durante el periodo de enero de 2010 a enero de 2024. Se recolectaron las características de los pacientes con diagnóstico de CUCI y confirmación histopatológica de displasia de cualquier grado y CCR. El análisis de los datos se realizó en el lenguaje de programación R versión 4.5.0 mediante RStudio versión 2025.05.0+496. Se tomó como significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se evaluó a 714 pacientes con CUCI, de los cuales 22 (3,08%) desarrollaron displasia o CCR y se excluyó a tres por no contar con datos completos en el expediente clínico. Se analizó a un total de 19 pacientes con CUCI con displasia o CCR. El 57,9% se diagnosticó con CUCI después de los 40 años. La mediana de edad al diagnóstico de displasia o CCR fue de 54 años (RIQ 47-64,5). La mediana del tiempo de evolución fue de 12 años (RIQ 3,5-21). Se observó predominio del sexo masculino (68,4%). La mayoría tuvo un curso clínico intermitente (63,2%) y pancolitis (78,9%). Al momento del diagnóstico de displasia/CCR, el 57,9% presentaba actividad clínica grave y el 94,7% actividad histológica grave o intensa en el 52,6%. Tres pacientes desarrollaron colangitis esclerosante primaria. Sólo se encontró una relación estadísticamente significativa entre el tipo de curso clínico y la gravedad clínica de CUCI al momento del diagnóstico de displasia o CCR ($P = 0,01$) y se identificó un predominio de actividad grave en los pacientes con curso clínico intermitente y continuo, en comparación con aquéllos en remisión prolongada.

Conclusiones: La frecuencia de displasia y CCR fue del 3,08% en pacientes mexicanos con CUCI en el INCMNSZ. Las características más frecuentes fueron: actividad grave clínica e histológica, así como curso intermitente de actividad y pancolitis.

Financiamiento: No se recibió financiamiento ni patrocinio de algún tipo.

Dom060

FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. D. Prieto-Nava, A. Gutiérrez-Castillo, F. D. Gutiérrez-Herrera, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) abarca, principalmente, la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). La EII también puede tener manifestaciones extraintestinales (MEI), como estomatitis aftosa, eritema nodoso, hidradenitis supurativa, pioderma gangrenoso, colangitis esclerosante primaria (CEP), espondiloartropatía axial y periférica, así como escleritis, episcleritis y uveítis. Las MEI pueden relacionarse o no con la actividad intestinal.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de MEI en pacientes mexicanos con EII.

Material y métodos: Estudio observacional y descriptivo en el que se evaluó a pacientes con diagnóstico definitivo de EC y CUCI durante el periodo del 1 de enero del 2020 al 31 de mayo del 2025 pertenecientes a la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 27.

Resultados: Se evaluó a un total de 472 pacientes con EII (380 con CUCI y 92 con EC), de los cuales 197 (41,73%) presentaron MEI, 151 con CUCI (31,99%) y 46 con EC (9,74%). La frecuencia de las diferentes MEI se distribuyó de la siguiente manera: articulares en 140 pacientes con EII (29,66%), 108 con CUCI (22,88%) y 32 con EC (6,77%); seguidas de las hepatobiliares en 37 (7,83%), todos con CUCI; las dermatológicas en 27 (5,72%), 17 con CUCI (3,60%) y 10 con EC (2,11%); y las oftalmológicas en 15 con EII (3,17%), 10 con CUCI (2,11%) y 5 con EC (1,05%), como se ilustra en la **Tabla 1**. Cabe destacar que se identificó a 38 pacientes con EII (8,05%) que sufrieron de manera concomitante enfermedades inmunomediadas (27 con CUCI [5,72%] y 11 con EC

[2,33%]), las cuales se muestran en la **Tabla 1**. Por último, 33 pacientes con EII (6,99%) tuvieron más de una MEI, 28 con CUCI (5,93%) y 5 con EC (1,06%); 31 pacientes (6,56%) cursaron con dos MEI; un paciente tuvo tres MEI (0,2%) y uno más desarrolló cuatro MEI (0,2%).

Conclusiones: La frecuencia de MEI en pacientes con EII fue del 41,73% y la manifestación más frecuente fueron las artralgias en el 25,93%; cabe destacar que la CEP sólo se reconoció en pacientes con CUCI.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Distribución de las manifestaciones extraintestinales en pacientes mexicanos con EII. (Dom060)

Pacientes con EII (n = 472)		
Manifestaciones extraintestinales	CUCI	Crohn
n = 197 (41,73%)	n = 151 (31,99%)	n = 46 (9,74%)
Musculoesqueléticas, n = 140 (29,66%)		
Espondiloartropatía periférica	93 (19,70%)	28 (5,93%)
Artralgias	85 (18,00%)	25 (5,29%)
Espondiloartropatía axial	15 (3,17%)	4 (0,84%)
Artritis	13 (2,75%)	3 (0,63%)
Sacroileitis	2 (0,42%)	0
Hepatobiliares, n = 37 (7,83%)		
Colangitis esclerosante primaria	32 (6,77%)	0
Dermatológicas, n = 27 (5,72%)		
Pioderma gangrenoso	8 (1,69%)	3 (0,63%)
Eritema nodoso	7 (1,48%)	3 (0,63%)
Estomatitis aftosa	1 (0,21%)	2 (0,42%)
Hidradenitis supurativa	1 (0,21%)	1 (0,21%)
Oftalmológicas, n = 15 (3,17%)		
Uveítis	8 (1,69%)	5 (1,05%)
Escleritis	1 (0,21%)	0
Episcleritis	1 (0,21%)	0
Inmunomediadas, n = 38 (8,05%)		
Espondilitis anquilosante	15 (3,17%)	4 (0,84%)
Hepatitis autoinmune	5 (1,05%)	0
Artritis reumatoide	4 (0,84%)	1 (0,21%)
Asma	3 (0,63%)	1 (0,21%)
Artritis psoriásica	2 (0,42%)	0
Dermatitis atópica	1 (0,21%)	0
Diabetes tipo 1	1 (0,21%)	0
Hipotiroidismo por tiroiditis	1 (0,21%)	4 (0,84%)
Psoriasis	0	1 (0,21%)
Esclerosis múltiple	0	0
Lupus eritematoso sistémico	0	0

Dom061

DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EVALUACIÓN MEDIANTE LA ESCALA ASEX

A. I. Reyna-Aréchiga, L. A. González-Torres, A. J. Torre-De León, A. Atilano-Díaz, C. A. Arnaud-Gil, M. A. Martínez-Vázquez, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba dos trastornos crónicos idiopáticos, la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, caracterizados por inflamación recurrente del tracto gastrointestinal. La EII tiene un efecto profundo en la calidad de vida sexual de los pacientes debido

a factores fisiológicos, psicológicos y sociales que afectan la percepción de la propia imagen corporal, la intimidad y la función sexual. La *Arizona sexual experiences scale* (ASEX) se desarrolló como una herramienta breve para evaluar la función sexual en poblaciones clínicas y de investigación. En México no existen estudios que evalúen la prevalencia ni los determinantes de la disfunción sexual en pacientes con EII, lo que subraya la necesidad de generar evidencia local para diseñar estrategias diagnósticas y terapéuticas adaptadas al contexto nacional.

Objetivo: Describir la prevalencia de disfunción sexual en pacientes mexicanos con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal con uso del cuestionario ASEX.

Material y métodos: El diseño del estudio es observacional y transversal, ya que se realiza una única medición en el tiempo, sin intervención en la atención de los pacientes. Este enfoque permite describir la calidad sexual y explorar relaciones entre las características demográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con EII, todo ello sin alterar las prácticas habituales de atención médica. La población de estudio está compuesta por hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de EII que acudieron a consulta al Centro Médico Zambrano Hellion durante el periodo comprendido entre mayo y julio del 2025.

Resultados: En el periodo de mayo a julio del 2025 se invitó a 40 pacientes a formar parte de este estudio, cuatro se negaron a participar, dos aceptaron pero se retiraron del estudio al terminar de leer; el resultado fue la conformación de 34 pacientes para su análisis. La mediana de edad fue de 33 (28-47) años, con una predominancia del sexo femenino, 21 (61,8%) contra 13 (38,2%) del masculino. La mayoría de los pacientes sufría CUCI en comparación con Crohn (67,6% vs. 32,4%). En cuanto al tratamiento para la EII, 22 (64,7%) tenían uso previo de fármacos biológicos y 3 (8,8%) consumían esteroides; 6 (17,6%) de los pacientes tenían indicados medicamentos antidepresivos. En cuanto al cuestionario, se observó que 10 (29,4%) de los individuos padecían disfunción sexual acorde a los criterios de la encuesta y de ellos seis correspondieron a sujetos con CUCI y cuatro a individuos con Crohn; 7 (20,6%) de los pacientes cumplieron con el criterio de una puntuación > 19, 4 (11,8%) satisficieron el criterio de tres elementos del cuestionario con 4 y hasta 6 (17,6%) cumplieron el criterio de un valor de cinco en las preguntas de las encuestas. El análisis comparativo entre tipos de EII no mostró una diferencia significativa entre los pacientes con CUCI y Crohn ($p = 0,538$). No se identificó una diferencia significativa entre los pacientes con y sin disfunción sexual respecto de hospitalizaciones, exacerbaciones, alcoholismo, tabaquismo o consumo de antidepresivos. Se creó una tabla comparativa (Tabla 1) en la que se muestra la proporción por enfermedad de disfunción sexual de acuerdo con su actividad y la temporalidad de su diagnóstico, sin observar resultados significativos. También se valoraron, como un total, las diferencias entre enfermedad activa e inactiva, así como el diagnóstico reciente (< 2 años) o no reciente contra la disfunción sexual sin hallar resultados significativos ($p = 0,382$ y $p = 0,393$).

Conclusiones: En este estudio se reconoció una prevalencia relevante de disfunción sexual en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal evaluados mediante la escala ASEX, sin reconocer diferencias estadísticamente significativas al comparar por el tipo de enfermedad, el grado de actividad o

el tiempo desde el diagnóstico. Aunque no se hallaron relaciones significativas entre la disfunción sexual y la actividad inflamatoria ($p = 0,382$), ni con el tiempo de evolución de la enfermedad ($p = 0,393$), se evidenció que incluso los pacientes en remisión pueden desarrollar alteraciones de su función sexual. Los hallazgos descritos en este estudio subrayan la importancia de incorporar herramientas específicas de evaluación, como la escala ASEX, en el abordaje integral de los pacientes con EII, cualquiera que sea el estado de actividad de su enfermedad. La identificación temprana de este problema puede mejorar la calidad de vida y guiar intervenciones multidisciplinarias más eficaces.

Financiamiento: Ninguno.

Dom062

SARCOPENIA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EVALUACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

Y. J. Cruz-Ramírez, L. E. Cardona-Rodríguez, R. S. Vélez-Ramírez, J. G. López-Gómez, Centro Médico, Hospital 20 de Noviembre

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye a la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI), es una afección crónica del tracto gastrointestinal caracterizada por un curso inflamatorio fluctuante y multifactorial. Se ha documentado que los pacientes con EII poseen un mayor riesgo de desarrollar alteraciones nutricionales y trastornos de la composición corporal, entre ellos la sarcopenia, definida como la pérdida progresiva y generalizada de masa muscular esquelética y función muscular. La aparición de sarcopenia en pacientes con EII se ha relacionado con mayor morbilidad, peor calidad de vida, menor respuesta a los tratamientos inmunosupresores y mayor tasa de complicaciones quirúrgicas.

Objetivo: Determinar la relación entre sarcopenia y enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) mediante métodos de cribado rápido, que incluyen bioimpedancia eléctrica, dinamometría y prueba de caminata.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en 43 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en la Clínica de EII del CMN 20 de Noviembre. La sarcopenia se evaluó mediante métodos de cribado rápido validados por la FDA: bioimpedancia eléctrica para masa muscular, dinamometría manual para fuerza y prueba de marcha para funcionalidad. El análisis estadístico se efectuó con SPSS v29.0, tras aplicar regresión logística binaria para determinar relaciones, con significancia estadística definida por $p < 0,05$.

Resultados: La prevalencia de sarcopenia fue de 19,6% ($n = 9$) y el 80,4% ($n = 37$) no presentó esta alteración. No se halló vinculación significativa entre sarcopenia y sexo ($p = 0,500$). La edad mostró una relación estadísticamente significativa con sarcopenia ($p = 0,015$). El índice de masa corporal (IMC) no se vinculó de manera significativa con sarcopenia ($p = 0,748$). La aparición de osteopenia se relacionó significativamente y de forma positiva ($p = 0,011$; $OR = 9,45$), lo cual indica que los pacientes con osteopenia tienen aproximadamente 9,5 veces mayor riesgo de desarrollar sarcopenia. La fragilidad se vinculó significativamente ($p = 0,023$; $OR = 7,29$), lo que confirma que es un factor de riesgo para la pérdida muscular. El tipo de EII mostró influencia: la enfermedad de Crohn se acompañó de mayor probabilidad de sarcopenia en comparación con CUCI ($p = 0,040$; $OR = 0,375$). No se observaron nexos significativos entre la sarcopenia y la duración del diagnóstico ($p = 0,623$), el estado clínico compensado o descompensado ($p = 0,419$), ni el uso de tratamientos biológicos ($p = 0,845$). El antecedente de cirugías se relacionó de forma significativa con sarcopenia ($p = 0,015$), con un *odds ratio* < 1 ($OR = 0,138$), lo que sugiere una relación inversa o compleja que requiere mayor análisis en estudios futuros (Tabla 1).

Conclusiones: La sarcopenia afecta aproximadamente al 20% de los pacientes con EII en esta población estudiada; se acompaña de manera significativa de osteopenia y fragilidad funcional, factores que elevan el riesgo de deterioro musculoesquelético. La enfermedad de Crohn muestra una mayor relación con sarcopenia en comparación con la colitis ulcerosa. No se identificaron relaciones significativas con sexo, índice de masa corporal, duración del diagnóstico, estado clínico o indicación de fármacos biológicos. Estos resultados enfatizan la importancia de implementar protocolos multidimensionales que incluyan la valoración de masa ósea y funcional para la detección y atención oportuna de la sarcopenia en esta población.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Tabla 1. Comparación de la proporción de disfunción sexual en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal según el tipo de enfermedad, la actividad clínica y el tiempo desde el diagnóstico. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos analizados. (Dom061)

	Disfunción sexual	Significancia
Actividad		
Crohn (remisión)	2 (18,2%)	$p = 0,819$
Crohn (activa)	2 (18,2%)	
CUCI (remisión)	4 (17,4%)	$p = 0,576$
CUCI (activa)	2 (8,7%)	
Diagnóstico reciente		
Crohn (reciente)	2 (18,2%)	$p = 0,576$
Crohn (no reciente)	2 (18,2%)	
CUCI (reciente)	1 (4,3%)	$p = 0,179$
CUCI (no reciente)	5 (21,7%)	

Tabla 1. Se evaluó la relación entre sarcopenia y diversas variables clínicas y funcionales en 43 pacientes con EI, una muestra conformada por pacientes con colitis ulcerosa (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC). La prevalencia de sarcopenia fue del 19,6% (n = 9), mientras que el 80,4% (n = 37) no desarrolló esta anomalía. No se identificó relación significativa entre sarcopenia y sexo (p = 0,500). La edad mostró una relación estadísticamente significativa con sarcopenia (p = 0,015), aunque la dirección del efecto (OR = 0,138) sugiere una menor probabilidad de sarcopenia con el aumento de la edad, lo cual podría deberse a limitaciones en la categorización etaria o al tamaño de la muestra. El índice de masa corporal (IMC) no se vinculó significativamente con sarcopenia (p = 0,748). En cuanto a las características relacionadas con la enfermedad, la osteopenia se acompañó de modo significativo y positivo de sarcopenia (p = 0,011; OR = 9,45), lo que señala que los pacientes con osteopenia tienen aproximadamente 9,5 veces mayor riesgo de desarrollar sarcopenia. La fragilidad se relacionó en grado significativo con sarcopenia (p = 0,023; OR = 7,29) y se confirma como un factor de riesgo para la pérdida muscular. El tipo de EI mostró influencia: la enfermedad de Crohn se vinculó con mayor probabilidad de sarcopenia en comparación con la colitis ulcerosa (p = 0,040; OR = 0,375). No se observaron relaciones significativas entre la sarcopenia y la duración del diagnóstico (p = 0,623), el estado clínico compensado o descompensado (p = 0,419), ni el uso de tratamientos biológicos (p = 0,845). El antecedente de cirugías se relacionó significativamente con sarcopenia (p = 0,015), aunque con un *odds ratio* < 1 (OR = 0,138), lo que sugiere una relación inversa o compleja que requiere mayor análisis en estudios futuros. Estos hallazgos resaltan la estrecha relación entre sarcopenia y alteraciones clínicas, como la osteopenia y la fragilidad en pacientes con EI, y también la necesidad de una evaluación integral para la identificación y atención oportuna de la pérdida muscular en esta población. (Dom062)

Variables	n = 43	%	Coefficiente de regresión	Error estándar	Wald	Odds ratio	Valor de p
Sarcopenia							
Sí	9	19,6					
No	37	80,4					
Sexo							
Masculino	16	34,8	0,511	0,757	0,455	1,667	0,500
Femenino	30	65,2	-1,414	3,72	14,56	0,243	0,000
Intervalo de edad afectado							
51-60	13	28,3					
61-70	11	23,9	-1,981	0,812	5,951	0,138	0,015
IMC							
Bajo peso	4	8,7					
Peso normal	19	41,3					
Sobrepeso	15	32,6					
Obesidad GI	5	10,9	-0,122				
Obesidad GII	3	6,5		0,380	0,103	0,885	0,748
Tipo de enfermedad							
CUCI	24	52,2	0,381	-0,965	1,527	0,381	0,217
E. Crohn	22	47,8	0,381	-0,981	4,198	0,375	0,040
Osteopenia							
No	29	63,0					
Sí	17	37,0	2,246	0,883	6,468	9,450	0,011
Fragilidad							
No	27	58,7					
Sí	19	41,3	-1,987	0,875	5,152	7,292	0,023
Duración del diagnóstico (años)							
6-10	12	26,1					
11-15	11	23,9	-0,128	0,261	0,241	0,880	0,623
Compensado	26	56,5					
Descompensado	20	43,5	0,606	0,750	3,687	1,833	0,419
Cirugías							
Sí	14	30,4					
No	32	69,6					
Colectomía subtotal	3	33,3					
Proctocolectomía	1	50,0					
Otras cirugías	2	66,7					
Sin cirugía	3	9,4	-1,981	0,812	5,951	0,138	0,015
Biológico							
Infliximab	8	17,4					
Adalimumab	4	8,7					
Certolizumab	12	26,1					
Vedolizumab	6	13,0					
Ustekinumab	5	10,9					
Inhibidor de cinasa JAK	4	8,7					
Sin biológico	7	15,2	-0,037	0,188	0,038	0,964	0,845

Fuente: datos obtenidos en la consulta externa de gastroenterología del Hospital 20 de Noviembre

Dom063

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL MEDIANTE EL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE (PSQ-18) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Y. J. Cruz-Ramírez, L. E. Cardona-Rodríguez, B. D. Ramírez-Tebalán, S. M. Narváez-Chávez, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, T. Cortés-Espinoza, Centro Médico, Hospital 20 de Noviembre

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye a la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), tiene una prevalencia variable en Latinoamérica, con una incidencia calculada de 1 a 1,5 casos por cada 100 000 habitantes y la CU es la más frecuente. En virtud de su complejidad y el efecto sobre la calidad de vida, los pacientes requieren atención multidisciplinaria en unidades especializadas. Evaluar la calidad de la atención médica es esencial para garantizar un enfoque centrado en el paciente. En este contexto, el cuestionario abreviado de satisfacción del paciente PSQ-18 representa una herramienta validada para valorar múltiples dimensiones del cuidado médico y proporciona información útil para optimizar la atención en centros de tercer nivel.

Objetivo: Evaluar la calidad de la atención médica percibida por pacientes con EII atendidos en un hospital de tercer nivel mediante el cuestionario PSQ-18.

Material y métodos: Estudio prospectivo, analítico y observacional en 53 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en la clínica de

EII entre abril y julio de 2025. Se aplicó el cuestionario PSQ-18 que evalúa múltiples dimensiones de la atención médica mediante 18 ítems en escala de Likert. Las respuestas afirmativas se codificaron de forma inversa y las puntuaciones convertidas a porcentajes de satisfacción ajustados a la metodología de Chakraborty *et al.* La confiabilidad interna del instrumento se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Se interpretó de la siguiente manera: excelente ($> 0,90$), bueno ($0,80-0,89$), aceptable ($0,70-0,79$), cuestionable ($0,60-0,69$), pobre ($0,50-0,59$) e inaceptable ($< 0,50$).

Resultados: Se evaluó a 53 pacientes atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal. Los resultados obtenidos por dimensión fueron los siguientes. Satisfacción general: media de $2,01 \pm 0,94$. Calidad técnica: enunciado "área y equipamiento necesario para la asistencia médica": media de $2,16 \pm 0,63$. Forma interpersonal: los médicos proporcionan atención personalizada, media de $2,59 \pm 0,61$. Comunicación: claridad en la explicación del médico a los pacientes, media de $1,93 \pm 0,84$. Aspectos financieros: (esta dimensión no se consideró ya que el tratamiento lo provee el hospital). Tiempo dedicado por el médico: media de $2,09 \pm 0,97$. Accesibilidad: acceso para las visitas fuera del horario, media de $2,38 \pm 0,63$. El análisis por dimensiones reveló los siguientes grados de satisfacción y coeficientes alfa de Cronbach. Satisfacción general: 73,5% (alfa = 0,80); confiabilidad buena, calidad técnica: 81,1% (alfa = 0,75); confiabilidad aceptable, forma interpersonal: 73,6% (alfa = 0,72); confiabilidad aceptable, comunicación: 79,2% (alfa = 0,70); confiabilidad aceptable, tiempo dedicado: 77,6%, alfa = 0,80; confiabilidad buena, accesibilidad y conveniencia: 79,2%, alfa = 0,88, confiabilidad buena. Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en un hospital de tercer nivel mostraron un grado general de satisfacción del 73,5%, y destacaron las dimensiones de calidad técnica (81,1%) y comunicación (79,2%) como las mejor evaluadas. Se identificaron áreas de

Tabla 1. En la sección 1 se presenta la metodología empleada para el cálculo de la satisfacción por dimensiones, con uso de la encuesta de satisfacción del paciente (PSQ-18) que agrupa las preguntas de acuerdo con las dimensiones evaluadas y asigna un valor máximo de cinco puntos por pregunta. La sección 2 representa la escala de Likert. En la sección 3 se registran los resultados obtenidos por dimensión, que fueron los siguientes: satisfacción general, calidad técnica y enunciado: "área y equipamiento necesario para la asistencia médica", que expresa además el porcentaje de confiabilidad representado con el alfa de Cronbach. (Dom063)

Sección I		Subescalas	Número de pregunta	Puntuación máxima	Media máxima	Grado de satisfacción
Grupo						
A		Satisfacción general	3,17	10	5	A/10*100
B		Calidad técnica	2,4,6,14	20	5	B/20*100
C		Forma interpersonal	10,11	10	5	C/10*100
D		Comunicación	1,13	10	5	D/10*100
E		Aspectos financieros	5,7	10	5	E/10*100
F		Tiempo dedicado por el médico	12,15	10	5	F/10*100
G		Accesibilidad y conveniencia	8,9,16,18	20	5	G/20*100
Total				90 puntos		
Sección 2			Escala de Likert		valores	
Número de preguntas						
1,2,3,5,6,8,11,15,18			1		5 (totalmente en desacuerdo)	
2			4 (en desacuerdo)			
3			3 (inseguro)			
4			2 (de acuerdo)			
5			1 (totalmente de acuerdo)			
4,7,9,10,12,13,14,16,17			1		1 (totalmente en desacuerdo)	
2			2 (en desacuerdo)			
3			3 (inseguro)			
4			4 (de acuerdo)			
5			1 (totalmente de acuerdo)			
Sección 3						
Estadístico descriptivo	Mínimo	Máximo	Media	Desviación	% de confiabilidad	Alfa Cronbach
Satisfacción general	1	5	2,01	0,948	73,6	0,8
Calidad técnica	1	4	2,16	0,630	81,1	0,75
Forma interpersonal	1	4	2,59	0,613	73,6	0,72
Comunicación	1	4	1,93	0,844	79,2	0,70
Aspectos financieros	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Tiempo dedicado	1	5	2,09	0,971	77,4	0,80
Accesibilidad y conveniencia	1	4	2,38	0,673	79,2	0,88

mejora en la relación médico-paciente, el tiempo de atención y la accesibilidad. El cuestionario PSQ-18 demostró una fiabilidad aceptable a buena (alfa de Cronbach, 0,70-0,80). Estos resultados resaltan la importancia de una atención médica centrada en el paciente para optimizar la calidad asistencial.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento.

Dom064

“DIFFICULT TO TREAT” EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE UN CONCEPTO EMERGENTE EN UNA COHORTE MEXICANA

N. N. Parra-Holguín, J. G. López-Gómez, M. Haro-Limón, B. D. Ramírez-Tebalán, D. A. García-Alonso, T. Cortés-Espinosa, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende a la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), puede evolucionar hacia formas clínicamente complejas que requieren un abordaje terapéutico avanzado. En los últimos años ha surgido el concepto de *difficult to treat* (DTT) para describir a aquellos pacientes con actividad inflamatoria persistente o complicaciones que dificultan el control clínico, a pesar del uso de terapias biológicas o moléculas pequeñas. Se consideran dentro de este fenotipo los pacientes con falla a múltiples líneas de tratamiento con diferentes mecanismos de acción, recurrencia posoperatoria tras resecciones intestinales repetidas, pouchitis crónica resistente a antibióticos, enfermedad perianal compleja o factores psicosociales que interfieren con la adherencia o efectividad del tratamiento. Este grupo representa a una población de alto riesgo, con necesidad de seguimiento estrecho, efecto significativo en la calidad de vida y mayor probabilidad de hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas.

Objetivo: Describir las características clínicas de pacientes con EII que cumplen criterios para DTT y analizar los factores relacionados con la alteración.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional en una cohorte de pacientes con diagnóstico confirmado de EII. Se incluyó a un total de 175 pacientes, de los cuales se identificó a aquellos que cumplieron con los criterios clínicos propuestos para el fenotipo DTT. Se recolectaron variables demográficas, clínicas y terapéuticas a partir de expedientes electrónicos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 30. Se aplicaron pruebas de estadística descriptiva, análisis bivariado y regresión logística binaria para identificar los factores vinculados con el fenotipo DTT. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: De los 175 pacientes, 83 (47,4%) fueron mujeres y 92 (52,6%) hombres. Hasta 117 (66,9%) tenían diagnóstico de CUCI y 58 (33,1%) de EC. La edad promedio fue de $54 \pm 17,31$ años, con una edad al diagnóstico de $44 \pm 17,80$ años y una evolución media de 11 (1-52) años. Del total, 43 (24,6%) cumplieron con al menos un criterio de DTT: 39 (90,7%) presentaron falla a dos biológicos de mecanismos de acción diferentes, 3 (7,0%) sufrieron recurrencia posoperatoria en EC, 1 (2,3%) desarrolló pouchitis resistente y 1 (2,3%) padeció enfermedad perianal compleja. Los sujetos DTT mostraron una edad actual significativamente menor ($p < 0,001$; $\Delta = -10,2$ años) y una edad al diagnóstico también menor ($p = 0,004$; $\Delta = -8,9$ años). En el análisis

de regresión logística, ninguna de las variables resultó ser un predictor estadísticamente significativo para cumplir criterios DTT en pacientes con EII. Dentro del grupo DTT, 34 (79,0%) recibieron alguna terapia biológica o molécula pequeña, 8 (18,6%) utilizaban combinación de tratamientos avanzados y sólo 1 (2,3%) continuó con tratamiento convencional. Respecto de las líneas de tratamiento, 24 (57,1%) se encontraban en segunda línea, 11 (26,2%) en tercera, 4 (9,5%) en cuarta, 2 (4,8%) en quinta y 1 (2,4%) en sexta.

Conclusiones: Una cuarta parte de los pacientes con EII cumplió criterios de DTT y la falla a múltiples biológicos fue el hallazgo más frecuente. Estos pacientes tuvieron una edad significativamente menor al diagnóstico y al momento del estudio. Estos hallazgos podrían deberse a que este estudio se realizó en un centro de referencia de tercer nivel que concentra a pacientes de alta complejidad y multitratados, lo que refuerza la importancia de identificar en fase temprana a pacientes con potencial evolución compleja para optimizar su atención terapéutica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom065

PREVALENCIA DE SARCOPENIA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y SU RELACIÓN CON PRESENCIA DE ACTIVIDAD Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

M. L. Torres-Mata, L. A. Rosales-Rentería, R. M. Miranda-Cordero, B. X. Ferrer-Mancilla, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMyM Arturo Montiel Rojas

Introducción: La sarcopenia en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) registra una prevalencia global notificada de 32,3% a 57,3%; sin embargo, su relación con la actividad clínica y endoscópica de la enfermedad aún no se ha evaluado de manera sistemática.

Objetivo: Determinar la prevalencia de sarcopenia en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y su relación con la actividad clínica, endoscópica y el tiempo de evolución de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio prospectivo y unicéntrico que incluyó a pacientes entre el 1 de junio y el 15 de agosto de 2025. Participaron los adultos con diagnóstico confirmado de CUCI y se excluyó a los mayores de 65 años y los pacientes con amputaciones, cirrosis o enfermedad renal crónica KDIGO IV-V. Se evaluó la composición corporal mediante bioimpedancia multifrecuencia, la fuerza prensil con dinamometría de mano y la velocidad de marcha en 4 m. La actividad clínica y endoscópica se valoró con la escala de Mayo y la sarcopenia se definió según los criterios del EWGSOP2.

Resultados: En este análisis preliminar se estudió a 23 pacientes (edad media, $45,3 \pm 12,5$ años; 14 mujeres) con un tiempo medio desde el diagnóstico de $12,2 \pm 10,3$ años. Como se observa en la **Tabla 1**, la prevalencia global de sarcopenia fue de 26,1%, observada tan sólo en pacientes con actividad clínica y endoscópica, sin casos en remisión. Los pacientes con más de 10 años de evolución mostraron mayor sarcopenia (40% vs. 15,4% en ≤ 10 años, $p = 0,34$; OR 3,2), y los diagnosticados a menor edad tuvieron mayor riesgo (25,7 vs. 35,7 años; $p = 0,021$), con una tendencia en regresión logística que mostró que cada año mayor en la edad al diagnóstico redujo un 11% el riesgo de sarcopenia (OR 0,89; IC95% 0,78-1,01; $p = 0,07$).

Tabla 1. Relación entre sarcopenia y variables clínicas, endoscópicas y de evolución en pacientes con colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI). Los valores de p se obtuvieron mediante prueba exacta de Fisher para variables categóricas y prueba t de Student para variables continuas. (Dom065)				
Variable	Categoría	Sarcopenia n/N (%)	Valor de p	OR (IC95%)
Actividad clínica (Mayo > 2)	Mod./intensa	6/16 (37,5%)	0,12	9,3 (0,45-191,3)
	Remisión/leve	0/7 (0%)		
Actividad endoscópica (Mayo $\geq$ 1)	Actividad	6/19 (31,6%)	0,54	4,3 (0,20-93,2)
	Remisión	0/4 (0%)		
Tiempo desde diagnóstico	> 10 años	4/10 (40%)	0,34	3,2 (0,52-19,7)
	≤ 10 años	2/13 (15,4%)		
Edad al diagnóstico	Sarcopénicos	25,7 años	0,021	Cada año mayor $\downarrow$ 11% riesgo (OR 0,89; 0,78-1,01)
	No sarcopénicos	35,7 años		

OR, razón de momios; IC95%, intervalo de confianza al 95%.

Conclusiones: En pacientes con CUCI, la prevalencia de sarcopenia fue alta y clínicamente relacionada con actividad inflamatoria y mayor duración de la enfermedad, aunque sin alcanzar significancia estadística debido al tamaño muestral limitado. No obstante, se identificó una diferencia significativa en

la edad al diagnóstico, lo que sugiere que un inicio más temprano de la enfermedad podría predisponer a un mayor deterioro muscular.

Financiamiento: Ninguno.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 16 de noviembre de 2025

Esófago

Dom066

EFFECTIVIDAD DEL PUNTAJE LOK Y EVENDO COMO PREDICTOR DE VÁRICES ESOFÁGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA

D. F. Abendaño-Rivera, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, P. M. Diego-Salazar, H. S. Demarino-Herrera, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad hepática crónica tiene una prevalencia global en aumento, por lo cual es importante identificar de manera oportuna a los pacientes en riesgo de complicaciones tempranas, como la hemorragia variceal secundaria a hipertensión portal. Aunque la elastografía transitoria es una herramienta útil para evaluar la fibrosis y sus complicaciones, su disponibilidad es todavía limitada en muchos entornos. En este contexto, las puntuaciones LOK y Evendo, basadas en parámetros clínicos y de laboratorio, se han validado como métodos no invasivos para predecir la presencia de várices esofágicas. Estas herramientas pueden mejorar la estratificación del riesgo y apoyar la toma de decisiones clínicas.

Objetivo: Evaluar la capacidad predictiva de las puntuaciones LOK y Evendo, individualmente y en combinación, para identificar várices esofágicas diagnosticadas por endoscopia en un centro de tercer nivel.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de casos y controles en el Servicio de Endoscopia del Hospital General de México Eduardo Liceaga entre enero y junio de 2025. Se incluyó a 200 pacientes sometidos a una endoscopia digestiva alta: 100 casos con diagnóstico de cirrosis y várices esofágicas confirmadas por endoscopia, y 100 controles sin cirrosis ni evidencia de várices. Todos los pacientes contaban con datos clínicos y de laboratorio completos para calcular las puntuaciones LOK y Evendo. Se excluyó a los pacientes con datos incompletos o anomalías que pudieran interferir con las puntuaciones. Los datos se analizaron con el programa R Studio (versión 4.2.3). Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar la muestra. La relación entre las puntuaciones LOK, Evendo y la presencia de várices esofágicas se evaluó mediante la prueba χ^2 . Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y área bajo la curva (AUC) para cada puntuación y su combinación, con uso del análisis de curvas ROC en R. Se estableció un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: De los 100 pacientes con cirrosis incluidos, el 68% había presentado alguna descompensación previa y la causa más frecuente fue MASLD

(43%), seguida de alcohol (33%), MetALD (9%), autoinmune (8%) y viral (7%). La media de MELD fue de 15 ± 6 puntos. Según la clasificación de Child-Pugh, el 30% correspondió a la clase A, 40% a la clase B y 30% a la C. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre una puntuación Evendo > 5 y la presencia de várices esofágicas ($\chi^2 = 73,46$, $p < 0,001$), con un *odds ratio* (OR) de 27,93 (IC95%: 11,87-78,43). De forma similar, una puntuación LOK $> 0,65$ mostró una relación significativa ($\chi^2 = 100,26$, $p < 0,001$), con un OR de 44,96 (IC95%: 19,29-120,96). En cuanto al rendimiento diagnóstico, ambas puntuaciones demostraron alta precisión, con un área bajo la curva (AUC) muy buena para Lok y Evendo, y mejor capacidad predictiva al combinarla (Figura 1). La puntuación Evendo > 5 mostró una sensibilidad del 94% (IC95%, 0,87-0,98), especificidad del 65% (0,55-0,74), valor predictivo positivo (VPP) del 73% (0,64-0,80) y valor predictivo negativo (VPN) del 92% (0,83-0,97). Por su parte, el LOK $> 0,65$ alcanzó una sensibilidad del 78% (0,69-0,86), especificidad del 93% (0,86-0,97), VPP del 92% (0,84-0,97) y VPN del 81% (0,72-0,88).

Conclusiones: Las puntuaciones LOK y Evendo son herramientas no invasivas y precisas para predecir várices esofágicas, con un rendimiento diagnóstico elevado. Su combinación optimiza la capacidad predictiva y para el tamizaje en la práctica clínica, especialmente en entornos con recursos limitados.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom067

RELACIÓN DEL RESULTADO HISTOLÓGICO CON PATRONES DE DESCRIPCIÓN ENDOSCÓPICA EN SOSPECHA DE ESÓFAGO DE BARRETT

E. J. Medina-Ávalos, S. Teutli-Carrión, R. Y. López-Pérez, M. I. Torres-Ruiz, D. Muñoz-Fuentes, P. J. Montero-García, J. C. Silis-Cravioto, Hospital General de México

Introducción: El esófago de Barrett (EB) es un trastorno adquirido en el que el epitelio del esófago distal se transforma en epitelio intestinal especializado y su diagnóstico requiere confirmación histopatológica. Las técnicas como la cromoendoscopia digital y vital, junto con el aumento de imagen, mejoran la visualización de la mucosa y hacen posible identificar con mayor precisión áreas sospechosas mediante la observación de mucosa y vasos superficiales.

Objetivo: Describir la frecuencia y relación entre el patrón superficial de la mucosa y la sospecha endoscópica de esófago de Barret y su resultado histopatológico.

Dom069

ERGONOMÍA ENDOSCÓPICA CON ENFOQUE DE GÉNERO EN MÉDICOS RESIDENTES EN FORMACIÓN

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

Introducción: La enseñanza de los principios ergonómicos en la práctica endoscópica rara vez se incorpora de manera sistemática en la formación médica. Diversos estudios realizados en distintos países durante las últimas décadas han revelado una prevalencia elevada de lesiones musculoesqueléticas entre los médicos que realizan procedimientos endoscópicos, con tasas que varían entre 29% y 89%, según lo informado en múltiples publicaciones. Al parecer, las mujeres son más susceptibles a tener lesiones musculoesqueléticas.

Objetivo: Describir los hábitos ergonómicos por género, así como la frecuencia de síntomas indicativos de lesiones musculoesqueléticas de médicos en formación endoscópica.

Material y métodos: Se aplicó una encuesta a médicos residentes en formación en endoscopia gastrointestinal, la cual incluyó preguntas sobre datos demográficos, preferencias personales en estilos y técnicas endoscópicas, además de la presencia de síntomas indicativos de lesiones relacionadas con la práctica endoscópica. El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Los datos obtenidos se analizaron mediante medidas de frecuencia para calcular porcentajes, medias y desviaciones estándar. Para evaluar diferencias entre grupos se utilizó la prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se realizó una encuesta a 27 médicos residentes de endoscopia gastrointestinal pertenecientes a diferentes instituciones médicas. El 59,3% correspondió a hombres, con una edad promedio de 32,1 años ($\pm 1,9$). En la **Tabla 1** se detallan las preferencias ergonómicas registradas. El 74,1% de los encuestados refirió dolor desde el inicio de la residencia y las localizaciones más frecuentes fueron las manos/dedos (25,9%) y las muñecas (25,9%). También se informaron molestias en hombros (14,8%), región lumbar (14,8%) y espalda alta (14,8%). Ante la presencia de dolor, sólo el 40,7% manifestó tomar descansos durante la jornada y un 11,1% requirió el consumo de analgésicos. Todas las mujeres encuestadas refirieron algún tipo de dolor, en comparación con el 43,5% de los hombres ($p = 0,022$). Asimismo, el 74,1% consideró que el tamaño del endoscopio no se adaptaba de modo adecuado a sus manos, sobre todo entre las mujeres (54,5%) en comparación con los hombres (6,3%) ($p = 0,009$). No se identificaron diferencias entre quienes sufrieron dolor y quienes no, en relación con el número de procedimientos

realizados, el tipo de agarre del endoscopio, la práctica de ejercicio con pesas o la realización de calentamiento físico.

Conclusiones: Las mujeres señalaron con mayor frecuencia dolor vinculado con la práctica endoscópica en comparación con los hombres, así como una inadecuada adaptación del tamaño del endoscopio a sus manos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom070

USO DEL FIB-4 PARA PREDECIR ETIOLOGÍA VARICEAL EN PACIENTES CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

L.A. González-Torres, C. E. González-Martínez, C. A. Cortez-Hernández, J. A. González-González, J. O. Jáquez-Quintana, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: El sangrado del tubo digestivo alto (STDA) representa uno de los padecimientos más comunes en gastroenterología. Se divide en variceal (STDAV) y no variceal (STDANV). El tratamiento preendoscópico de ambos tipos difiere, por lo que identificar la causa en fase temprana es importante. Las escalas no invasivas de fibrosis como FIB-4 se han utilizado con éxito para predecir la probabilidad de fibrosis avanzada e hipertensión portal en los pacientes ambulatorios. Utilizarlos para reconocer el origen variceal en pacientes con STDA resulta una opción novedosa.

Objetivo: Valorar el rendimiento de FIB-4 para predecir etiología variceal en pacientes con STDA, al ingreso hospitalario y a las 24 horas y comparar su rendimiento respecto de APRI e índice-LOK.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes ingresados por STDA, sin diagnóstico previo de hepatopatía crónica ni estigmas a la exploración física de hepatopatía crónica. Se registró información demográfica, clínica y laboratorio de los pacientes a su ingreso y a las 24 horas y se calcularon los índices FIB-4, APRI e I-LOK en estos periodos. Con posterioridad se confirmó la causa en la endoscopia y se clasificó a los pacientes en dos grupos, STDANV y STDAV. Mediante el uso de curvas ROC se determinó el área bajo la curva (AUC) de estos índices para predecir la etiología variceal y se utilizó el índice de Youden para encontrar el punto de corte con mejor rendimiento.

Resultados: Se incluyó a 94 pacientes con STDA, 53 de ellos hombres (56,4%). Se identificó una causa variceal en 15 pacientes (16%). Al ingreso, el punto de corte ideal mediante FIB-4 fue una puntuación $> 2,13$ (S, 80%; E,

Tabla 1. Hábitos ergonómicos de los residentes encuestados divididos por género. (Dom069)

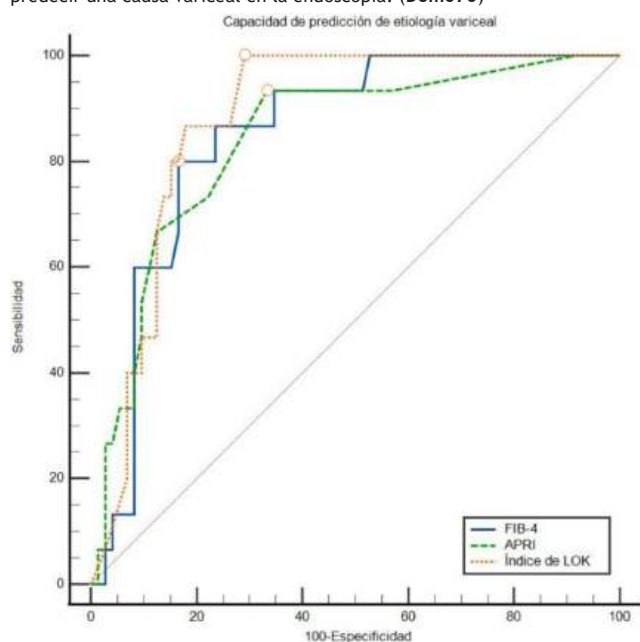
Variable	Total n = 27 (%)	Hombres n = 16 (%)	Mujeres n = 11 (%)	p
Nivel de la cama en panendoscopia				
A la altura de la cadera	17 (63%)	8 (50%)	9 (81,8%)	0,26
Debajo de la cadera	3 (11,1%)	3 (18,7%)	0 (0%)	
Arriba de la cadera	7 (25,9%)	5 (31,3%)	2 (18,2%)	
Nivel de la cama en colonoscopia				
A la altura de la cadera en colonoscopia	23 (85,2%)	14 (87,6%)	9 (81,8%)	0,99
Debajo de la cadera en colonoscopia	2 (7,4%)	1 (6,2%)	1 (9,1%)	
Arriba de la cadera en colonoscopia	2 (7,4%)	1 (6,2%)	1 (9,1%)	
Altura de la pantalla				
A la altura de la vista	26 (96,3%)	15 (93,7%)	11 (100%)	0,99
Arriba de la vista	1 (3,7%)	1 (6,3%)	0 (0%)	
Posición del cordón del endoscopio				
Cordón del endoscopio detrás del antebrazo	5 (18,5%)	4 (25%)	1 (9,1%)	0,618
Cordón del endoscopio dentro del antebrazo	22 (81,5%)	12 (75%)	10 (90,9%)	
Mano predominante para mover cremallera menor				
Derecha	3 (11,1%)	0 (0%)	3 (27,3%)	0,056
Izquierda	24 (88,9%)	16 (100%)	8 (72,7%)	

86%; AUC 0,857; $p \leq 0,001$; VPP 53,25%; VPN 95,79%), el de APRI fue $> 0,2$ (S, 93%; E, 67,09%; $p \leq 0,001$; AUC 0,846; VPP: 34,99%; VPN: 98%), el del índice de Lok fue $> 0,48$ (S, 100%; E, 70,83%; $p \leq 0,001$; AUC 0,880; VPP 39,5%; VPN 100%). A las 24 horas, el punto de corte ideal mediante FIB-4 fue $> 2,65$ (S, 100%; E, 86,08%; AUC 0,918; VPP: 57,25%; y VPN: 100%) y el de APRI $> 0,3$ (S, 100%; E, 82,8%; AUC 0,934; VPP: 52,55% y VPN: 100%). Se efectuó un análisis comparativo de las curvas ROC al ingreso entre las escalas de FIB-4, APRI y el índice de LOK sin encontrar diferencias significativas (Figura 1).

Conclusiones: El FIB-4 mostró utilidad para evaluar a pacientes con STDA, con buen rendimiento diagnóstico. Al ser una prueba con buena sensibilidad puede utilizarse para descartar con seguridad la causa variceal en estos pacientes y dirigir el tratamiento preendoscópico. Frente al FIB-4, el APRI y el índice de Lok mostraron rendimiento comparable. El rendimiento de FIB-4 mejoró a las 24 horas del ingreso, así como el de APRI y el del índice de Lok. Esto probablemente se debe a la redistribución de volumen en pacientes con STDA, con reducción del número de plaquetas después de la reanimación a un valor más “real” para los pacientes. Los parámetros empleados para calcular estos índices se obtienen de forma sistemática en el abordaje de pacientes con STDA, lo que da pie a incluirlos dentro del abordaje diagnóstico para ayudar a determinar la causa en casos dudosos y guiar el tratamiento preendoscópico.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Curvas ROC de los índices no invasivos de fibrosis al ingreso para predecir una causa variceal en la endoscopia. (Dom070)



Dom071

¿DÓNDE SE EQUIVOCA LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA? ANÁLISIS POR TIPO DE LESIÓN

L. I. Gallardo-González, D. B. Lorenzo-Valle, J. C. Silis-Cravioto, M. F. Higuera-De la Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La inteligencia artificial (IA) ha emergido como una herramienta de apoyo diagnóstico en la endoscopia digestiva, con resultados prometedores. Sin embargo, su precisión puede variar según sea el tipo de hallazgo. Por lo tanto, resulta relevante evaluar en qué contextos la inteligencia artificial tiene mayores aciertos o fallos, ya que esto puede proporcionar información valiosa para su implementación responsable en la práctica clínica.

Objetivo: Identificar las áreas de mayor discrepancia entre el diagnóstico realizado por la inteligencia artificial (IA) y el juicio clínico humano.

Material y métodos: Se analizaron retrospectivamente 100 reportes de panendoscopias digestivas altas, con ocho imágenes cada una. Se utilizó un

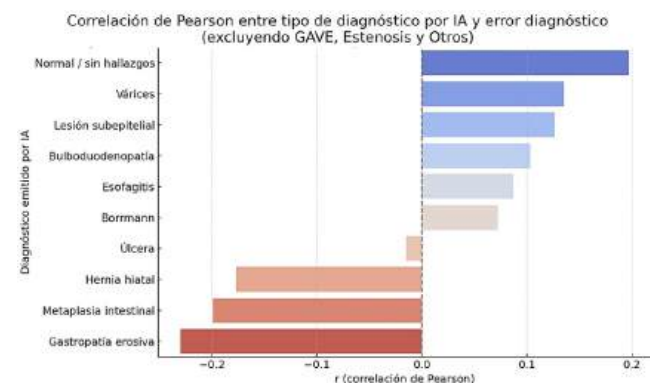
modelo de IA (ChatGPT, OpenAI) para emitir diagnósticos endoscópicos basados en dichos estudios. Los diagnósticos generados por la IA se registraron en texto libre, junto con los diagnósticos reportados por los endoscopistas. Para reducir la variabilidad semántica y terminológica entre los diagnósticos endoscópicos emitidos por IA y los realizados por endoscopistas humanos, se definieron 13 claves diagnósticas: 1) vórices esofágicas, 2) esofagitis, 3) hernia hiatal, 4) gastropatía erosiva/gastritis, 5) normal/sin hallazgos, 6) otro/procedimientos, 7) úlcera, 8) Borrmann, 9) GAVE, 10) lesión subepitelial, 11) metaplasia intestinal, 12) bulboduodenopatía, 13) estenosis. Esta estrategia permitió una comparación más precisa, al eliminar la discrepancia causada por diferencias de redacción, sin perder la esencia clínica del hallazgo. Para identificar los tipos de hallazgos en que la IA se equivocó con mayor frecuencia se aplicó un análisis de correlación de Pearson entre cada clave diagnóstica emitida por la IA y la variable “error diagnóstico”, definida como la ausencia total de coincidencia entre el diagnóstico de la IA y el del endoscopista humano. Los coeficientes obtenidos (r de Pearson) permitieron identificar qué claves diagnósticas estuvieron más acompañadas de errores (valores positivos) o de concordancias (valores negativos) y aportar información sobre el desempeño diferencial de la IA de acuerdo con el tipo de hallazgo endoscópico.

Resultados: Se encontró una concordancia diagnóstica del 34%. El error diagnóstico se relacionó principalmente con estudios considerados normales por el endoscopista ($r = +0,197$), vórices esofágicas ($r = +0,135$), lesiones subepiteliales ($r = +0,126$) y bulboduodenopatías ($r = +0,103$). Las lesiones inflamatorias leves, como esofagitis, también mostraron relación positiva con error ($r = +0,087$). En contraste, las lesiones más evidentes mostraron mejor concordancia, como hernia hiatal ($r = -0,177$) y úlceras ($r = -0,015$). Véase la Figura 1.

Conclusiones: La concordancia del 34% entre la IA y los endoscopistas revela limitaciones notables cuando se utilizan modelos no entrenados específicamente para el diagnóstico endoscópico. La IA mostró mayor error en estudios con hallazgos sutiles, posiblemente por confusiones visuales con pliegues o sombras y mejor desempeño en lesiones estructurales como hernias y úlceras. Estos hallazgos refuerzan que, si bien promisoría, la IA no debe reemplazar al juicio clínico y sólo debe usarse con modelos validados para esta finalidad.

Financiamiento: No se contó con financiamiento para la realización de este trabajo.

Figura 1. Correlación de Pearson entre los diagnósticos emitidos por inteligencia artificial (IA) y la probabilidad de error diagnóstico. Se observó mayor relación con error en estudios interpretados por la IA como normales, vórices o lesiones subepiteliales. Por el contrario, la IA mostró mejor concordancia en hallazgos estructurales como úlcera y hernia hiatal. Se excluyeron categorías de baja frecuencia (GAVE, estenosis y procedimientos). (Dom071)



Dom072

RELACIÓN ENTRE FACTORES CLÍNICOS-ENDOSCÓPICOS Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES EN ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

P. M. Diego-Salazar, D. F. Abendaño-Rivera, K. Cazarín-Chávez, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, M. F. Higuera-De la Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es altamente prevalente y representa una causa frecuente de consulta en gastroenterología. A pesar de que los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son el tratamiento de primera línea, se calcula que hasta un 30% de los pacientes no responde de manera adecuada. Esta investigación busca identificar factores clínicos predictores de respuesta terapéutica, en especial en la población mexicana.

Objetivo: Evaluar los factores clínicos, endoscópicos y fisiológicos relacionados con la respuesta al tratamiento con IBP en pacientes con ERGE.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, de tipo casos y controles, realizado en el Hospital General de México. Se analizaron 283 expedientes de pacientes con diagnóstico confirmado de ERGE (endoscópico o por pH-impedancia de 24 horas). La respuesta clínica se evaluó con el cuestionario GERD-Q tras ocho a 12 semanas de tratamiento con IBP (0-7 puntos, mala respuesta; 8-18 puntos, buena respuesta). Se analizaron variables clínicas, endoscópicas y funcionales mediante pruebas bivariadas y regresión logística.

Resultados: Del total de pacientes, el 63,6% se clasificó con ERGE no erosiva y el 36,4% con ERGE erosiva. La tasa global de buena respuesta al tratamiento fue del 59%. Al analizar por fenotipo, los pacientes con ERGE erosivo mostraron una mayor tasa de respuesta (74,8%) en comparación con aquellos con ERGE no erosivo (25,2%), con una relación estadísticamente significativa (OR 2,96; IC95% 1,74-5,04; p < 0,001). En el subgrupo con ERGE no erosiva, los pacientes con mayor número de episodios de reflujo y mayor impedancia basal nocturna tuvieron mejor respuesta al tratamiento, con diferencias estadísticamente significativas (p = 0,048 y p = 0,039, respectivamente). La regurgitación y la disfagia se correlacionaron con estos parámetros fisiológicos, mientras que otros síntomas típicos como pirosis o dolor torácico no mostraron nexo con la respuesta a IBP.

Conclusiones: El fenotipo de ERGE erosiva se identificó como un factor clínico pronóstico favorable para la respuesta a IBP. En pacientes con ERGE no erosiva, los valores de pH-impedancia permiten identificar subgrupos con mayor probabilidad de respuesta, lo cual podría optimizar el abordaje diagnóstico-terapéutico. La integración de síntomas clínicos con parámetros funcionales resulta clave para una estrategia de tratamiento personalizada en ERGE.

Financiamiento: Ninguno.

Dom073

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS Y PERFIL CLÍNICO DEL LINFOMA GASTROINTESTINAL EN EL IGSS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

E. S. Hernández-Musus, D. R. Rosales-López, B. Sánchez, L. D. Paz-García, Grupo colaborativo: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Introducción: El linfoma gastrointestinal (LGI) es el linfoma extranodal más frecuente y representa 4% a 20% de todos los linfomas extranodales y hasta un 5% de las neoplasias digestivas primarias. Sus presentaciones clínicas son inespecíficas y variadas, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. Los principales subtipos incluyen el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) y el linfoma MALT, este último altamente vinculado con *Helicobacter pylori*. El diagnóstico se basa en hallazgos endoscópicos, histopatología e inmunohistoquímica. En Guatemala no existen estudios previos que describan la experiencia local sobre esta afección.

Objetivo: Describir las características clínicas, epidemiológicas, endoscópicas e histopatológicas de los pacientes diagnosticados con linfoma gastrointestinal primario atendidos en el IGSS, así como su tratamiento y desenlace.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico realizado en el IGSS entre enero de 2023 y enero de 2025. Se incluyó a pacientes con diagnóstico histopatológico de linfoma primario gastrointestinal (DLBCL y MALT), con evaluación clínica, endoscópica y tratamiento documentado. Se analizaron variables demográficas, bioquímicas, hallazgos endoscópicos, histología, marcadores inmunohistoquímicos, presencia de *Helicobacter pylori*, tratamiento y evolución clínica.

Resultados: Se incluyó a 11 pacientes (10 hombres) (Tabla 1), con mediana de edad de 57 años. El 54,5% consultó por hemorragia digestiva alta y el 45,5% por dolor abdominal. El sitio más afectado fue el antro gástrico (36,4%), seguido del intestino delgado (27,3%). La presentación endoscópica más frecuente fue la lesión exofítica y ulcerativa. El 90,9% correspondió a linfomas DLBCL y el 9,1% a MALT. El *Helicobacter pylori* fue positivo en 45,5% de los casos. El 54,5% recibió quimioterapia con R-CHOP y 36,4% requirió

Tabla 1. Características clínicas, tratamiento y evolución de los pacientes con linfoma gastrointestinal primario. (Dom073)

Caso	Edad	Sexo	Procedencia	Motivo de consulta	Síntomas de duración	Patología	Localización	H. Pylori	Quimioterapia	Cirugía	Duración de seguimiento	Resultado de la enfermedad
1	49	M	Guatemala	HGIS	10 d	DLBCL	C+F	Positivo	R CHOP	-	1	M
2	86	M	Guatemala	HGIS	14 d	DLBCL	A	Positivo	R CHOP	-	1	V
3	63	M	Guatemala	DA	3 días	DLBCL	ID	No realizado	R CHOP	RI	5	M
4	66	M	Quetzaltenango	DA	7 d	DLBCL	C	No realizado	R DA EPOCH	RI	2	V
5	57	F	Quetzaltenango	DA	1 semana	DLBCL	A	Positivo	Otros	GP	4	V
6	60	M	Guatemala	DA	1 semana	DLBCL	IM	No realizado	Pola/B-CHOP	-	4	V
7	33	M	Suchitepequez	HGIS	4 d	DLBCL	ID	No realizado	R CHOP	RI	9	V
8	89	M	Guatemala	HGIS	10 d	DLBCL	A	Positivo	R MINI CHOP	-	3	V
9	49	M	Guatemala	HGIS	18 d	MALT	A	Positivo	CHOP	GP	12	V
10	31	M	Santa Rosa	DA	2 semanas	DLBCL	IM	No realizado	ST	-	2	M
11	46	M	Guatemala	HGIS	20 días	DLBCL	ID	No realizado	Pola R CHOP	-	11	M

M, masculino; F, femenino; HGIS, hemorragia gastrointestinal superior; DA, dolor abdominal; DLBCL, linfoma difuso de células grandes B; MALT, linfoma relacionado con mucosa tipo Malt; C + F, cuerpo + fondo gástrico; A, antro gástrico; IM, intestino medio; C, colon; ID, intestino delgado; Pola, polatuzumab; RI, recesión intestinal; GP, gastrectomía parcial; M, muerto; V, vivo.

cirugía adyuvante. La mortalidad global fue del 36,4%, en relación con edad menor, HGIS, linfomas de alto grado, KI-67 elevado y estadios avanzados. **Conclusiones:** Este es el primer estudio guatemalteco que caracteriza al LGI en una cohorte hospitalaria. La alta relación con *Helicobacter pylori* y la frecuencia de hemorragia digestiva como síntoma de inicio destacan la importancia de una endoscopia oportuna. La localización gástrica fue predominante y el DLBCL fue el subtipo más frecuente. Se documenta la utilidad del abordaje multidisciplinario y la necesidad de diagnóstico temprano para mejorar los desenlaces. **Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

Dom074

UTILIDAD DE LAS CLASIFICACIONES DE KIOTO Y KIMURA-TAKEMOTO EN LA VALORACIÓN ENDOSCÓPICA DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y DISPEPSIA

P. M. Diego-Salazar, C. L. Dorantes-Nava, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, M. Y. Carmona-Castillo, R. Y. López-Pérez, A. Crespo, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La relación entre enfermedad hepática crónica (EHC) y *Helicobacter pylori* en años recientes ha sido objeto de estudio debido a su probable relación con complicaciones y descompensaciones de ésta. Su detección endoscópica se apoya en algunas clasificaciones, como las de Kioto y Kimura-Takemoto; sin embargo, pueden estar limitadas en pacientes con EHC debido a los datos de hipertensión portal. Por lo tanto, resulta crucial evaluar si los descriptores endoscópicos comúnmente vinculados con *H. pylori* conservan su valor diagnóstico en esta población, o si requieren una adaptación específica. **Objetivo:** Evaluar la utilidad de las clasificaciones endoscópicas de Kioto y Kimura-Takemoto en la caracterización de alteraciones gástricas en pacientes con cirrosis hepática. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional, analítico y de cohorte desde enero de 2025 hasta junio de 2025. Se analizaron y compararon los hallazgos endoscópicos e histológicos entre pacientes con diagnóstico de EHC y pacientes sin datos clínicos o paraclínicos de EHC, todos con datos de dispepsia de acuerdo con los criterios de Roma IV. Se aplicaron las clasificaciones endoscópicas de Kioto y Kimura-Takemoto y se realizó la toma de biopsias gástricas (protocolo de Sidney). **Resultados:** Se incluyó a 152 pacientes, 97 mujeres (63,8%), con una media de edad de 54,8 años. De ellos, 58 (37,9%) presentaban EHC y la causa más común fue la alcohólica (14,4%), seguida de la metabólica (12,4%) y la viral (4,6%). En ambos grupos, de acuerdo con los criterios de Roma IV, los síntomas más comunes fueron saciedad temprana (74,1% en EHC vs. 58,5% sin EHC), dolor o ardor en epigastrio (62,1% en EHC vs. 37,2% sin EHC) y plenitud posprandial (51,7% en EHC vs. 35,1% sin EHC). La infección por *Helicobacter pylori* confirmada por biopsia fue significativamente más prevalente en pacientes con EHC (74,1% vs. 36,2%; $p < 0,001$). Asimismo, se identificó una relación significativa entre *H. pylori* y la presencia de gastropatía hipertensiva portal (GHP) (4,96; [IC95%: 2,38-10,33]; $p < 0,0001$). El 73,7% de los pacientes con GHP leve y el 76,5% con GHP grave tuvieron diagnóstico de *H. pylori*. Al analizar los hallazgos endoscópicos entre ambos grupos, la presencia de edema de mucosa (113,4 [IC95%: 33,85-379,87]; $p < 0,001$) y hemorragia subepitelial (2,58 [IC95%:1,4-5,83]; $p = 0,034$) fueron los más sólidamente relacionados con EHC; mientras que la atrofia (0,41 [IC95%: 0,19-0,90]; $p = 0,028$) fue más frecuente en pacientes sin EHC (Tabla 1). En relación con las escalas de Kioto y Kimura-Takemoto, se observa una relación estadísticamente significativa en pacientes con EHC ($p = 0,0019$ y $p = 0,043$, respectivamente); sin embargo, tienen una baja capacidad discriminativa en el diagnóstico de *H. pylori* (0,27 [IC95% = 0,07-0,96]; $p = 0,0426$ y 0,29 [IC95% = 0,08-1,04]; $p = 0,0574$ respectivamente). **Conclusiones:** En este estudio, la infección por *H. pylori* fue más frecuente en pacientes con enfermedad hepática crónica y se vincula con gastropatía portal, lo que sugiere una posible participación de esta infección en la aparición o progresión de la GHP. Aunque las clasificaciones de Kioto y Kimura-Takemoto fueron útiles para describir hallazgos endoscópicos, no fueron precisas para diagnosticar *H. pylori*. Se requieren más estudios para sustentar los hallazgos y poder describir de manera precisa los hallazgos indicativos de un diagnóstico oportuno en estos pacientes. **Financiamiento:** Sin financiamiento.

Tabla 1. Datos demográficos. (Dom074)

Variables	Pacientes, n = 152 (%)
Sexo	97 mujeres (63,8) 55 hombres (36,2)
Edad	54,8 años
Enfermedad hepática crónica	58 pacientes (38,2), EHC 94 pacientes (61,8), sin EHC
Causa	22 (14,4), alcohólica 19 (12,4), metabólica 7 (4,6), viral
Síntomas	43 (74,1) EHC vs. 55 (58,5), sin EHC □ saciedad temprana 36 (62,1) EHC vs. 35 (37,2), sin EHC □ dolor o ardor en epigastrio 30 (51,7) EHC vs. 33 (35,1) □ plenitud posprandial
Infección por <i>H. pylori</i>	43 (74,1), con EHC 34 (36,2), sin EHC
Hallazgos endoscópicos	54 (93,1), edema de mucosa en EHC 17 (29,3), hemorragia subepitelial en EHC 34 (36,2), atrofia sin EHC

Dom075

VALIDACIÓN DEL PROGETTO NAZIONALE EMORRAGIA DIGESTIVA (PNED) E INTERNATIONAL BLEEDING SCORE (IBS) FRENTE A ROCKALL, GLASGOW-BLATCHFORD Y AIMS-65 COMO PREDICTORES DE RESANGRADO EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

P. M. Diego-Salazar, O. A. Juárez-León, A. Crespo, D. A. Ruiz-Jiménez, K. Cazarín-Chávez, D. F. Abendaño-Rivera, J. C. Zavala-Castillo, J. C. Silis-Cravioto, R. Y. López-Pérez, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La hemorragia digestiva alta no variceal (HDA-NV) es una urgencia médica con una mortalidad del 5 al 10%, en la cual la estratificación temprana del riesgo es clave para optimizar los recursos y mejorar los desenlaces. En la actualidad se utilizan calificaciones como la de Rockall endoscópica, Glasgow-Blatchford (GBS) y AIMS-65 para predecir la mortalidad o la necesidad de intervención. Sin embargo, tienen limitaciones: la GBS sobredimensiona las necesidades de endoscopia urgente, mientras que la AIMS-65 carece de sensibilidad para el resangrado. En este contexto surgen dos herramientas promisorias: el *Progetto Nazionale Emorragia Digestiva* (PNED), desarrollado para evaluar el pronóstico sin depender de endoscopia inicial; y el *International Bleeding Score* (IBS), que integra variables para predecir mortalidad como el resangrado. Aunque ambos instrumentos han mostrado utilidad teórica, no existen estudios que comparen directamente su rendimiento frente a las herramientas habituales. **Objetivo:** Comparar la utilidad de los sistemas PNED e IBS con Rockall, Glasgow-Blatchford y AIMS-65 en la predicción del resangrado en la hemorragia digestiva alta no variceal. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y analítico en el cual se revisaron expedientes de pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General de México en el periodo de agosto del 2024 a enero del 2025, mayores de 18 años y con diagnóstico de sangrado gastrointestinal no variceal. Se recabaron las características demográficas y hallazgos endoscópicos, se calcularon cada una de las escalas y se realizó un seguimiento a 30 días para conocer el número de pacientes que sufrió resangrado. Se utilizó el software IBM SPSS versión 26 para el análisis estadístico y se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Se incluyó a un total de 122 pacientes y la distribución por sexo fue de 63,1% de hombres ($n = 77$) y 36,9% de mujeres ($n = 45$). En relación con la causa identificada por hallazgos endoscópicos, la gastropatía hemorrágica fue la más frecuente, presente en 40,2% de los casos ($n = 49$), seguida de las úlceras gástricas o duodenales Forrest IIc/III en 20,5% ($n = 25$)

y las úlceras Forrest Ia/Ib/Ila/Ilb en 14,8% (n = 18). Otras causas incluyeron esofagitis erosiva (5,7%), ectasias vasculares (0,8%) y tumores de esófago o estómago (2,5%). El resangrado de manera global se presentó en 4,9% de los pacientes (n = 6). Los hombres registraron una frecuencia mayor de resangrado: 6,5% de los casos. El análisis tipo ROC de las cinco escalas clínicas mostró que la escala PNED tiene la mayor capacidad diferenciadora con un área bajo la curva de 0,608, seguida por IBS de 0,596 y Rockall de 0,543. La escala GB alcanzó un AUROC de 0,552, mientras que la AIMS65 tuvo el menor desempeño (0,360).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal, las escalas PNED e IBS mostraron un mejor desempeño diferenciador para predecir resangrado en comparación con las herramientas habituales. La PNED fue la escala con mayor capacidad predictiva, seguida por IBS. AIMS-65 mostró el rendimiento más bajo. Sin embargo, debido al bajo número de episodios de resangrado, los resultados deben interpretarse con cautela. Se requieren estudios con mayor tamaño de muestra para validar estos hallazgos y fortalecer la utilidad de PNED e IBS en la estratificación de riesgo de resangrado.

Financiamiento: Ninguno.

Dom076

ENDOSCOPIA SUPERIOR AL PIE DE CAMA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

L. A. González-Torres, E. A. Sandoval-González, C. E. González-Martínez, L. Santoyo-Fexas, J. E. Méndez-Benítez, C. A. Ramos-Matamoros, J. A. González-González, H. J. Maldonado-Garza, J. O. Jáquez-Quintana, Hospital Universitario de Monterrey

Introducción: La endoscopia superior al pie de cama (EDSPC) se emplea comúnmente en pacientes en UCI, sobre todo con ventilación mecánica o inestabilidad hemodinámica. Sus indicaciones incluyen sospecha o presencia de sangrado digestivo alto, colocación de sondas y otras causas. En este centro se evaluaron las indicaciones y los hallazgos de la EDSPC en esta población crítica.

Objetivo: Evaluar los procedimientos endoscópicos realizados por el equipo y analizar las tendencias en tipo de paciente, hallazgos, terapéutica aplicada y sus efectos en pacientes de terapia intensiva.

Material y métodos: Se analizaron los procedimientos endoscópicos practicados en la UCI entre 2014 y 2025 mediante torre móvil. Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo que incluyó a pacientes con ventilación mecánica invasiva sometidos a endoscopia por cualquier motivo.

Resultados: Se analizaron 72 estudios endoscópicos en la UCIA, incluidos 62 procedimientos tras excluir 10 por no cumplir criterios. La mediana de edad fue de 50 años (RIC, 37-67), con predominio masculino (64,5%). La mayoría correspondió a endoscopias digestivas altas (88,7%), seguidas por rectosigmoidoscopias (8,1%). Las principales causas de ingreso fueron neurológicas (24%) y neumológicas (9,7%), mientras que el sangrado del tubo digestivo alto fue la indicación más frecuente (57%). A nivel esofágico predominó la esofagitis erosiva por sonda nasogástrica (SNG) (16,4%). En el estómago se observaron úlceras gástricas en 34%, gastritis erosiva en 29%, atrófica en 25% y nodular en 9%. Del total con úlceras gástricas, 42% mostró lesiones múltiples (≥ 2), todas Forrest III, con algunos casos de Forrest IIB e IB; en las úlceras únicas, 73% fue de tipo Forrest III. En el duodeno se hallaron úlceras (13%) y bulboduodenitis erosiva (7%), con predominio de Forrest III. En el colon, un tercio presentó colitis pseudomembranosa y un caso de enteroscopia reveló úlcera ileal Forrest III. El 29% requirió intervención terapéutica con éxito en el 89% de los casos. Se encontró una relación entre antecedentes neumológicos y gastritis atrófica ($p = 0,047$, OR 10,9), y entre pancreatitis y trasplante fecal por *Clostridioides difficile* ($p = 0,005$, OR 116).

Conclusiones: En este estudio retrospectivo, la EDSPC en pacientes de la UCI mostró baja rentabilidad diagnóstica y terapéutica. La mayoría de los hallazgos consistió en gastritis, esofagitis o úlceras Forrest III sin necesidad de intervención, lo que coincide con los informes previos en los que menos del 10% de las endoscopias modificó la atención clínica. Esto sugiere que la EDSPC debe reservarse para casos con sangrado evidente o inestabilidad persistente. Se identificaron relaciones relevantes: los pacientes con antecedentes neumológicos tuvieron más gastritis atrófica, lo cual podría vincularse con hipoperfusión o ventilación prolongada; en cambio, aquéllos con

pancreatitis tuvieron mayor frecuencia de trasplante fecal por *C. difficile*, lo que refuerza la importancia de la disbiosis en este contexto.

Aunque el diseño retrospectivo y unicéntrico limita la generalización, los hallazgos invitan a una mayor selectividad en la indicación de EDSPC. Se requieren estudios prospectivos para definir con mayor precisión qué pacientes críticamente enfermos se benefician en realidad de esta intervención.

Financiamiento: Ninguno.

Dom077

CARACTERIZACIÓN DE LESIONES SUBEPITELIALES OBSERVADAS POR PANENDOSCOPIA Y POSTERIORMENTE CON ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

K. Cazarín-Chávez, P. M. Diego-Salazar, H. S. De Marino-Herrera, C. S. Tinítana-Jumbo, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Las lesiones subepiteliales (LSE) son protuberancias del tracto gastrointestinal (GI) cubiertas por un epitelio de apariencia normal, pueden ser benignas o malignas e incluyen tumores, quistes o estructuras extraluminales que causan compresión extrínseca. Pueden aparecer en cualquier parte GI, la mayoría es asintomática y son con frecuencia hallazgos incidentales en la endoscopia o las imágenes transversales.

Objetivo: Describir los hallazgos por ultrasonido endoscópico (USE) e histopatología de las lesiones subepiteliales identificadas por endoscopia o imagen transversal en pacientes sintomáticos y asintomáticos, y evaluar la relevancia clínica de dicho hallazgo en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, analítico y retrospectivo, tipo cohorte, que incluyó a pacientes con lesión subepitelial observada por endoscopia o imagen transversal y caracterizada por ultrasonido endoscópico, atendidos en este hospital en el periodo de enero de 2024 a junio de 2025. Se registró la frecuencia de lesiones subepiteliales en general y la frecuencia de las afecciones específicas ya caracterizadas por USE e histopatología. Los datos cualitativos se expresan en porcentajes y los cuantitativos en media $\pm$ DE.

Resultados: Se incluyó a 72 pacientes con edad de $54,51 \pm 14,34$ años (51,2-57,83), 69,5% de ellos mujeres; la principal indicación para solicitar panendoscopia fue la dispepsia no investigada y el sitio anatómico más afectado con dichas lesiones fue el antro gástrico en 25% (n = 18), la curvatura mayor en 16,6% (n = 12), el duodeno en 13,8% (n = 10) y, con menor frecuencia, el recto con 2,7% (n = 2). En relación con la capa de origen señalada por USE, en 36,1% (n = 26) fue la cuarta ecocapa, en 25% (n = 18) la segunda, en 20,8% (n = 15) la tercera y sólo en un paciente se identificó compromiso de todas las ecocapas. El tamaño tuvo un intervalo de 5,9 a 111 mm, 40,2% se informó como imágenes heterogéneas y 68% (n = 49) como hipoecoicas, y con dichas características se estableció un diagnóstico probable por USE: lesión subepitelial en estudio en 30,5% (22), probable GIST en 15,2% (11), páncreas ectópico en 9,7% (7) y compresión extrínseca en 5,5% (4). El 31,9% (23) cumplió criterios para tomar biopsia con reporte histológico de GIST en 8,3% (6), mucosa normal en 5,5% (4) y adenocarcinoma en 4,1% (3) (Tabla 1).

Tabla 1. Lesiones subepiteliales diagnosticadas por USE e histología. (Dom077)

Diagnóstico por USE	n
GIST vs. leiomioma	6 (8%)
Probable GIST	11 (15%)
Ganglio	1 (1,3%)
Leiomioma	4 (5,5%)
Lipoma	3 (4%)
Compresión extrínseca	4 (5,5%)
Quiste de duplicación	4 (5,5%)
Pólipo	1 (1,3%)
Páncreas ectópico	7 (9,7%)

Quiste	1 (1,3%)
Leiomioma vs. neuroendocrino	1 (1,3%)
Linfangiectasia	1 (1,3%)
Leiomioma vs. schwannoma	1 (1,3%)
Sin evidencia de lesión	4 (5,5%)
Engrosamiento mural	1 (1,3%)
Lesión subepitelial en estudio	22 (30,5%)
Diagnóstico histológico	n
GIST	6 (8,3%)
Leiomioma	2 (2,7%)
Páncreas ectópico	2 (2,7%)
Adenocarcinoma	3 (4,2%)
Lesión fusocelular	2 (2,7%)
Indeterminado	3 (4,2%)
Mucosa normal	4 (5,5%)
Muestra insuficiente	1 (1,3%)

Conclusiones: En este estudio, la mayoría de las LSE correspondió a hallazgos incidentales y el ultrasonido endoscópico (USE) permitió caracterizar adecuadamente estas lesiones, establecer un diagnóstico presuntivo en el 70% de los casos y destacar un probable GIST, páncreas ectópico y compresión extrínseca. En los casos sometidos a biopsia, se confirmó GIST en el 8,3% y adenocarcinoma en el 4,1%. Estos hallazgos evidencian la utilidad del USE para distinguir entre lesiones benignas y neoplasias. La caracterización adecuada de las LSE guía las decisiones clínicas, evita intervenciones innecesarias y modifica el pronóstico de los pacientes. Su integración en la práctica regular es fundamental.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom078

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL EN LA ERA DE LOS DOACs: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y DESENLACES

H. S. De Marino-Herrera, M. G. Reyes-Zermeño, Y. J. Cruz-Ramírez, S. M. Narváez-Chávez, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La hemorragia gastrointestinal (HGI) es una complicación no deseada en pacientes tratados con anticoagulantes orales directos (DOAC). Aunque el apixabán y el rivaroxabán han demostrado eficacia en la prevención de episodios tromboembólicos, su perfil de seguridad digestiva permanece en discusión. En México, los estudios comparativos entre estos fármacos y sus hallazgos endoscópicos son limitados.

Objetivo: Comparar la frecuencia y las características clínicas y endoscópicas de la HGI en pacientes tratados con apixabán y rivaroxabán, así como en pacientes sin anticoagulación, en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años tratados con DOAC (apixabán o rivaroxabán) o sin anticoagulación, entre enero de 2018 y diciembre de 2023. Se evaluaron variables clínicas, demográficas, tratamientos concomitantes y hallazgos endoscópicos. Se realizaron las pruebas ji cuadrada, t de Student, U de Mann-Whitney y regresión logística.

Resultados: Se incluyó a 278 pacientes (136 con DOAC: 41 apixabán, 96 rivaroxabán; 142 sin anticoagulación). Se presentan las variables demográficas, clínicas y desenlaces. La edad media fue de $67,4 \pm 15,1$ años y la frecuencia global de HGI fue del 25%. No se observaron diferencias marcadas en la tasa de HGI entre apixabán y rivaroxabán (34,1% vs. 37,5%, $p = 0,58$), ni en mortalidad (9,8% vs. 12,5%, $p = 0,77$). El rivaroxabán se acompañó de un mayor riesgo de hospitalización por HGI comparado con los controles (OR 1,29; IC95%, 1,10-1,52; $p < 0,001$), mientras que esta relación no fue evidente con el apixabán.

En el análisis de tratamientos concomitantes, el uso de AINE elevó considerablemente el riesgo de HGI en pacientes tratados con rivaroxabán (OR 16,1; IC95%, 1,22-212,6; $p = 0,03$). Se identificaron hallazgos endoscópicos en 70 pacientes. La lesión más frecuente fue la úlcera gástrica (26%), seguida de la gastropatía hemorrágica (11,7%), mientras que en el 39% no se identificó evidencia de lesión. La manifestación clínica más común fue melena (56%). Las lesiones se reclasificaron como clínicamente significativas (úlceras, várices, tumorales, angiodisplasias) y no significativas (fisura anal, hemorroidal). Al comparar por tipo de anticoagulante, no se observaron diferencias relevantes en la proporción de lesiones significativas entre apixabán, rivaroxabán y pacientes sin anticoagulación ($p = 0,63$).

Conclusiones: Los hallazgos proponen que el apixabán y el rivaroxabán poseen un riesgo similar de HGI, aunque los pacientes tratados con rivaroxabán tuvieron una mayor tasa de hospitalización. Además, el uso concomitante de AINE representa un factor de riesgo importante para HGI en pacientes tratados con rivaroxabán. La evaluación endoscópica mostró que las lesiones clínicamente significativas fueron frecuentes en ambos grupos, sin diferencia relevante por tipo de anticoagulante, lo que refuerza la necesidad de individualizar el control del riesgo hemorrágico en estos pacientes.

Financiamiento: Propio.

Dom079

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS Y PERFIL CLÍNICO DEL LINFOMA GASTROINTESTINAL EN EL IGSS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

E. S. Hernández-Musus, L. D. Paz-García, D. E. Rosales-López, B. Sánchez, Grupo colaborativo: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Introducción: El linfoma gastrointestinal (LGI) es el linfoma extranodal más frecuente y representa 4 a 20% de todos los linfomas extranodales y hasta un 5% de las neoplasias digestivas primarias. Sus presentaciones clínicas son inespecíficas y variadas, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. Los principales subtipos incluyen el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) y el linfoma MALT, este último altamente relacionado con *Helicobacter pylori*. El diagnóstico se basa en hallazgos endoscópicos, histopatología e inmunohistoquímica. En Guatemala no existen estudios previos que describan la experiencia local sobre esta alteración.

Objetivo: Describir las características clínicas, epidemiológicas, endoscópicas e histopatológicas de los pacientes diagnosticados con linfoma gastrointestinal primario atendidos en el IGSS, así como su tratamiento y desenlaces.

Informe de casos: Se incluyó a 11 pacientes con diagnóstico de linfoma gastrointestinal primario, atendidos en el IGSS, de los cuales 10 (90,9%) presentaban linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) y 1 (9,1%) linfoma tipo MALT. La mediana de edad fue de 57,18 años (DE, 18,68) y predominó el sexo masculino (90,9%). Los principales motivos de consulta fueron hemorragia digestiva alta (HGIA) en 54,5% y dolor abdominal en 45,5%, con una mediana de duración de síntomas de siete días (Tabla 1).

Las localizaciones más frecuentes fueron el antro gástrico (36,4%) y el intestino delgado (27,3%). El 45,5% tuvo prueba positiva para *Helicobacter pylori*. La mayoría recibió quimioterapia con R-CHOP (54,5%) y el 18,2% requirió cirugía adyuvante. La mediana de seguimiento fue de cuatro meses y la mortalidad fue de 36,4% ($n = 4$), vinculada con linfomas de alto grado y presentación con HGIA (Tabla 1).

En la comparación entre fallecidos y sobrevivientes se observó que los pacientes fallecidos eran más jóvenes (media de 47,25 años vs. 62,85), todos hombres, con menor albúmina (2,85 vs. 3,39 g/dL) y mayor índice Ki-67 (80,75% vs. 75,71%). No se hallaron diferencias significativas en otros síntomas ni en parámetros bioquímicos, aunque se identificó una mayor frecuencia de compromiso del intestino delgado en fallecidos.

Discusión: Este estudio describe una cohorte de 11 pacientes con linfoma gastrointestinal primario diagnosticados en el IGSS y señala que la hemorragia digestiva alta y el dolor abdominal fueron las manifestaciones clínicas más comunes. La localización más frecuente fue el antro gástrico y el subtipo histológico predominante fue el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL). La infección por *Helicobacter pylori* se relacionó especialmente con el linfoma MALT. El tratamiento incluyó sobre todo quimioterapia con R-CHOP y en algunos casos cirugía. La mortalidad fue del 36,4%, acompañada de mayor índice Ki-67, síntomas de alarma y enfermedad avanzada, lo que destaca la importancia del diagnóstico oportuno y el abordaje multidisciplinario.

Tabla 1. Comparación entre pacientes vivos y muertos, variables epidemiológicas, clínicas y bioquímicas. (Dom079)

Variable	Muerte			Valor de p
	Global	Sí	No	
Edad, X (DE)	57,18 (18,68)	47,25 (13,12)	62,85 (19,81)	
Sexo, f (%)				0,63
Masculino	10 (90,9)	4 (100)	6 (85,7)	
Femenino	1 (9,1)	--	1 (14,3)	
Estadio clínico, f (%)				0,63
I	1 (9,1)	--	1 (14,3)	
> I	10 (90,9)	4 (100)	6 (85,7)	
Síntomas, f (%)				
Pérdida de peso	3 (27,3)	1 (25)	3 (42,9)	0,35
Vómito	3 (27,3)	4 (100)	3 (42,9)	2,36
Melena	3 (27,3)	1 (25)	2 (28,6)	0,02
Anemia	3 (27,3)	1 (25)	2 (28,6)	0,02
Perforación	2 (18,2)	2 (50)	-	4,28
Obstrucción	4 (36,4)	2 (50)	2 (50)	0,51
Epigastralgia	7 (63,6)	3 (75)	4 (57,1)	0,35
Dispepsia	4 (36,4)	2 (50)	2 (28,6)	0,51
Bioquímica, X (DE)				
Hb	12,18 (2,59)	11,2 (2,36)	12,74 (2,71)	0,55
LDH	301,3 (109,47)	316 (129,15)	293,42 (106,86)	0,19
Albúmina	3,39 (2,59)	2,85 (0,62)	1,00	1,00
Hallazgos endoscopia, f (%)				1,905
Tipo ulcerativo	2 (18,2)	1 (25)	1 (14,3)	
Tipo exofítico	1 (9,1)	--	1 (14,3)	
Lesión tumoral	2 (18,2)	--	2 (28,6)	
Localización, f (%)				8,119
Antro gástrico	4 (36,4)	--	4 (57,1)	
Cuerpo/fondo gástrico	1 (9,1)	1 (25)		
Intestino Delgado	3 (27,3)	2 (50)	1 (14,3)	
Intestino medio	1 (9,1)	1 (25)	1 (14,3)	
Colon	1 (9,1)	--	1 (14,3)	
<i>H. pylori</i>				0,251
Positivo	5 (45,5)	1 (25)	4 (57,1)	
Negativo	--	--	--	
No realizada	6 (54,5)	3 (75)	3 (75)	
Patología				
DLBCL	10 (90,9)	4 (100)	6 (85,7)	
MALT	1 (9,1)		1 (14,3)	
CD20	11 (100)	4 (100)	7 (100)	
CD3	8 (72,7)	3 (75)	7 (100)	
BCL6	10 (90,9)	4 (100)	6 (85,7)	
C-MYC	10 (90,9)	4 (100)	6 (85,7)	
KI-67 X (DE)	57,18 (18,68)	80,75 (12,20)	75,71 (27,75)	

Conclusiones: El linfoma gastrointestinal es una neoplasia poco frecuente pero clínicamente relevante. Este estudio demuestra su heterogeneidad clínica y endoscópica, así como su vínculo con el *Helicobacter pylori* y la importancia del enfoque terapéutico integral. Se requieren más estudios locales para comprender su comportamiento y optimizar su tratamiento.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom080

UTILIDAD DEL ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN LA DETERMINACIÓN DE LA ERRADICACIÓN DE VÁRICES GÁSTRICAS

S.A. Vera-Nungaray, I. E. Severino-Ferreras, A. Romero-Lozanía, P. L. Pérez-Santos, J. C. Silis-Cravioto, D. Muñoz-Fuentes, M. I. Torres-Ruiz, R. Y. López-Pérez, R. Terrazas-Rodríguez, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México

Introducción: La hipertensión portal es el incremento del gradiente de presión mayor de 5 mmHg, lo que lleva a la formación de várices esofágicas y gástricas, alto riesgo de hemorragia digestiva y mortalidad. La terapia endoscópica se considera el tratamiento de primera línea para las várices gástricas (VG) según las directrices de la AASLD. La inyección de cianoacrilato (adhesivo tisular) mediante endoscopia es el método convencional de elección y el más utilizado con una eficacia aproximada de 90%. El ultrasonido endoscópico (USE) tiene beneficios en el tratamiento de las várices, ya que detecta várices seis veces más que la EGD, mide su tamaño, el grosor de su pared incluso en el contexto de una hemorragia activa, además de que utiliza la herramienta integrada del Doppler a color para confirmar la presencia de flujo dentro de la várice o valorar su erradicación.

Objetivo: Determinar el éxito de la obliteration de várices gástricas mediante 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 de tres meses. Se incluyó a los pacientes con várices gástricas que requirieron obliteration con cianoacrilato mediante endoscopia superior. Los pacientes con estigmas de obliteration previa sin necesidad endoscópica de nueva obliteration por EGD fueron objeto de ultrasonido endoscópico para corroborar la falta de flujo o la necesidad de una nueva obliteration.

Resultados: Se incluyó a 26 pacientes, con una media de edad de 56 años y una frecuencia mayor del sexo femenino (53,8%). Las várices gástricas valoradas por USE, en orden de frecuencia, fueron las GOV2 (80,8%), seguidas de las IGV1 (38,5%). La obliteration completa por EGD previa con el uso de cianoacrilato, evidenciada por USE, se alcanzó en el 62,5% de los casos, mientras que los datos de la persistencia del flujo, documentados por Doppler a color, aunados a la presencia de signos de mal pronóstico, requirieron nueva sesión de obliteration en un 40% de los casos (Tabla 1).

Conclusiones: El USE es una herramienta útil para confirmar la presencia o la ausencia de flujo de várices gástricas posterior a obliteration endoscópica. El USE es una alternativa terapéutica de segunda línea para lograr una obliteration completa en caso de persistencia del flujo o en várices con datos de mal pronóstico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Evaluación por USE de várices gástricas después de la obliteration. (Dom080)

	GOV 1	GOV2	IGV1	IGV2
Diámetro (mm)				
Media (±)	0,85 (2,38)	6,61 (6,25)	1,33 (4,13)	0,42 (0,21)
Total de sesiones de obliteration (%)				
1	5 (62,5)	10 (47,6)	4 (40)	-
2	3 (37,5)	8 (38,1)	4 (40)	-
3	-	3 (14,3)	1 (10)	1 (10)
4	1 (12,5)	-	1 (10)	-

Dom081

APLICACIÓN DE REFRESCO DE COLA EN LA PREPARACIÓN ENDOSCÓPICA: ALTERNATIVA NO CONVENCIONAL EN LA PRÁCTICA REAL

L. A. González-Torres, R. Reséndez-Guajardo, J. E. Méndez-Benítez, L. Manuel-Sáenz, C. E. González-Martínez, C. A. Ramos-Matamoros, S. G. Arana-Villatoro, H. J. Maldonado-Garza, J. O. Jáquez-Quintana, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: El uso de bebidas de tipo cola para disolver bezoares y restos alimentarios es una opción segura, efectiva, práctica y económica. No obstante, la evidencia proviene sobre todo de series de casos y pocos estudios retrospectivos, con variaciones en las dosis y la vía de administración. Ante esta falta de estandarización se realizó una revisión retrospectiva para evaluar su eficacia de acuerdo con la dosis, la vía y la causa de la obstrucción gástrica; la finalidad era contribuir a la sistematización de esta estrategia terapéutica.

Objetivo: Valorar la eficacia de los lavados con bebida de tipo cola para el diagnóstico de los pacientes con síntomas de obstrucción en la salida gástrica.

Material y métodos: El uso de bebidas de tipo cola como método de disolución gástrica ha mostrado ser una alternativa segura, efectiva y económica. Aunque existen informes previos, la mayoría se limitan a series pequeñas y sin una técnica estandarizada. Se condujo un estudio retrospectivo de 41 pacientes con diagnóstico clínico e imagenológico de obstrucción de la salida gástrica. En todos los casos se colocó sonda nasogástrica y se infundieron 500 mL de soda regular dos veces al día, con control ecográfico del vaciado gástrico. El tratamiento se consideró exitoso si la preparación permitió una endoscopia diagnóstica efectiva. El objetivo fue evaluar la utilidad de esta estrategia para mejorar la visualización endoscópica en pacientes con restos alimentarios y aportar evidencia para su sistematización.

Resultados: La mediana de edad fue de 60 (44-73) años, con predominio del género femenino (53,7% vs. 46,3%). Los diagnósticos establecidos con más frecuencia fueron en orden de frecuencia: 16 (39%) tumores gástricos, 11 (26,8%) estenosis pépticas, 6 (14,5%) compresiones extrínsecas, 2 (4,9%) acalasia, 2 (4,9%) síndromes de Wilkie, 2 (4,9%) tumoraciones duodenales, 1 (2,4%) tumoración esofágica y 1 (2,4%) fitobezoar.

En cuanto a los datos de laboratorio, la mediana de días de preparación con soda fue de 3 (3-4) días y la de los días de hospitalización fue de 13 (5-26). La media de Hb fue de 11,7 ($\pm$ 3,3) mg/dL, VCM 85 ($\pm$ 9,7), leucocitos con mediana de 8,4 (6,8-10,9), neutrófilos 9,5 (4,4-9,14), plaquetas 336 ($\pm$ 130), creatinina 0,7 (0,5-1,2), BUN 17 (11-27), AST 25 (16-36), ALT 14 (11-25), ALP 83 (60-102), BT 0,7 (5-1,2), BD 0,2 (0,1-0,4), BI 0,5 (0,25-0,8), LDH 144 (122-199), albúmina 3,5 ($\pm$ 0,7), colesterol 143 (122-190) y triglicéridos 128 (101-149).

En relación con la efectividad del uso de lavados con soda, se observó que en 34 (82,9%) de los pacientes se logró una adecuada preparación, 24 (58,5%) de los pacientes requirieron más de una endoscopia después de la primera preparación y de ellos 18 (43,9%) sólo necesitaron una más, 5 (12,2%) dos endoscopias más y un paciente tres procedimientos. Se realizó un análisis comparativo para identificar los diagnósticos que tuvieran más riesgo de requerir más de una intervención y con un desenlace inefectivo al momento de realizar la endoscopia, sin hallar una diferencia significativa. Tampoco se reconoció una diferencia significativa entre los distintos diagnósticos y los días requeridos para su preparación con soda. La **Tabla 1** resume estos hallazgos.

Tabla 1. (Dom081)	
Variable	Valor
Demografía	
Mediana de edad (RIC)	60 años (44-73)
Sexo femenino	22 (53,7%)
Sexo masculino	19 (46,3%)
Diagnósticos principales	
Tumores gástricos	16 (39%)

Estenosis péptica	11 (26,8%)
Compresión extrínseca	6 (14,5%)
Acalasia	2 (4,9%)
Síndrome de Wilkie	2 (4,9%)
Tumoración duodenal	2 (4,9%)
Tumoración esofágica	1 (2,4%)
Fitobezoar	1 (2,4%)
Datos clínicos	
Días de preparación con soda (RIC)	3 (3-4)
Días de hospitalización (RIC)	13 (5-26)
Eficacia del lavado con soda	
Preparación adecuada lograda	34 (82,9%)
Pacientes con > 1 endoscopia	24 (58,5%)
– Sólo una endoscopia adicional	18 (43,9%)
– Dos endoscopias adicionales	5 (12,2%)
– Tres procedimientos en total	1 (2,4%)
Análisis comparativo	
Diagnóstico vs. reintervención	No significativa
Diagnóstico vs. días de preparación	No significativa
RIC, rango intercuartílico.	

Conclusiones: Los resultados muestran que el lavado gástrico con soda permite una adecuada visualización endoscópica en pacientes con obstrucción de la salida gástrica, con diagnóstico en más del 80% de los casos. Esto se observó con estudios previos sobre su eficacia en la disolución de bezoares, aunque sin protocolos estandarizados. A diferencia de otras series, se incluyó a más pacientes con un seguimiento ecográfico sistemático. Esta técnica, accesible y reproducible, debe considerarse en centros de recursos limitados.

Financiamiento: Ninguno.

Dom082

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR *H. PYLORI* DE ACUERDO CON LA ESCALA DE KIOTO MODIFICADA EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA DEL HGZ 1 ZACATECAS EN EL PERIODO MARZO 2024-MARZO 2025

A. G. Ayala-Hernández, M. Rivera-Huizar, J. Ramírez-Velázquez, R. Leija-Walle, Instituto Mexicano del Seguro Social Zacatecas

Introducción: La infección por *H. pylori* tiene una alta prevalencia en el mundo y es la principal causa de gastritis crónica, además de que está clasificada como carcinógeno de clase I por la OMS. El cáncer gástrico es una enfermedad letal con una sobrevivencia de 1 de cada 5 personas a los cinco años; ahí radica la importancia de implementar estrategias de detección temprana de estas afecciones.

Objetivo: Determinar la frecuencia de hallazgos compatibles con diagnóstico de infección por *H. pylori* por endoscopia convencional de acuerdo con la escala de Kioto modificada.

Material y métodos: Pacientes sometidos a endoscopia en el periodo de un año (marzo de 2024 a marzo de 2025) atendidos en el HGZ Zacatecas del IMSS por diversos síntomas. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: género, hallazgos endoscópicos de acuerdo con la clasificación de Kioto modificada. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media y promedio.

Resultados: Se analizaron 413 estudios en total y se encontraron 186 casos (45,0363%) con riesgo de infección por *H. pylori* con puntuación de Kioto

modificada ≥ 2 puntos. Los hallazgos más frecuentes fueron eritema difuso grave (79,5698%), eritema difuso leve (65,0537%), nodularidad (11,2903%), metaplasia intestinal (3,2258%) y atrofia (2,1505%). Los hallazgos fueron únicos en el 79,0322% de los casos y múltiples en el 20,9677%. Sólo el 1,0752% de los casos obtuvo una calificación ≥ 4 puntos con riesgo de cáncer gástrico. Se identificaron además 102 casos de úlceras (50% gástricas y 50% duodenales), además de 13 casos con la coexistencia de ambas, las cuales pueden estar relacionadas de igual forma con la misma infección. Se excluyeron del análisis 125 casos (30,2663%) que notificaron otros resultados, como várices, hernias, tumores o esofagitis.

Conclusiones: El estándar de oro para el diagnóstico de infección por *H. pylori* es todavía la confirmación histológica por biopsia. En pacientes sometidos a endoscopia diagnóstica y hallazgos compatibles con una puntuación de Kioto ≥ 2 puntos se permitiría el diagnóstico endoscópico con respaldo en la evidencia actual, lo que disminuiría los costos y optimizaría los recursos como un modelo eficaz para la evaluación de dicha infección y las lesiones precancerosas; esto representaría la oportunidad de prevenir el cáncer gástrico y una pauta para individualizar cada caso y determinar la institución del tratamiento de erradicación.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom083

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LESIONES DE CRECIMIENTO LATERAL POR COLONOSCOPIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

G. Rangel-Zavala, R. Y. López-Pérez, J. C. Zavala-Castillo, L. V. Cupil-Escobedo, A. Ordaz-Contreras, K. Cazarín-Chávez, J. C. Silis-Cravioto, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los tumores colorrectales de crecimiento lateral (*laterally spreading tumors*, LST) constituyen un subtipo de lesiones neoplásicas superficiales que han cobrado relevancia clínica por su potencial maligno y sus características endoscópicas particulares. A diferencia de los pólipos pediculados o sésiles, los LST se desarrollan sobre todo de manera horizontal a lo largo de la mucosa colónica, con una extensión superficial mayor de 10 mm. Se clasifican en dos grandes grupos de acuerdo con sus características morfológicas: el tipo granular (LST-G), que puede ser homogéneo o mixto, y el tipo no granular (LST-NG), que incluye las variantes planas elevadas y pseudodeprimidas. En las publicaciones internacionales se han informado múltiples series de casos y estudios observacionales que detallan la epidemiología, morfología y comportamiento clínico de los LST. Sin embargo, en Latinoamérica, y en particular en México, los estudios sobre estas lesiones son limitados.

Objetivo: Determinar la prevalencia y las características endoscópicas de las LST en este centro.

Material y métodos: Se incluyeron todas las colonoscopias realizadas en el servicio de endoscopia del Hospital General de México Eduardo Liceaga entre enero de 2024 y abril de 2025 con diagnóstico de LST, definidas como elevaciones mucosas con borde plano o levemente elevado, altura menor a la mitad de su diámetro y tamaño > 10 mm.

Resultados: Se efectuaron 2 361 colonoscopias durante este periodo, de las cuales 40 presentaron LST. De éstas, 21/40 (52,5%) correspondieron a mujeres, con una edad mediana de 59,5 años (RIQ. 52,8-68,5). La localización más frecuente fue el ciego (27,5%), el colon ascendente (25,0%), el recto (20,0%), el colon transverso (12,5%), el descendente (7,5%) y el sigmoidees (7,5%). El tipo más frecuente fue LST-G (67,5%) frente a LST-NG (32,5%). Las LST-NG fueron más comunes en hombres que en mujeres (36,8% vs. 28,6%, $p = 0,738$). De las LST-G, 15/27 correspondieron al subtipo homogéneo (55,6%) y 12/27 al mixto nodular (44,4%). En cuanto a las LST-NG, 6/12 fueron planas elevadas (50%) y 6/12 pseudodeprimidas (50%). El patrón histopatológico más frecuente fue el adenoma tubulovelloso (40%). Se confirmó tratamiento en 17/40 lesiones (43,5%), de los cuales 12/17 fueron resección endoscópica mucosa (REM, 70,6%), 2/17 disección endoscópica submucosa (DES, 11,8%), 1/17 hemicolectomía derecha, 1/17 hemicolectomía izquierda y 1/17 resección anterior baja.

Conclusiones: En este centro, las LST son poco frecuentes, predominan las LST-G y se localizan sobre todo en el colon derecho; las LST-NG fueron más frecuentes en hombres.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom084

HALLAZGOS COLONOSCÓPICOS EN PACIENTES MAYORES Y MENORES DE 45 AÑOS: UN ESTUDIO COMPARATIVO

C. S. Tinitana-Jumbo, K. Cazarín-Chávez, L. V. Cupil-Escobedo, D. F. Abendaño-Rivera, Y. R. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: En 2010, la prevalencia de cáncer de colon y de recto en personas menores de 50 años era de 4,8% y 9,5%, respectivamente, cifras que han mostrado un incremento sostenido en los últimos años. En este grupo etario, el diagnóstico suele establecerse en etapas avanzadas: en estadios III y IV en el 61% de los menores de 50 años y en el 76% de los menores de 30 años, en contraste con el 46% y 50% en pacientes mayores de 50 años. Este retraso en el diagnóstico se atribuye, entre otros factores, a la baja sospecha clínica por parte del médico, la percepción de invulnerabilidad en adultos jóvenes y las limitaciones en el acceso oportuno a servicios de salud, lo que contribuye a una detección tardía en este grupo poblacional.

Objetivo: Comparar los hallazgos colonoscópicos en adultos jóvenes (< 45 años) referidos para colonoscopia por indicación distinta del tamizaje con los hallazgos en pacientes mayores de 45 años con riesgo promedio de cáncer colorrectal referidos para tamizaje.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico que incluyó a pacientes sometidos a colonoscopia por tamizaje de carcinoma colorrectal (T-CCR) (> 45 años) y por diversas indicaciones clínicas (< 45 años) en un lapso de seis meses en el servicio de endoscopia digestiva del Hospital General de México Eduardo Liceaga. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el software IBM SPSS versión 26 y se consideró estadísticamente significativo un valor de $p = 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 408 expedientes de pacientes con edad media de $48 \pm 14,66$ años, de los cuales el 62,7% correspondió a mujeres, y se clasificaron en dos grupos: grupo A (> 45 años) en el cual la indicación fue el tamizaje de CCR; grupo B (4-44 años), con las siguientes indicaciones para realizar la colonoscopia: T-CCR ($n = 39$, 24,53%), diarrea crónica ($n = 35$, 22,01%), HTDB ($n = 32$, 20,13%), EII ($n = 17$, 10,69%) y diversos ($n = 36$, 22,64%).

El grupo A se integró con 249 (73 hombres y 176 mujeres) y el grupo B con 159 (80 mujeres y 79 hombres). De forma global se notificaron 77 pólipos y por separado en cada grupo (Tabla 1): Grupo A: se identificaron 68 casos con pólipos, de los que el análisis histopatológico identificó 62 casos de adenoma tubular (24,89%), 5 tubulovelloso (2%) y 1 vellosos (0,40%). La prevalencia de displasia de bajo grado fue del 12,4% y la de alto grado del 2,81%, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo, aunque con mayor tendencia de displasia de alto grado en mujeres. De forma concomitante se reconocieron 3 (1,20%) casos de adenocarcinoma colorrectal.

Grupo B: se identificaron nueve casos con pólipos, de los que el análisis histopatológico los registró en su totalidad como adenomas tubulares (5,66%), cuatro tenían displasia de bajo grado y uno de alto grado; los restantes sin

Tabla 1. Colonoscopia en adultos jóvenes y mayores de 45 años: hallazgos y relevancia clínica. (Dom084)

	< 45 años (n)	%	> 45 años (n)	%
Hombres	79	49,6	73	29,3
Mujeres	80	50,3	176	70,7
Pólipos	9	5,6	68	27,3
Adenoma tubular	9	5,6	62	24,8
Adenoma tubulovelloso	0	0	5	2
Adenoma vellosos	0	0	1	0,4
Displasia de bajo grado	4	2,5	31	12,4
Displasia de alto grado	1	0,6	7	2,8
Tumor	7	4,4	3	1,2
Adenocarcinoma colorrectal	5	3,14	3	1,2
Linfoma no Hodgkin	1	0,6	0	0

displasia. Se reconocieron siete casos de pacientes con tumores, de los que 5 (3,14%) correspondieron a adenocarcinoma colorrectal, además de un caso de linfoma de Hodgkin y uno de mucosa histológicamente normal.

Conclusiones: Al margen de la edad, el adenoma tubular es aún el principal tipo histológico de pólipo. En la actualidad no existen guías que recomienden el tamizaje de cáncer colorrectal en menores de 45 años sin factores de riesgo, en parte debido a que el porcentaje de CCR en adultos jóvenes es aún bajo. Sin embargo, es conveniente hacer una evaluación exhaustiva en los adultos jóvenes que se diagnostican con CCR enfocados en los factores de riesgo que éstos presentan para dirigir de esta manera la búsqueda de pacientes elegibles para un estudio endoscópico a edad más temprana.

Financiamiento: No se contó con financiamiento para este trabajo.

Dom085

CÁPSULA ENDOSCÓPICA, EXPERIENCIA DE 12 AÑOS COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN ENFERMEDADES DE INTESTINO MEDIO EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

L. Romero-Juárez, L. F. De Giau-Triulzi, P. Gálvez-Castillejos, Hospital Español de México

Introducción: Con la introducción de la cápsula endoscópica (CE) en el año 2000, sus indicaciones y resultados han evolucionado y la han convertido en una herramienta fundamental para la evaluación del intestino medio, en especial hemorragia de origen oculto, enfermedad de Crohn, enfermedad celiaca, dolor abdominal crónico o diagnóstico de lesiones vasculares o neoplasias.

Objetivo: Confirmar la utilidad de la cápsula endoscópica.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo del uso de la cápsula endoscópica en pacientes sometidos a panendoscopia y colonoscopia sin identificar el sitio de hemorragia; sólo se incluyeron los expedientes completos desde el año 2011 hasta enero del 2025. Se revisaron 45 expedientes, de los cuales 28 (64,2%) correspondieron a mujeres y 16 (35,7%) a hombres, con una edad promedio de 63,9 años y un intervalo de edad de 14 a 83 años; las principales indicaciones fueron hemorragia en 30 pacientes (75%), síndrome anémico en 10 (25%), enfermedad de Crohn en 2 (4,4%), diarrea crónica en 2 (4,4%) y dolor abdominal en 1 (2,2%). Los hallazgos endoscópicos fueron angiodisplasias en 22 (48,8%), úlceras en 13 (28,8%), dos de ellas notificadas por el servicio de patología como enfermedad de Crohn, erosiones en 7 (15,5%), divertículo en íleon en 1 (2,2%), tumor neuroendocrino en 1 (2,2%) y 1 (2,2%) caso de úlcera con sangrado activo a nivel del yeyuno (Figura 1). La localización más frecuente fue el yeyuno en 31 (68,8%) casos y el íleon en 14 (31,1%); el tratamiento definitivo en 4 (8,8%) pacientes fue quirúrgico. Respecto de los efectos adversos, 2 (4,4%) pacientes experimentaron la retención de la cápsula, uno de ellos requirió tratamiento quirúrgico y el otro expulsó la cápsula de manera espontánea.

Discusión: La población principal de este centro se integró con personas mayores de 60 años, con una media de 63,9 años, la mayoría con antecedente de enfermedades cardiovasculares (fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca). Tras considerar estos dos factores, no fue raro que los hallazgos más frecuentes fueran las angiodisplasias, seguidas por las úlceras y las erosiones. La indicación más informada de la cápsula endoscópica es la hemorragia

con una capacidad diagnóstica de 60 a 90% de los casos, de acuerdo con las publicaciones médicas. Otra indicación es el diagnóstico o seguimiento de la enfermedad de Crohn, si la panendoscopia y la colonoscopia no revelan estos hallazgos, pero la clínica y los marcadores inflamatorios sugieren esta enfermedad; éste fue el caso de dos pacientes de este estudio en quienes la cápsula endoscópica identificó múltiples úlceras aftosas e ileitis ulcerosa, que el servicio de patología confirmó como enfermedad de Crohn. Aunque su utilidad en el contexto de dolor abdominal crónico no está completamente establecida, es otra indicación notificada; en este estudio, el único caso con esta indicación fue el de una enteropatía por antiinflamatorios no esteroideos.

Conclusiones: La cápsula endoscópica ha demostrado ser una herramienta diagnóstica segura, eficaz y bien tolerada. En la experiencia institucional, la hemorragia del tubo digestivo fue la indicación predominante, y las angiodisplasias fueron el hallazgo más común. La utilidad de la CE se extiende a enfermedades inflamatorias como la de Crohn y a pacientes con dolor abdominal con estudios convencionales negativos. La evolución tecnológica, incluida la inteligencia artificial, promete optimizar la interpretación futura de estos estudios.

Financiamiento: No se contó con financiamiento para la realización de este trabajo.

Dom086

UTILIDAD DEL MODELO DE IMAGEN ENDOSCÓPICA MAGNÉTICA EN EL ENTRENAMIENTO EN COLONOSCOPIA

C. A. Ramos-Matamoras, J. A. González-González, A. R. Jiménez-Rodríguez, Hospital Universitario José Eleuterio González

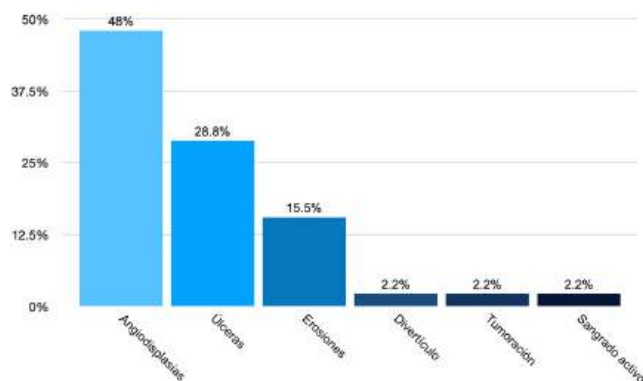
Introducción: La colonoscopia es una habilidad esencial en la formación del gastroenterólogo, pero su curva de aprendizaje es prolongada y técnicamente desafiante. La imagen endoscópica magnética, como la que proporciona ScopeGuide, permite visualizar en tiempo real la configuración del colonoscopia, y facilita la identificación y la resolución de asas. Esta tecnología puede mejorar la orientación espacial, acortar la curva de aprendizaje y aumentar la seguridad del procedimiento. Este estudio compara la utilidad del ScopeGuide respecto de la colonoscopia convencional en el entrenamiento de médicos en formación, además de evaluar su efecto en el desempeño técnico, confianza y percepción de seguridad.

Objetivo: Comparar la utilidad del modelo de imagen endoscópica magnética (ScopeGuide) y la del método de colonoscopia convencional en el desempeño durante el entrenamiento de residentes de gastroenterología.

Material y métodos: Estudio cruzado, prospectivo y ciego simple realizado en la unidad de endoscopia del Hospital Universitario José Eleuterio González. Participaron dos residentes con menos de 100 colonoscopias previas, asignados aleatoriamente en dos fases: el residente A realizó primero 10 colonoscopias con ScopeGuide y luego 10 convencionales; el residente B hizo lo mismo en orden inverso. Las colonoscopias se efectuaron en pacientes adultos sometidos a colonoscopia ambulatoria electiva. Endoscopistas expertos supervisaron los procedimientos. Las habilidades técnicas se valoraron mediante un instrumento adaptado de la *DOPS Colonoscopy Assessment Form* y la *Mayo Colonoscopy Skills Assessment Tool*. Se aplicó un cuestionario estructurado después de cada fase para evaluar la satisfacción, confianza y seguridad de los residentes.

Resultados: Se analizaron los datos de 40 procedimientos realizados por dos residentes (A y B) con utilización de dos equipos de colonoscopia (ScopeGuide y convencional) en un diseño cruzado (fases 1 y 2). En cuanto a la puntuación total de desempeño, el residente B mostró una media ligeramente superior (26,4 vs. 25,1), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,394$). En el tiempo para alcanzar el ciego, el residente B también fue más rápido (11:00 min vs. 12:48 min), pero esta diferencia tampoco fue significativa ($p = 0,257$). En el análisis del efecto del equipo (ScopeGuide contra convencional) y del residente no se identificó interacción significativa entre equipo y residente ($F = 9,911$, $p = 0,003$). El equipo por sí solo ($p = 0,514$) y el operador por sí solo ($p = 0,348$) tampoco mostraron efecto significativo. El patrón de interacción reveló que el equipo ScopeGuide mejoró el desempeño del residente A, en tanto que el equipo convencional favoreció más al residente B (Figura 1). La fase del estudio tuvo un efecto estadísticamente significativo sobre el desempeño de los residentes (evaluado a través de la

Figura 1. Hallazgos de la cápsula endoscópica. (Dom085)

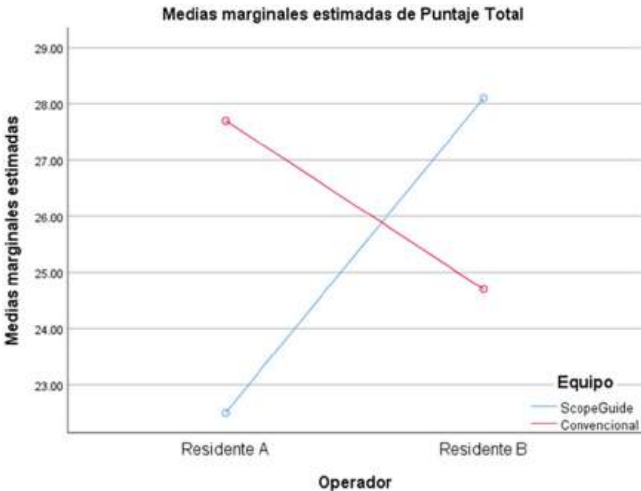


puntuación total), lo que sugiere que el cambio en el entorno o el equipo utilizado en la fase 2 pudo mejorar el rendimiento. No hay diferencias atribuibles al operador ni interacción significativa. La encuesta de satisfacción mostró que los residentes se sintieron más seguros, cómodos y satisfechos con su aprendizaje al utilizar ScopeGuide.

Conclusiones: El uso del sistema ScopeGuide en el entrenamiento en colonoscopia reveló un efecto variable según el operador, con una interacción significativa entre el tipo de equipo y el desempeño técnico, lo que sugiere que la eficacia de esta tecnología depende en gran medida del grado de adaptación individual. Aunque no se observaron diferencias globales significativas en la puntuación total ni en el tiempo de llegada al ciego, se reconoció una mejora general en la fase posterior del estudio, posiblemente relacionada con la curva de aprendizaje. Además, los residentes refirieron una percepción subjetiva positiva al utilizar ScopeGuide en su proceso de aprendizaje. Estos hallazgos apoyan el valor del ScopeGuide como una herramienta complementaria útil en la formación de habilidades endoscópicas, en particular durante las etapas iniciales del entrenamiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Efecto del ScopeGuide y el residente en la puntuación total. (Dom086)



Dom087

HALLAZGOS DE COLONOSCOPIA E HISTOPATOLOGÍA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA Y FIT POSITIVO, EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

M. Téllez-Orozco, N. Reyes-Saavedra, J. I. Vinageras-Barroso, L. F. De Giau-Triulzi, Hospital Español de México

Introducción: La anemia en pacientes mayores de 60 años es un hallazgo clínico frecuente que puede ser indicativo de trastornos gastrointestinales relevantes, incluidas neoplasias colorrectales y lesiones premalignas. La prueba inmunoquímica fecal (FIT, *fecal immune test*) es una herramienta no invasiva con una sensibilidad de 79% y una especificidad del 94%, cuya finalidad es la detección de hemoglobina humana en las heces. En pacientes con anemia y FIT positiva, la colonoscopia permite identificar la causa del sangrado, mientras que el análisis histopatológico contribuye al diagnóstico definitivo.

Objetivo: Describir los hallazgos en la colonoscopia y la histopatología en pacientes mayores de 60 años, con diagnóstico de anemia y FIT positiva en el Hospital Español de México.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyó a 44 pacientes con diagnóstico de anemia y prueba FIT positiva, sometidos a colonoscopia como abordaje de anemia entre enero de 2024 y febrero de 2025. Se clasificaron los hallazgos macroscópicos e histopatológicos relevantes. Las variables categóricas se analizaron con estadística descriptiva y se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: Se incluyó a 44 pacientes, de los cuales 29 (65,9%) eran mujeres y 15 (34,09%) hombres, con una edad media de 68,9 años. Hallazgos macros-

cópicos: enfermedad diverticular en 19 (43,1%), enfermedad hemorroidal en 12 (27,7%), colitis ulcerada en 8 (18,1%), angiodisplasias en 5 (11,3%), lesiones tumorales en 5 (11,36%), pólipos en 17 (38,6%, 13 diminutos y 4 pequeños), 1 caso de melanosis (2,2%) y 7 (15,9%) estudios normales. Se enviaron 22 especímenes a patología en 14 pacientes, 17 pólipos y cinco lesiones tumorales; de éstos, se informaron cinco pólipos hiperplásicos (11,3%) y 12 adenomas (27,7%), sin identificación de adenomas avanzados, 11 tubulares (91,6%) y 1 vellosos (8,3%); y 5 adenocarcinomas (11,3%).

Conclusiones: De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, en los pacientes mayores de 60 años, con diagnóstico de anemia y prueba FIT positiva, el hallazgo macroscópico más común fue la diverticulosis. El 27,7% de los pacientes tenía pólipos adenomatosos y el 11,3% neoplasias malignas, lo que refuerza la recomendación de realizar colonoscopia en este grupo de pacientes.

Financiamiento: Este trabajo no tuvo patrocinio de ningún tipo.

Dom088

PREVALENCIA DE LESIONES COLORRECTALES EN PACIENTES CON ACROMEGALIA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE DE 10 AÑOS (2014-2024) EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL

A. Félix-García, J. M. Maldonado-Martínez, J. F. Aguayo-Villaseñor, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La acromegalia es una afección crónica sistémica caracterizada por valores séricos circulantes elevados de hormona del crecimiento e IGF-1, efecto sobre todo de un tumor de la glándula pituitaria. El compromiso multisistémico incluye afectación cardiovascular, neuropsiquiátrica, respiratoria, metabólica, neurológica, neoplásica y gastrointestinal, lo que puede resultar en una pobre calidad de vida, una mayor tasa de hospitalización y una esperanza de vida acortada. En fecha reciente ha resultado aparente que los pacientes con acromegalia tienen una prevalencia mayor de adenomas colorrectales y cáncer y se considera la principal causa de muerte en estos sujetos. Muchos estudios demuestran que el cáncer colorrectal es la principal neoplasia relacionada con la acromegalia.

Objetivo: Determinar la prevalencia de lesiones colorrectales en pacientes con acromegalia en un periodo de 10 años en una unidad de tercer nivel de atención.

Material y métodos: Se evaluaron de forma retrospectiva 117 reportes de colonoscopia completa de pacientes con diagnóstico de acromegalia, quienes acudieron para la realización del estudio con indicación de tamizaje de cáncer colorrectal, durante el periodo comprendido entre 2014 y 2024, en el servicio de endoscopia del Centro Médico Nacional de Occidente. Los datos se expresaron en frecuencias absolutas, porcentajes y medias aritméticas. Las lesiones colónicas se clasificaron con base en la Clasificación Endoscópica de París.

Resultados: Se incluyó a 117 pacientes, 61 mujeres (52,1%) y 56 hombres (47,8%), con una media de edad de 52,5 años e intervalo de edad de 20 a 78 años. Se informó que 63 (53,8%) pacientes tenían algún tipo de lesión colorrectal y en 54 (46,1%) no se identificaron lesiones. La frecuencia de lesiones por género fue de 42 (66,6%) en hombres y 21 (33,3%) en mujeres. Frecuencia de lesiones por grupo de edad: 18-39 años, 4 (6,35%); 40-59 años, 33 (52,3%) y > 60 años, 26 (41,2%). La prevalencia de lesiones colorrectales en esta cohorte fue de 53,8%. La frecuencia y el porcentaje de pacientes con lesiones colorrectales según la Clasificación de París se exponen en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio demuestran que la prevalencia de lesiones colorrectales en pacientes con acromegalia es comparable a la registrada en las publicaciones internacionales. La mayor proporción de pólipos se identificó en el grupo etario de 40 a 59 años, lo cual respalda las recomendaciones

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de pacientes con lesiones colorrectales según la Clasificación de París. (Dom088)		
Clasificación París	Frecuencia	Porcentaje (%)
0-Is	35	61,4%
0-Ip	9	15,7%
0-IIa	8	14,0%
0-Isp	4	7,0%
0-IIb	1	1,75%

actuales que sugieren iniciar el tamizaje colonoscópico a partir de los 40 años en esta población. Es fundamental considerar las dificultades técnicas inherentes a la realización de la colonoscopia en estos pacientes, así como la experiencia del endoscopista para optimizar la detección de lesiones premalignas. Se recomienda mantener el seguimiento endoscópico periódico conforme a los protocolos establecidos por las principales sociedades científicas.

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

Dom089

ULTRASONIDO A PIE DE CAMA (POCUS) COMO PREDICTOR DE LIMPIEZA COLÓNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS SOMETIDOS A COLONOSCOPIA

A. M. Guillén-Graf, E. M. Tovar-Bojórquez, J. O. Jáquez-Quintana, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La colonoscopia es un procedimiento esencial para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del colon, cuya efectividad depende en gran medida de una adecuada preparación intestinal. En pacientes hospitalizados, esta preparación suele ser subóptima debido a múltiples factores como comorbilidades y fármacos, lo que puede comprometer la calidad del estudio y elevar el riesgo de complicaciones. Se carece de métodos objetivos anteriores al procedimiento que permitan decidir si la colonoscopia debe realizarse o posponerse. El ultrasonido a pie de cama (POCUS) se propone como una herramienta diagnóstica no invasiva, rápida y accesible para valorar de forma objetiva el contenido colónico antes de la colonoscopia.

Objetivo: Determinar si el ultrasonido a pie de cama es un predictor efectivo para una limpieza colónica adecuada en pacientes sometidos a una colonoscopia.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, doble ciego, en pacientes hospitalizados mayores de 18 años con indicación previa de colonoscopia en el Hospital Universitario José Eleuterio González (diciembre de 2024-marzo de 2025). Se incluyó a pacientes que completaron adecuadamente la preparación con polietilenglicol PEG-3350. Se evaluó la calidad de la preparación intestinal con la escala BBPS en adecuada (> 6 global y > 2 por

segmento). El ultrasonido se realizó con el equipo portátil Butterfly iQ/iQ+™ en cinco segmentos colónicos antes de la colonoscopia y la evaluación la efectuaron dos observadores capacitados que usaron el software Compass iQ+. Se clasificó de acuerdo con lo observado en el contenido de gas, líquido y sólido. **Resultados:** Se incluyó a 50 pacientes hispanohablantes (54% hombres, edad promedio de 61,75 años) sometidos a colonoscopia, principalmente por sangrado transrectal y diarrea. Las comorbilidades frecuentes fueron diabetes, hipertensión y VIH, con 42% de obesos. La preparación intestinal se evaluó con tacto rectal y visualización directa; el 6% requirió reprogramación por preparación insuficiente. Sólo 3 (6%) pacientes registraron una puntuación global en la escala de Boston < 6, indicativa de preparación inadecuada. Sin embargo, 11 pacientes (22%) tuvieron puntuaciones bajas (0-1) en al menos un segmento, y el colon derecho fue el más afectado. El ultrasonido abdominal identificó contenido sólido en 6 (12%) pacientes, con distribución similar (el colon derecho fue también el más afectado) (Figura 1).

Conclusiones: El ultrasonido a pie de cama mostró una posible correlación con la escala de Boston para detectar segmentos colónicos mal preparados, especialmente en el colon derecho. Aunque la mayoría tuvo una preparación adecuada, el ultrasonido identificó áreas con contenido sólido que podrían anticipar dificultades en la colonoscopia. Puesto que es accesible, esta técnica puede ser una herramienta complementaria útil, pero se necesitan estudios más amplios para confirmar su eficacia como método predictivo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

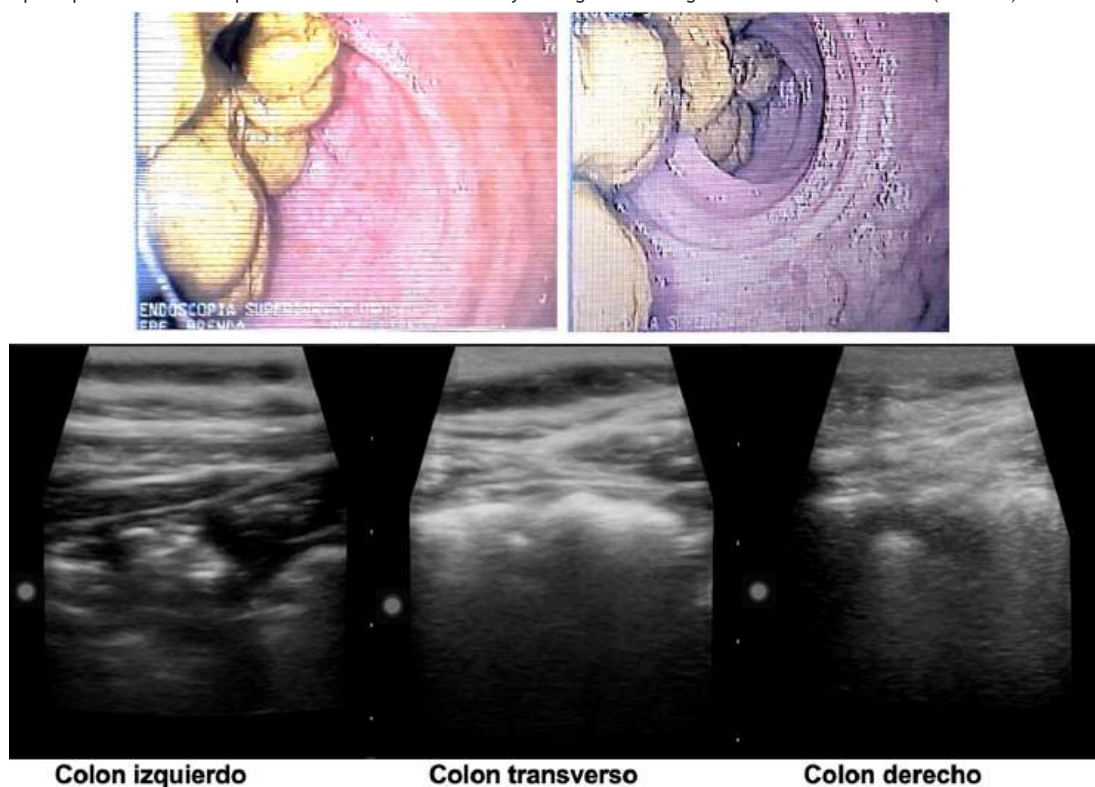
Dom090

DESARROLLO DE UN MODELO PREDICTIVO DE COLANGITIS AGUDA EN COLEDOCOLITIASIS MEDIANTE TÉCNICAS DE MACHINE LEARNING

L. A. Rosales-Rentería, U. I. Martín-Flores, C. Salcido-Yáñez, Grupo colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMyM Toluca

Introducción: La colangitis aguda es una complicación potencialmente letal de la coledocolitiasis, vinculada con una elevada morbilidad cuando se retrasan el diagnóstico y el tratamiento. La estratificación temprana del riesgo puede optimizar la toma de decisiones clínicas y priorizar la intervención

Figura 1. Ejemplo representativo de un paciente con Boston inadecuado y hallazgos ultrasonográficos de contenido sólido. (Dom089)



endoscópica. El uso de modelos de aprendizaje automático (*machine learning*) permite identificar patrones complejos en bases de datos clínicas estructuradas y ofrecer una herramienta potencial para mejorar la predicción de colangitis aguda en pacientes con coledocolitiasis.

Objetivo: Desarrollar y comparar el rendimiento diagnóstico de tres modelos de *machine learning* (Random Forest, XGBoost y regresión logística) para predecir colangitis aguda en pacientes con coledocolitiasis, con uso de variables clínicas, bioquímicas e imagenológicas recolectadas en un centro de referencia.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional, con base en el expediente médico automatizado (EMA) del Centro Médico ISSEMyM Toluca, que incluyó a 177 pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis durante el periodo de enero del 2022 a marzo del 2024. Se incluyeron variables clínicas, bioquímicas e imagenológicas recolectadas de expedientes electrónicos institucionales. La presencia de colangitis aguda se definió de acuerdo con el criterio de indicación para CPRE. Para el análisis se desarrollaron tres modelos de aprendizaje supervisado: regresión logística, Random Forest y XGBoost. La base de datos se preprocesó con codificación binaria y escalamiento de variables continuas. Se utilizó validación cruzada estratificada con división 70:30 para entrenamiento y prueba. El rendimiento diagnóstico se evaluó con el área bajo la curva ROC (AUROC), sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN).

Resultados: Se analizaron los datos de 177 pacientes con coledocolitiasis, de los cuales 26 (16%) tenían colangitis aguda. Se desarrollaron tres modelos predictivos mediante *machine learning*. El modelo de Random Forest obtuvo una AUROC de 0,86, con una sensibilidad del 82%, especificidad del 80%, VPP del 84% y VPN del 78%. El modelo de XGBoost mostró el mejor rendimiento con una AUROC de 0,87, sensibilidad del 84%, especificidad del 81%, VPP del 85% y VPN del 80%.

Por su parte, la regresión logística presentó una AUROC de 0,85, con sensibilidad del 78%, especificidad del 78%, VPP del 80% y VPN del 76% (Tabla 1). La comparación de modelos reveló un rendimiento superior de los algoritmos basados en árboles de decisión frente a la regresión logística habitual.

Tabla 1. Comparación del rendimiento diagnóstico de tres modelos de IA para predecir colangitis en la coledocolitiasis. (Dom090)

Modelo	AUROC	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Random Forest	0,86	82%	80%	84%	78%
XGBoost	0,87	84%	81%	85%	80%
Regresión logística	0,85	78%	78%	80%	76%

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con coledocolitiasis, los modelos de aprendizaje automático demostraron una alta capacidad predictiva para identificar colangitis aguda. El modelo de XGBoost tuvo el mejor rendimiento diagnóstico, seguido de Random Forest y regresión logística. Estos resultados sugieren que el uso de modelos basados en *machine learning* puede ser una herramienta clínica útil para estratificar el riesgo de colangitis aguda y optimizar la priorización de la intervención endoscópica. Se requieren estudios prospectivos para validar su aplicabilidad en la práctica clínica.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom091

UTILIDAD DE LA NASOENDOSCOPIA PARA DETECCIÓN PRIMARIA DE VÁRICES ESOFÁGICAS EN HEPATOPATÍA CRÓNICA COMPENSADA: UNA NUEVA ESTRATEGIA DE CRIBADO

J. M. Millán-Alanís, C. A. Cortez-Hernández, L. A. González-Torres, R. A. Jiménez-Castillo, M. A. Saldaña-Ruiz, J. A. Cortez-Castilleja, Y. Ríos-Feria, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La descompensación clínica es el principal determinante de mortalidad en la cirrosis hepática. El gradiente de presión venosa hepática (GPVH) es el mejor predictor de descompensación; los valores ≤ 10 mmHg se relacionan con bajo riesgo y cada milímetro de mercurio adicional eleva el

riesgo 11%. El consenso de Baveno VII propone a la elastografía hepática y el recuento plaquetario como métodos no invasivos para detectar hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS), pero en algunos casos pueden subestimarla. La nasoendoscopia es un procedimiento económico y bien tolerado que permite visualizar directamente várices esofágicas.

Objetivo: Este estudio propone una estrategia de cribado que combine nasoendoscopia y elastografía en pacientes con hepatopatía crónica avanzada compensada (HCAC) para la detección de várices esofágicas.

Material y métodos: Estudio piloto realizado de enero del 2024 a enero del 2025 que incluyó a adultos con diagnóstico confirmado de HCAC sin antecedentes de hemorragia variceal. Se excluyó a los pacientes con consumo de ácido acetilsalicílico/anticoagulantes, afección nasosinusal o disfagia. Se realizó nasoendoscopia con endoscopios Fuji EG-530N (canal 2 mm) o PENTAX Ec-3890LZi (canal 3,8 mm). La rigidez hepática se midió con FibroScan Touch 502 (Echosens). Todos los participantes recibieron anestesia nasal tópica con lidocaína. Además de la detección de várices, también se evaluó la tolerancia (Inventario de Ansiedad de Beck, PHQ-9), dolor (EVA) y satisfacción posterior al procedimiento.

Resultados: Se analizó a 18 pacientes, con edad mediana de 58 años y distribución por género de 50/50. Nueve (50%) tenían esplenomegalia y uno ascitis. La mediana de Child-Pugh fue de 6 y MELD-Na de 9. La rigidez hepática fue de 17,4 kPa (RIC 14-32). La nasoendoscopia identificó várices en el 50%: 8 (44,4%) esofágicas pequeñas, 3 (17%) gástricas y una (5,6%) grande. Sólo una mostró estigmas de alto riesgo. Además, 7 (39%) tenían gastropatía hipertensiva portal, cuatro de ellas graves.

Según Baveno VII, 8 pacientes (44%) cumplían criterios para iniciar betabloqueadores; tres tenían várices en la nasoendoscopia y cinco no. Entre los 10 que no cumplían criterios, 6 (60%) sí presentaron várices: tres sólo várices esofágicas pequeñas, uno con várices esofágicas y gástricas, uno con várices esofágicas y gastropatía, y uno con várices esofágicas, gástricas y gastropatía. Mediante la nasoendoscopia usada como estándar, los métodos no invasivos mostraron sensibilidad y especificidad del 67%. En cuanto a la tolerancia, el 61% se sintió muy cómodo, 22% cómodo, 11% neutral y 6% incómodo. Todos aceptaron repetir el procedimiento. Tres pacientes (17%) refirieron dolor leve (máximo EVA 3). La mediana en la escala de Beck fue de 2; 67% experimentó ansiedad mínima, 22% leve y 11% moderada. En PHQ-9, la mediana fue de 1; 72% sin síntomas depresivos, 22% leves y 6% moderados. El 95% se mostró satisfecho y recomendaría el procedimiento.

Conclusiones: La nasoendoscopia resultó útil para reconocer várices en pacientes con HCAC, incluso en aquellos que no cumplían criterios no invasivos. Esto sugiere que la elastografía y las plaquetas pueden no identificar a todos los pacientes en riesgo de descompensación. La tolerancia fue alta y los grados de dolor y ansiedad bajos, lo que confirma su factibilidad ambulatoria. Si bien los criterios de Baveno VII han optimizado la estratificación, la nasoendoscopia puede ser útil en casos con limitaciones diagnósticas como la obesidad o los estados hiperdinámicos, o en pacientes con plaquetas conservadas. Su integración podría mejorar la identificación de pacientes en riesgo. Se requieren estudios mayores para validar su efecto clínico y definir los subgrupos que más se beneficiarían de este enfoque combinado.

Financiamiento: Recursos propios del departamento de gastroenterología y endoscopia digestiva del Hospital Universitario José Eleuterio González.

Dom092

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS BILIAR EN PACIENTES POSTRASPLANTADOS HEPÁTICOS SOMETIDOS A COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

J. P. Guerrero-Cabrera, O. M. Fierro-Angulo, A. Saúl-Pérez, I. Bartnicki-Navarrete, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La estenosis de la anastomosis biliar es una complicación frecuente tras el trasplante hepático ortotópico (THO), con implicaciones clínicas importantes como colestasis, colangitis y disfunción del injerto. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) representa el método diagnóstico y terapéutico de elección. Sin embargo, en la población mexicana no se han caracterizado completamente los factores vinculados con su desarrollo.

Objetivo: Identificar los factores clínicos, bioquímicos y endoscópicos relacionados con el desarrollo de estenosis de la anastomosis biliar en pacientes postrasplantados hepáticos sometidos a CPRE.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en pacientes con trasplante hepático ortotópico, mayores de 18 años, sometidos a CPRE entre enero de 2012 y diciembre de 2024 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se recolectaron variables clínicas, bioquímicas y endoscópicas. Se aplicaron estadística descriptiva, pruebas bivariadas y modelo de regresión logística. Se compararon las pruebas de función hepática antes y después de la CPRE. **Resultados:** De 540 pacientes trasplantados, 78 se sometieron a CPRE (14%). El 85% mostró hallazgos en la vía biliar y la estenosis fue el más frecuente (91%), con una proporción de 93% que fue anastomótica. La mediana de edad fue de 48,2 años, 56,4% correspondió a hombres y 70% recibía triple inmunosupresión. Se observó mejoría estadísticamente significativa en las pruebas de función hepática después de la CPRE. No se encontraron relaciones significativas con diabetes, hipertensión, enfermedad autoinmune, isquemia fría o tiempo anhepático. Se observó una posible vinculación con el tipo de inmunosupresión ($p = 0,03$), no confirmada en el análisis multivariado.

Conclusiones: La estenosis de la anastomosis biliar es la complicación más común en pacientes postrasplantados hepáticos que requieren CPRE. La intervención endoscópica demostró ser eficaz en la mejora de parámetros bioquímicos. Aunque no se identificaron factores clínicos o quirúrgicos predictivos claros, se observó una posible relación con el tipo de inmunosupresión, lo cual merece mayor investigación. Estos hallazgos refuerzan la utilidad diagnóstica y terapéutica de la CPRE en el seguimiento posterior al trasplante.

Financiamiento: No se obtuvo financiamiento de ningún tipo.

Dom093

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DEL SÍNDROME DE MIRIZZI: EXPERIENCIA CON CPRE EN UN CENTRO DE REFERENCIA

C. A. Ramos-Matamoros, L. A. González-Torres, A. E. Guevara-Zavala, R. Reséndez-Guajardo, S. G. Arana-Villatoro, L. Manuel-Sáenz, H. J. Maldonado-Garza, J. A. González-González, J. O. Jáquez-Quintana, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: El síndrome de Mirizzi es una afección biliar infrecuente causada por la impactación de un lito en el conducto cístico, que genera compresión, inflamación y posibles fístulas. Se presenta con ictericia, dolor abdominal y colecistitis y exige estudios como CPRE o colangiografía para su diagnóstico. Aunque por lo regular se trata con colecistectomía abierta, la laparoscopia es segura en centros especializados.

Objetivo: Describir la experiencia propia en cuanto al diagnóstico del síndrome de Mirizzi por CPRE, su tratamiento y desenlaces.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en 1 430 pacientes adultos sometidos a CPRE entre enero de 2018 y marzo de 2025 en el Hospital Universitario José Eleuterio González, incluidos aquéllos con diagnóstico de síndrome de Mirizzi. Endoscopistas certificados practicaron los procedimientos con un duodenoscopio Fujifilm ED-530 XT y fluoroscopia con arco en C Philips BV Endura con baja dosis de radiación.

Resultados: Se analizó a 23 pacientes con diagnóstico de síndrome de Mirizzi. La mediana de edad fue de 44 años (32-59), con predominio femenino (82,6%). Antes de la CPRE, 15 (65,2%) sufrieron dolor en el cuadrante superior derecho, 17 (74%) ictericia y 8 (35%) fiebre. Se documentó colecistitis en 10 (43%), colangitis en 7 (30%) y pancreatitis en una paciente. Hasta 13 (56%) tenían alto riesgo de coledocolitiasis, 3 (13%) ya contaban con diagnóstico de síndrome de Mirizzi confirmado por imagen y 7 (30,4%) tenían coledocolitiasis evidenciada por colangiografía.

Los valores bioquímicos mostraron las siguientes medianas: Hb 12,8 g/dL (11,4-14,3), leucocitos $8,16 \times 10^9/L$ (7,4-12,9), plaquetas $260 \times 10^9/L$ (176-314), AST 67 U/L (43-139), ALT 72 U/L (48-201), FA 295 U/L (211-418), bilirrubina total 7,5 mg/dL (2,7-12,6), directa 5,0 (2-7,7) e indirecta 2,5 (1,1-4,9). Durante la CPRE, la papila tipo 3 de Haralldsson fue la más común (52,2%), seguida de los tipos 1 (21,7%) y 2 (13%). Dos pacientes tenían esfinterotomía previa y uno fístula. Se practicó esfinterotomía de precorte en 20 casos (87%). La complejidad fue de grado I en 14 (60,9%), II en 8 (34,8%) y III en 1 (4,3%). La mediana del colédoco fue de 10,2 mm (7-12,1), el tiempo de fluoroscopia de 3,5 min (2,2-6,2) y la dosis de radiación de 29 mGy (15-52). En 2 (8,7%) casos

se recurrió a la colangioscopia. Se registraron dos pancreatitis posteriores a CPRE y un sangrado luego de la esfinterotomía controlado de modo eficaz. Se requirió una segunda intervención en 6 (26,1%) y en 14 (65,2%) se colocaron prótesis plásticas. El tipo I fue el subtipo más frecuente (82,6%), seguido de los tipos III y IV, con dos casos cada uno (8,7%). El tratamiento definitivo fue quirúrgico en 17 (74%): 13 colecistectomías laparoscópicas, dos abiertas, una conversión a cirugía abierta y un paciente con hepatoyeyunostomía. En cuatro no se obtuvo información quirúrgica y dos no fueron intervenidos. La **Tabla 1** resume el tratamiento por subtipo. Se registraron tres complicaciones posquirúrgicas: una lesión de vía biliar con colocación de *stent*, una perforación vesicular y una colección abdominal. Un paciente falleció por choque séptico. La fiebre al ingreso se relacionó significativamente con complicaciones posquirúrgicas ($p = 0,018$; OR, 2; IC95%, 1-3,99).

Conclusiones: Se notifica una serie de casos de síndrome de Mirizzi diagnosticados por CPRE, con predominio de la presentación de tipo I, acompañada de ictericia y dolor en el hipocondrio derecho. La colocación de prótesis plástica resultó útil como tratamiento puente y destacó el papel de la CPRE tanto en el diagnóstico como en la preparación preoperatoria, especialmente en pacientes con fiebre. La mayoría se trató con colecistectomía laparoscópica, con buenos resultados, lo que resalta la seguridad del abordaje de mínima invasión y el valor del enfoque multidisciplinario.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. (Dom093)		
Síndrome de Mirizzi	Intervención	n (%)
Tipo I (n = 19)	Segunda CPRE	5 (26,3%)
	Colecistectomía laparoscópica	11 (57,8%)
	Conversión laparoscopia → abierta	1 (5,2%)
	Colecistectomía abierta	1 (5,2%)
	Hepatoyeyunostomía	1 (5,2%)
	No se realizó procedimiento	1 (5,2%)
Tipo III (n = 2)	Sin información del procedimiento	4 (21%)
	Colecistectomía laparoscópica	1 (50%)
Tipo IV (n = 2)	No se realizó procedimiento	1 (50%)
	Colecistectomía laparoscópica	2 (100%)
CPRE, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.		

Dom094

ÍNDICE NEUTRÓFILO-CREATININA COMO PREDICTOR DE GRAVEDAD EN PANCREATITIS AGUDA

K. M. Bastida-Guadarrama, V. Hernández-Garza, Y. G. Céspedes-Saballos, A. G. González-Hernández, E. Fernando-Hernández, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es un trastorno inflamatorio del páncreas con una amplia variedad de presentaciones clínicas, desde formas leves autolimitadas hasta formas graves con complicaciones sistémicas y riesgo de muerte. La mayoría de los pacientes con PA (80%) cursa con una enfermedad leve y autolimitada sin fallas orgánicas y complicaciones locales. Y hasta el 20% de estos pacientes desarrolla PA grave, que incluye manifestaciones del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), falla orgánica múltiple (FOM) y complicaciones vasculares o complicaciones pancreáticas. Existen múltiples escalas pronósticas para evaluar la gravedad, entre ellas los criterios de Atlanta, que es la escala más utilizada para determinar la gravedad al inicio del cuadro clínico; la Marshall que distingue a los pacientes en riesgo de falla orgánica; y los parámetros APACHE II, Ranson y BISAP que establecen el riesgo de mortalidad. En recha reciente se han estudiado índices derivados de biomarcadores séricos, como el índice neutrófilo-linfocito (INL) que refleja el estado de inflamación sistémica al determinar el riesgo de falla orgánica, pancreatitis grave y mortalidad. Otra puntuación empleada es el índice plaqueta-linfocito (IPL) que también refleja el estado inflamatorio y agrega el componente protrombótico propuesto para predecir complicaciones vasculares y, por último, el índice neutrófilo-creatinina (INC) que suministra información de la inflamación y la falla

orgánica, todos datos útiles para predecir la gravedad y la mortalidad. Estos instrumentos se han propuestos como predictores económicos y accesibles en cualquier nivel de atención.

Objetivo: Comparar la capacidad predictiva de las escalas clínicas habituales y los biomarcadores inflamatorios en la determinación de la gravedad de la pancreatitis aguda.

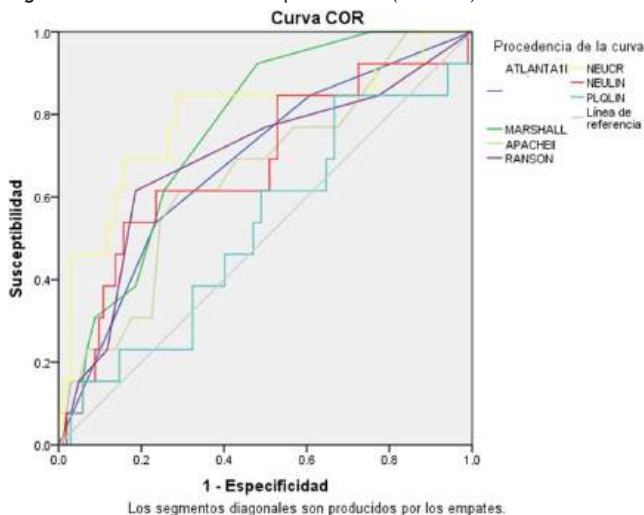
Material y métodos: Estudio observacional y analítico que incluyó a 294 pacientes hospitalizados en el área de gastroenterología con el diagnóstico de PA; se midieron los marcadores bioquímicos al ingreso y se calcularon las diversas escalas predictivas. Se construyeron curvas ROC y se analizaron las áreas bajo la curva (AUROC). Un valor de $p < 0,05$ se consideró significativo.

Resultados: Se incluyó a 294 pacientes, 159 (54,1%) de ellos hombres, con una media de edad de $40,25 \pm 13$ (38,77-41,74) años y la causa más frecuente fue la biliar en 113 (38,4%), seguida de alcohol en 94 (32%), idiopática en 45 (15,3%), hipertrigliceridemia en 27 (9,2%) y otras en 15 (5,1%). Para fines del análisis de las AUROC se tomó como referencia de riesgo de mortalidad al BISAP ≥ 3 y se observó que 13 (7,9%) pacientes cumplían con este criterio. El resultado del análisis de AUROC se muestra en la Figura 1.

Conclusiones: El índice neutrófilo/creatinina reveló una mayor precisión en la predicción de la presencia o progresión a la pancreatitis aguda grave en comparación con las escalas pronósticas habituales y ampliamente validadas. Esta característica lo posiciona como un marcador útil para la estratificación temprana de la gravedad, con el valor añadido de ser una herramienta accesible, reproducible y aplicable desde los niveles primarios de atención médica y, en consecuencia, se recomienda.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Curvas ROC de escalas pronósticas. (Dom094)



Dom095

CORRELACIÓN ENTRE ÍNDICES PRONÓSTICOS Y HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

K. M. Bastida-Guadarrama, V. Hernández-Garza, Y. G. Céspedes-Saballos, A. G. González-Rodríguez, E. Fernando-Hernández, J. J. Durán-Castro, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) varía en su presentación clínica, desde formas leves y autolimitadas hasta cuadros graves con falla multiorgánica. Dada su naturaleza heterogénea, la estratificación temprana de la gravedad es esencial para dirigir el tratamiento y anticipar las complicaciones. Para ello se han desarrollado diversos índices clínico-bioquímicos pronósticos, como Ranson, Atlanta, APACHE II, BISAP y Marshall que permiten calcular la gravedad del cuadro desde los primeros momentos de hospitalización. Asimismo, la tomografía computarizada (TC) se ha consolidado como una herramienta clave para la evaluación estructural del páncreas y la detección de complicaciones locales; la clasificación de Balthazar es la más empleada

en la práctica clínica. A pesar de su uso extendido, la relación entre los índices clínicos pronósticos y los hallazgos tomográficos no siempre es directa, lo que evidencia las discrepancias en la estratificación de la gravedad. Por consiguiente, se requieren estudios que evalúen el grado de correlación de estas pruebas complementarias con el fin de mejorar la capacidad predictiva de forma temprana.

Objetivo: Explorar el grado de correlación entre los hallazgos clínicos y de laboratorio incluidos en los índices de gravedad y las características radiológicas observadas en la TC con la clasificación de Balthazar.

Material y métodos: Estudio observacional y analítico de 294 pacientes hospitalizados en el servicio de gastroenterología con diagnóstico de PA. Al ingreso se evaluaron los marcadores bioquímicos, se aplicaron escalas pronósticas de gravedad y se realizó una búsqueda dirigida de hallazgos tomográficos, los cuales se clasificaron de acuerdo con la clasificación de Balthazar. Se realizó análisis de agrupamiento (*clustering* no supervisado) con uso del algoritmo K-means para identificar perfiles clínico-radiológicos en pacientes con PA. Las variables incluidas fueron las escalas pronósticas APACHE II, BISAP, Marshall, Ranson y la clasificación tomográfica de Balthazar. El número óptimo de *clusters* se determinó mediante el método del codo. Posteriormente se compararon los *clusters* en cuanto a desenlaces clínicos (ingreso a UCI, mortalidad, estancia hospitalaria) y puntuaciones de cada escala con ANOVA de un factor. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: El análisis identificó tres *clusters* diferenciados ($K = 3$) con base en las puntuaciones de las escalas clínicas y radiológica (Figura 1). El análisis ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas en las escalas APACHE II ($F = 41,23$; $p < 0,001$), BISAP ($F = 83,48$; $p < 0,001$), Marshall ($F = 6,30$; $p = 0,002$) y Ranson ($F = 215,66$; $p < 0,001$), pero no en la escala de Balthazar ($F = 1,72$; $p = 0,181$). No se observaron diferencias relevantes entre *clusters* en cuanto a mortalidad, ingreso a UCI o duración de la estancia hospitalaria.

Conclusiones: El análisis de *clustering* basado en escalas pronósticas clínicas permite identificar a grupos clínicamente diferenciados, pero éstos no se relacionan con diferencias significativas en la gravedad tomográfica ni en los desenlaces. Estos hallazgos resaltan la importancia de integrar datos clínicos, radiológicos y bioquímicos para una mejor estratificación del riesgo en PA grave. Los resultados sugieren que las escalas clínicas permiten segmentar a los pacientes en perfiles diferenciados, pero éstos no se reflejan en diferencias de gravedad radiológica según la clasificación de Balthazar. Esta discordancia clínico-radiológica podría deberse a que las escalas clínicas capturan aspectos fisiopatológicos distintos de los observables con TAC. La ausencia de diferencias en los desenlaces clínicos entre grupos también podría indicar una limitación del valor predictivo aislado de estas escalas o una homogeneidad de la atención clínica en la cohorte analizada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom096

IMPACTO PRONÓSTICO DEL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PANCREATITIS AGUDA

D. Núñez-Elizondo, J. Jáquez-Quintana, Hospital Ángeles Lomas Huixquilucan

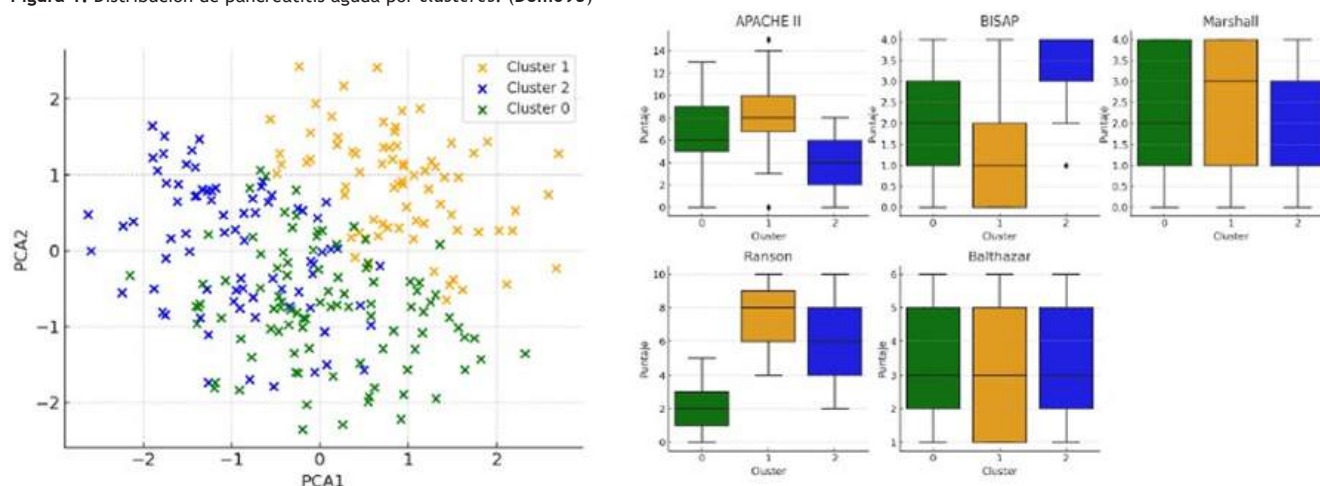
Introducción: La pancreatitis aguda es una causa común de ingresos hospitalarios de urgencia. Los pacientes requieren una reanimación hídrica intensiva en las primeras 24 horas desde el inicio de los síntomas; sin embargo, una elevada proporción de pacientes se presenta después de 24 horas. Existen pocos estudios enfocados en el diagnóstico y el tratamiento más allá de las primeras 24 horas.

Objetivo: Determinar si el retraso diagnóstico y terapéutico de la pancreatitis aguda modifica la gravedad de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo realizado en el Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, México. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de pancreatitis aguda de cualquier origen. Se analizaron la duración de los síntomas antes del diagnóstico e inicio del tratamiento, las causas, la gravedad según los criterios de Atlanta y, cuando correspondía, las complicaciones durante la hospitalización, la duración de la estancia hospitalaria y la mortalidad. Las comparaciones estadísticas se efectuaron con las pruebas no paramétricas ji cuadrada y U de Mann-Whitney entre los grupos, con un nivel de significancia $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyó y analizó a un total de 264 pacientes diagnosticados con pancreatitis aguda, de los cuales 106 se presentaron antes de las 24 horas desde el inicio de los síntomas y 158 después de ese término (Tabla 1). No se

Figura 1. Distribución de pancreatitis aguda por clusters. (Dom095)



encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo ($p = 0,105$) ni a la edad ($p = 0,431$). La pancreatitis biliar fue la causa más común en ambos grupos. No hubo diferencias significativas en las causas alcohólica o hipertriglicéridémica ($p > 0,05$). La gravedad de la enfermedad fue mayor en el grupo > 24 horas. Este grupo mostró más casos de pancreatitis moderada y grave según los criterios de Atlanta (19,3% y 3,4%, respectivamente; $p < 0,05$). Además, las complicaciones locales, como las colecciones de líquido peripancreático, fueron más frecuentes en los pacientes hospitalizados después de 24 horas (13,9% vs. 4,7%, $p = 0,016$). La estancia hospitalaria fue significativamente más prolongada en el grupo > 24 horas, con una mediana de nueve días en comparación con seis días ($p < 0,001$). Aunque se observó una proporción mayor de muertes en el grupo > 24 horas (14,6% vs. 10,4%), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,320$).

Conclusiones: El retraso en el diagnóstico y el tratamiento de la pancreatitis aguda altera en grado significativo la morbilidad, lo que acentúa la gravedad, las complicaciones locales y la duración de la hospitalización. Aunque la mortalidad no mostró una diferencia estadísticamente significativa en este análisis, los hallazgos refuerzan la noción de que las primeras 24 horas son críticas para optimizar los desenlaces clínicos. Es fundamental mejorar el conocimiento entre los profesionales de la atención primaria para reducir los retrasos en el diagnóstico. Se requieren estudios futuros, incluidos protocolos clínicos aleatorizados en pacientes diagnosticados después de las 24 horas del inicio, con el fin de establecer estrategias de atención individualizadas orientadas a reducir al mínimo complicaciones y mejorar la recuperación del paciente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Comparación de las características basales y los desenlaces entre los grupos. (Dom096)

Variable	< 24 horas, n (106)	> 24 horas, n (158)	p
Sexo fem, n (%)	65 (61,3)	112 (70,9)	0,105
Edad años (p25-p75)	37,5 (25,75-52,25)	34 (26-48,25)	0,431
Etiología			
Etiología OH, n (%)	3 (2,8)	5 (3,2)	0,877
Etiología biliar, n (%)	91 (85,8)	142 (89,9)	0,319
Etiología hipertriglicéridémica, n (%)	8 (7,5)	9 (5,7)	0,548
Etiología, otra, n (%)	4 (3,8)	2 (1,3)	0,180
Gravedad			
Atlanta leve, n (%)	80 (30,3)	111 (42)	< 0,001
Atlanta moderada, n (%)	13 (4,9)	51 (19,3)	0,004
Atlanta grave, n (%)	0 (0)	9 (3,4)	0,024
*Complicaciones locales			
Líquido peripancreático, n (%)	5 (4,7)	22 (13,9)	0,016
Seudoquistes, n (%)	1 (0,9)	0 (0)	0,221
Necrosis estéril, n (%)	3 (2,8)	7 (4,4)	0,504
Necrosis infectada, n (%)	0 (0)	2 (1,3)	0,245
Estancia hospitalaria (días)	6 (4-8)	9 (6-13)	< 0,001
Muerte n (%)	11 (10,4)	23 (14,6)	0,320

Dom097

FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A TROMBOSIS VENOSA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Y. G. Céspedes-Saballos, A. G. González-Rodríguez, E. F. Hernández, K. M. Bastida-Guadarrama, S. Camacho, F. Higuera-De-la-Tijera, M. Motola-Kuba, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La trombosis venosa es una complicación frecuente y grave en pacientes con pancreatitis aguda, que puede afectar tanto a la circulación abdominal (portal, esplénica, mesentérica) como a la pulmonar. La inflamación local, el daño endotelial y el estado de hipercoagulabilidad contribuyen a su desarrollo. Identificar los factores clínicos y de gravedad relacionados es esencial para mejorar el diagnóstico temprano y la atención oportuna.

Objetivo: Determinar las características clínicas, demográficas y los índices de gravedad vinculados con el desarrollo de trombosis venosa en pacientes con pancreatitis aguda.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles en un hospital de tercer nivel, incluidos los pacientes con pancreatitis aguda (2019-2024). Se compararon 36 casos de trombosis venosa confirmada por imagen (TC/RM con contraste) con 253 controles sin trombosis, pareados por edad y etiología. Se excluyó a los pacientes con COVID-19 activa o trombosis previa. Se analizaron variables demográficas, causas, índices de gravedad (Atlanta, APACHE II, BISAP, Marshall, Ranson, Balthazar), complicaciones locales (necrosis, absceso, seudoquistes), uso de HBPM, estancia hospitalaria/UCI y mortalidad. El análisis estadístico incluyó las pruebas ji cuadrada/Fisher (variables categóricas), t de Student/Mann-Whitney (variables continuas) y *odds ratio* con IC95%; la significancia se estableció en $p < 0,05$ mediante SPSS v.25.

Resultados: Se incluyó a 289 pacientes con pancreatitis aguda, de los cuales 36 (12,5%) tenían trombosis venosa. Distribución de los tipos de trombosis: trombosis esplénica en 18 pacientes (50%), trombosis portal en 10 (28%), trombosis mesentérica en 5 (14%) y trombosis pulmonar en 3 (8%). Las causas

más frecuentes en toda la población fueron pancreatitis biliar (41%) y alcohólica (29%). El grupo con trombosis mostró mayor proporción de hombres (67%) y una edad media más alta (54 ± 12 años) en comparación con el grupo sin trombosis. La gravedad clínica fue mayor en pacientes con trombosis, con un mayor porcentaje de casos con Atlanta grave (25% vs. 10%; $p = 0,01$), BISAP mortalidad alta (67% vs. 33%; $p < 0,001$), falla multiorgánica (61% vs. 29%; $p < 0,001$), y mayores puntuaciones en Ranson y Balthazar. Las complicaciones como necrosis pancreática (42% vs. 18%; OR 3,3) y absceso pancreático (19% vs. 4%; OR 5,87) estuvieron significativamente relacionadas con la trombosis. No se observaron diferencias en la frecuencia de pseudoquistes. El uso de HBPM fue significativamente mayor en el grupo con trombosis (81% vs. 40%; OR 6,5). Además, la estancia media en la unidad de cuidados intensivos y la hospitalaria fue más prolongada en estos pacientes (7,8 vs. 4,2 días y 20,5 vs. 14,3 días, respectivamente). La mortalidad fue mayor en pacientes con trombosis (14% vs. 6%), aunque esta diferencia no alcanzó significancia estadística (OR 2,56; $p = 0,07$).

Conclusiones: La trombosis venosa en la pancreatitis aguda se vincula con un perfil clínico de mayor gravedad, complicaciones locales como necrosis y abscesos pancreáticos, y estancias hospitalarias prolongadas. Las pancreatitis biliar y alcohólica son las causas más frecuentes en esta población. Aunque la mortalidad fue mayor en el grupo con trombosis, esta diferencia no fue estadísticamente significativa, y destaca la importancia del diagnóstico y la atención oportunos.

Financiamiento: Ninguno.

Dom099

ALTERACIONES METABÓLICAS A CORTO Y MEDIANO PLAZO EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Toledo-Galván, D. E. Espinoza-López, P. M. Diego-Salazar, F. Y. Vargas-Durán, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La pancreatitis aguda representa una de las principales causas de hospitalización en gastroenterología. Si bien su atención en la fase aguda está bien establecida, cada vez existe mayor evidencia respecto de las secuelas metabólicas posteriores al episodio inicial, particularmente en relación con las alteraciones del metabolismo de la glucosa y los lípidos, aun sin cumplir criterios diagnósticos para pancreatitis crónica. Entre los mecanismos propuestos se encuentran la inflamación sistémica persistente, la disfunción endocrina del páncreas y la coexistencia de factores de riesgo metabólicos previos. Este estudio busca caracterizar dichas alteraciones y explorar los factores clínicos vinculados con su aparición.

Objetivo: Determinar la incidencia de alteraciones metabólicas tras un episodio de pancreatitis aguda en un período de seguimiento de 12 meses.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel en el que se incluyó a 154 pacientes adultos hospitalizados por un primer episodio de pancreatitis aguda entre 2021 y 2024. Se excluyó a aquellos con diagnóstico ya establecido de diabetes o dislipidemia. Se recopilaron datos clínicos, bioquímicos y de seguimiento a seis y 12 meses. Los parámetros evaluados incluyeron glucosa en ayuno, hemoglobina glucosilada (HbA1c), colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos y albúmina sérica. Asimismo, se analizaron variables clínicas como edad, sexo, gravedad según los criterios de Atlanta, presencia de necrosis pancreática y duración de la estancia hospitalaria. Para el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva, prueba t de Student para comparación de medias, prueba ji cuadrada para variables categóricas y regresión logística para el análisis multivariado. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 154 pacientes con primer episodio de pancreatitis aguda, con una edad media de 42,4 años; el 61,7% correspondía al sexo masculino. Al momento del ingreso, el 79,2% presentaba dislipidemia, proporción que se incrementó a 81,8% a los 12 meses. En relación con el metabolismo de la glucosa, el 12,3% desarrolló diabetes y el 49,4% mostró algún grado de alteración glucémica durante el seguimiento, incluidas la intolerancia a la glucosa o la glucosa en ayuno alterada. Se evidenció una relación estadísticamente significativa entre la dislipidemia pospancreatitis y los valores basales de triglicéridos ($p = 0,0001$) y colesterol total ($p = 0,0104$). En contraste, no se

observaron relaciones significativas con otras variables clínicas como la edad, el sexo, la hemoglobina glucosilada basal o la gravedad del cuadro agudo, según los criterios de Atlanta. En el modelo de regresión logística multivariado, tanto las cifras de triglicéridos como las de colesterol total al ingreso se identificaron como predictores independientes para el desarrollo de dislipidemia a mediano plazo.

Conclusiones: Las alteraciones metabólicas posteriores a un episodio de pancreatitis aguda son frecuentes, en especial la persistencia de la dislipidemia y la aparición de trastornos en el metabolismo de la glucosa en casi la mitad de los pacientes. Las concentraciones de triglicéridos y colesterol total al ingreso se identificaron como predictores independientes del desarrollo de dislipidemia a los 12 meses. Estos resultados enfatizan la necesidad de establecer protocolos de seguimiento metabólico estructurado tras el alta, sobre todo en pacientes con perfiles lipídicos alterados desde el inicio.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom100

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS DEL ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS: EXPERIENCIA DE UNA DÉCADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

N. F. Córdova-Valenzuela, J. A. Eligio-Carbajal, P. D. Guerrero-Ramírez, M. Baca-García, E. Del Río-Chacón, G. B. Aristi-Urista, A. Alfaro-Cruz, E. Ornelas-Escobedo, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El adenocarcinoma ductal de páncreas (ADP) representa más del 90% de las neoplasias pancreáticas exocrinas y constituye una de las principales causas de mortalidad por cáncer a nivel mundial. A pesar de los avances en técnicas quirúrgicas y tratamientos adyuvantes, la supervivencia global a cinco años es todavía menor al 10%, incluso en pacientes con enfermedad localizada y resecable. Los factores como el grado histológico, la invasión linfocascular y perineural, los bordes quirúrgicos y el compromiso ganglionar se acompañan de un pronóstico desfavorable. La caracterización de estos factores en esta población contribuye a fortalecer el entendimiento de este tumor.

Objetivo: Describir las características histopatológicas y quirúrgicas en pacientes con adenocarcinoma ductal de páncreas sometidos a resección quirúrgica en el Hospital General de México Eduardo Liceaga durante el periodo 2014-2024, con énfasis en factores vinculados con la agresividad tumoral.

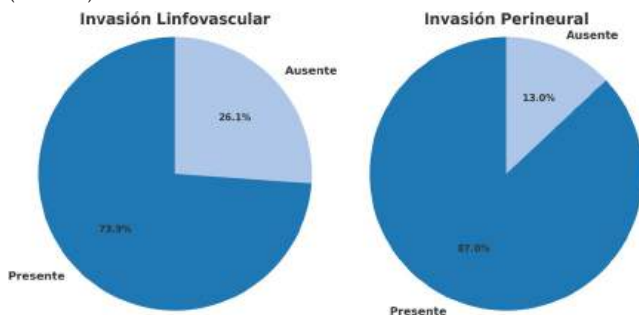
Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a pacientes con diagnóstico histopatológico confirmado de adenocarcinoma ductal de páncreas, posterior a pancreatoduodenectomía. Se revisaron 46 expedientes con informe histopatológico completo. Las variables evaluadas fueron edad, sexo, localización tumoral, grado de diferenciación histológica, bordes quirúrgicos, ganglios linfáticos (estadificación pN), invasión linfocascular, invasión perineural y el estadio pT y pM, respectivamente. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes; las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba ji cuadrada ($p < 0,05$).

Resultados: La edad media fue de $56,4 \pm 8,7$ años y los hombres representaron una proporción de 56,5%. El 95,7% de los tumores se localizaba en la cabeza pancreática. El 78,3% correspondió a malformaciones moderadamente diferenciadas; 87% tenía invasión perineural y 73,9% invasión linfocascular. Se observaron bordes quirúrgicos positivos en 30,4% y ganglios linfáticos positivos en 65,2%. En el análisis de asociación no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre sexo y bordes quirúrgicos ($\chi^2 = 0,23$; $p = 0,63$) ni entre grado histológico y número de ganglios positivos ($\chi^2 = 2,32$; $p = 0,67$). Sin embargo, se observó una mayor proporción de ganglios positivos en tumores moderadamente diferenciados. La Figura 1 muestra la elevada frecuencia de invasión linfocascular y perineural mediante gráficas circulares.

Conclusiones: En esta cohorte mexicana predominaron los tumores localizados en la cabeza pancreática, moderadamente diferenciados y con una alta frecuencia de invasión perineural (87%) y linfocascular (73,9%). Aunque no se identificaron relaciones significativas, estos hallazgos reflejan un perfil histopatológico agresivo que coincide con lo informado en las publicaciones internacionales y subraya la importancia de continuar la caracterización de factores pronósticos en esta población. Este trabajo descriptivo aporta datos relevantes para futuras investigaciones multicéntricas y para el diseño de estrategias terapéuticas locales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Distribución de la invasión linfovascular y perineural en la cohorte. (Dom100)



Dom101

GRAVEDAD EN PANCREATITIS AGUDA: ¿MARCA EL TABACO LA DIFERENCIA? UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

D. K. Torres-Ruvalcaba, M. A. Garza-Ledezma, J. O. Jáquez-Quintana, C. A. Cortez-Hernández, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: El tabaquismo influye en la fisiopatología de la pancreatitis, con una relación clínica y epidemiológica clara con la pancreatitis aguda (PA). Una revisión sistemática mostró un riesgo relativo de 1,49 (IC95%, 1,29-1,72) para desarrollar PA en fumadores y hasta el 46% de los casos podría atribuirse al consumo de tabaco. Además, se reconoce una relación dosis-respuesta: consumos de 10 a 20 paq/año se acompañan de mayor probabilidad de PA moderada a grave frente a consumos menores de 10 paq/año. En México, el consumo actual de tabaco es del 15,3% y afecta al 24,3% de hombres y al 7,4% de mujeres. Aunque la función del alcohol en la etiopatogenia de la PA es ampliamente reconocida, el efecto del tabaquismo como factor independiente se ha subestimado. Evaluar su relación con la gravedad de la PA es clave para considerarlo un factor modificable y orientar estrategias preventivas.

Objetivo: Evaluar la relación entre el tabaquismo activo y la gravedad de la pancreatitis aguda.

Material y métodos: Pacientes con diagnóstico de PA durante el periodo de 2020 a 2024. Tipo de estudio: descriptivo transversal, observacional y retrospectivo, en el que se utilizaron las variables de edad, sexo, presencia de tabaquismo, paquetes-años consumidos y gravedad clasificada por Atlanta. Se realizó una estadística descriptiva para las variables categóricas en la que se registraron porcentajes; se emplearon pruebas no paramétricas para las comparaciones mediante tablas cruzadas de 2 x 2 y la prueba ji cuadrada para evaluar la relación entre el tabaquismo y la gravedad. Para evaluar la relación entre la exposición del tabaquismo y el desenlace de la gravedad se utilizó la medida de razón de prevalencias (RP).

Resultados: Se incluyeron 228 expedientes, de los cuales el 28,9% correspondió a fumadores y el 71,1% a no fumadores. En la distribución por gravedad se notificó una prevalencia entre los fumadores de 51,5% con formas moderadas/graves de PA y en los no fumadores de 34% (Tabla 1). Se evaluó la intensidad en tres categorías: predominó la intensidad leve en el 56,9% (1-6 paq/año), seguida de la moderada (7-13 paq/año) en el 23% y la intensa en el 20% (≥ 14 paq/año). La mayoría de los pacientes con tabaquismo < 6 paq/año (64,9%) tenía pancreatitis leve y los individuos con > 7 paq/año desarrollaron pancreatitis moderada/grave en el 35,7%.

El análisis bivariado mostró una relación estadísticamente significativa entre el tabaquismo y la gravedad de la pancreatitis ($p = 0,021$), lo que indica que el tabaquismo influye en la gravedad de la pancreatitis. Se obtuvo un riesgo relativo (RR) de 1,52 (IC95%, 1,18-1,95; $p < 0,05$), en el cual los fumadores tienen un 52% más riesgo de presentar pancreatitis moderada/grave en comparación con los no fumadores.

Conclusiones: Los estudios previos han sugerido un vínculo entre el tabaquismo y la progresión de las enfermedades pancreáticas, principalmente en el contexto de la pancreatitis crónica. Sin embargo, la evidencia emergente señala su participación también en la forma aguda. Los resultados de este estudio se alinean con investigaciones recientes que demuestran que la exposición al tabaco contribuye a un entorno inflamatorio sostenido, lo cual podría exacerbar la afectación pancreática inicial. El riesgo relativo elevado subraya que el tabaquismo no sólo incrementa la probabilidad, sino también el efecto

clínico de la enfermedad. Estos hallazgos refuerzan la importancia de considerar al tabaquismo como un factor modificable de riesgo clínico y como un blanco relevante para intervenciones preventivas en poblaciones vulnerables. **Financiamiento:** Este trabajo no recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Prevalencias de acuerdo con la gravedad de la pancreatitis aguda. (Dom101)

Variable	Fumadores (n = 66)	No fumadores (n = 162)	Total (n = 228)
Pancreatitis leve	32 (48,5%)	107 (66,0%)	139 (61,0%)
Pancreatitis moderada/grave	34 (51,5%)	55 (33,9%)	89 (39,0%)
Total	66 (100%)	162 (100%)	228 (100%)

Dom102

USO DE ESCALA PAN PROMISE EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL DE TOLUCA (ESTUDIO WINTERFELL)

S. Cruz Contreras, D. A. Becerril-Mireles, I. Becerril-Gómez, A. Fuentes-Rivas, Hospital General de Toluca Dr. Nicolás San Juan

Introducción: En la actualidad, las escalas de medición de pancreatitis aguda están centradas en valores de laboratorio o imagen, pero ninguna de ellas considera los síntomas como parte del cuadro de criterios, por lo que la escala PAN PROMISE busca integrar la perspectiva clínica del paciente en la valoración de los enfermos con pancreatitis aguda.

Objetivo: Identificar la estadística demográfica de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda, describir el uso de la escala PAN PROMISE e identificar la puntuación de la escala PAN PROMISE con gravedad clínica del cuadro de pancreatitis aguda.

Material y métodos: Tipo de estudio: observacional, analítico, descriptivo, prospectivo y transversal.

Resultados: Estudio en el que participaron 45 pacientes en el periodo de octubre de 2024 a enero de 2025, de los cuales 31 eran del sexo femenino y 14 del masculino; el 66% de los casos de pancreatitis aguda se catalogó de origen biliar, 22% de origen alcohólico, 8% posterior a CPRE y 4% de origen metabólico. La edad promedio de presentación fue de 18 a 30 años. El registro de casos se clasificó de acuerdo con la escala de gravedad de Atlanta: 28 casos de PA leve, 12 moderadamente grave y 5 grave. La escala PAN PROMISE se aplicó a todo paciente con ingreso de PA, al ingreso, a las 48 h y al egreso de su estancia. Al ingreso destacó el dolor como el ítem con mayor calificación dentro de las primeras 24 h y se calificó con una puntuación de 10 en 60% de los casos, seguido por la distensión abdominal calificada con 9 en un total de 66%, dificultad para el consumo de los alimentos con 9 en 48%, náusea con 9 en 52%, estreñimiento con 7 en 47%, sensación de sed con 7 en un total de 44% y debilidad con 6 en 42% de los casos. La puntuación máxima obtenida en las primeras 24 h correspondió a 66 puntos en un paciente con PA grave en la que los ítems con mayor calificación fueron dolor, distensión y náusea con un total de 10 puntos cada uno y la menor fue de 52 en un individuo con pancreatitis aguda leve; la moda de presentación dentro de las 24 horas fue de 58 puntos. A las 48 horas destacaron la distensión abdominal, la dificultad para la alimentación y el estreñimiento como los tres ítems con mayor puntuación dentro del grupo con un 71% con 9 puntos para la distensión abdominal, 54% con 8 para la dificultad para la alimentación y 48% con 8 para el estreñimiento. La puntuación máxima total obtenida fue de 63 en un paciente catalogado con pancreatitis grave y la mínima de 32 registrada en un sujeto con pancreatitis leve. Al egreso se obtuvo una mayor puntuación en los ítems en relación con fatiga y distensión abdominal con puntuación total máxima de 31 puntos y menor de 16.

La media de estancia hospitalaria fue de cinco días, con un máximo de 18 días en un paciente con pancreatitis grave que requirió ingreso a la unidad de cuidados intensivos por tres días.

Conclusiones: La escala PAN PROMISE surge como una herramienta clínica de medición centrada en el paciente con pancreatitis aguda. Dado que es una escala sencilla y replicable, puede proporcionar un indicio del estado del paciente, si bien no es una escala que guíe u oriente hacia la gravedad. No

obstante, en algunos estudios previos y en este mismo se observa la relación entre una mayor puntuación y la mayor gravedad del cuadro, así como las principales molestias del cuadro en las primeras 24 horas y al egreso; estos signos pueden orientar de manera clínica y, con base en los síntomas, sobre su estado adjunto a diferentes herramientas. Se requiere mayor replicación de estudios con el uso de esta escala para poder demostrar su uso en estudios clínicos.

Financiamiento: Estudio autónomo.

Dom103

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA ACOMPAÑADA DE PANCREATITIS AGUDA GRAVE POR INFECCIÓN DEL VIRUS DE HEPATITIS A

J. A. Garay-Ortega, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una complicación reconocida de la insuficiencia hepática aguda (IHA); se han propuesto diversos mecanismos etiológicos, incluido el daño directo a las células acinares pancreáticas por el agente causante de la IHA, virales o tóxicos, y otros mecanismos fisiopatológicos indirectos. Muchos virus, como el virus de la rubeola, el citomegalovirus, el virus de Epstein-Barr y el virus de la varicela zoster, pueden ocasionar PA; el virus de la parotiditis es la causa viral más común de PA. Sin embargo, se ha informado que los virus de la hepatitis también pueden intervenir en la patogenia de la PA. En casos de hepatitis de presentación fulminante, vinculada con PA, la gravedad de la hepatitis tiene un efecto decisivo en el pronóstico. Por lo anterior, se decidió describir dos casos, no relacionados, presentados al inicio de la primavera, con diagnóstico de hepatitis aguda por virus de hepatitis A (VHA) complicada con PA grave.

Objetivo: Describir de forma detallada las características clínicas y paraclínicas de una serie de pacientes, en los que la causa probable de pancreatitis aguda fue la infección previa con el virus de la hepatitis A.

Informe de casos: Caso 1. Paciente masculino de 21 años de edad. Acude al servicio de urgencias por cuadro de nueve días de evolución, caracterizado por fiebre no cuantificada, odinofagia y cervicalgia. Evoluciona a ictericia en mucosas y piel, además de somnolencia que avanza a estupor, motivo por el cual busca atención hospitalaria. La exploración física identifica ictericia generalizada. Se realizan pruebas serológicas para distintos patógenos, incluidos anticuerpos contra virus hepatotrofos y no hepatotrofos. Se establece el diagnóstico de insuficiencia hepática fulminante (IHF), hiperaguda por O'Grady, secundaria a VHA y PA grave (APACHE II de 24 puntos, BISAP de 4 puntos, Marshall modificado de 4 puntos). La tomografía abdominal señala pancreatitis edematosa intersticial, Balthazar D.

Caso 2. Hombre de 29 años de edad que ingresa a hospitalización por cuadro clínico de siete días de evolución, con mialgias predominantes en miembros pélvicos, dolor abdominal en mesogastrio, tipo opresivo, constante y de intensidad 9/10 en la escala numérica análoga del dolor, ictericia, hipertermia de 39°C, náusea y emesis de contenido gástrico, cefalea frontal y hemorragia gingival de 24 horas de evolución. El estudio serológico es concordante con infección por virus de hepatitis A. Patrón clínico y bioquímico consistente con pancreatitis aguda. Se establece el diagnóstico de IHF, hiperaguda por O'Grady, y PA grave (APACHE II de 25 puntos, BISAP de 3 puntos, Marshall modificado de 8 puntos), secundaria a infección por VHA.

Discusión: En la epidemiología de estos casos destaca que ambos son del género masculino, con edades de 20 y 30 años. Se observó un comportamiento clínico y bioquímico similar en ambos, en los que la ictericia precedió al cuadro de PA, manifestada por dolor abdominal en hipocondrio derecho y posteriormente transictivo, seguido del desarrollo de encefalopatía en un periodo de 24 a 48 horas. El valor promedio de bilirrubina total fue de 38 mg/dL en esta serie, con un valor máximo de 72,9 mg/dL, un resultado que se confirmó con múltiples determinaciones.

Conclusiones: Se necesita una mayor conciencia de la participación del páncreas en las hepatitis virales debido a que el VHA es un predictor independiente de complicaciones y puede tener un efecto sustancial en los desenlaces de los pacientes que exigen hospitalización y, en algunos casos, trasplante de hígado. Es necesario desarrollar estrategias que ayuden a identificar y estratificar el riesgo de las potenciales complicaciones vinculadas con el VHA, pero sobre todo implementar el esquema de vacunación para este tipo de infecciones que son prevenibles.

Financiamiento: Estudio privado.

Dom104

PANCREATITIS AGUDA COMO PRESENTACIÓN INICIAL ATÍPICA DE NEOPLASIAS DE LA ENCRUCIJADA BILIO-PANCREÁTICA

F. Romero-Aguilar, I. Aramburo-Lucas, H. D. Castro-Guillén, E. I. Montero-Archundia, E. García-Meza, E. Alatorre-Vázquez, V. Sánchez-Rodríguez, I. Arellano-Plascencia, P. C. Gómez-Castaños, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Introducción: La pancreatitis aguda es una de las entidades clínicas más comunes atendidas en el servicio de urgencias y el área de hospitalización de gastroenterología a nivel mundial. Se ha observado un incremento de la incidencia y los costos anuales hospitalarios en la última década; la población hispanohablante registra específicamente mayores tasas de insuficiencia orgánica. Existe limitada evidencia bibliográfica de causas malignas de la encrucijada biliopancreática como desencadenante, menor incluso del 1%. Se expone el caso de cuatro pacientes con neoplasias de la encrucijada biliopancreática que desarrollaron pancreatitis aguda como presentación atípica inicial.

Objetivo: Determinar la prevalencia de las neoplasias de la encrucijada biliopancreática como causa de pancreatitis aguda, a través de una serie de casos en pacientes hospitalizados del HR Manuel Cárdenas de la Vega, ISSSTE, Culiacán.

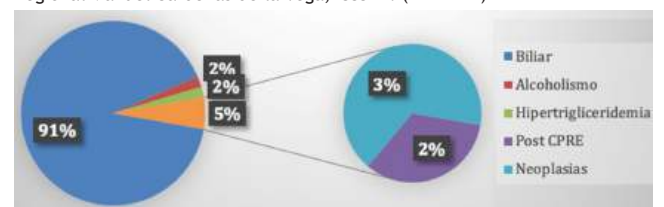
Informe de casos: Véase la Figura 1.

Discusión: La pancreatitis aguda representa una de las entidades nosológicas más frecuentes en los servicios de urgencias y gastroenterología. La atención intrahospitalaria de la pancreatitis aguda es clave, así como la oportuna y adecuada identificación de la causa. A pesar de que las neoplasias de la encrucijada biliopancreática son causa conocida de pancreatitis aguda, aún representa una etiología diversa en el plano mundial; las principales neoplasias de la encrucijada biliopancreática que pueden ocasionar episodios de pancreatitis aguda son, por orden de frecuencia, neoplasias de la cabeza del páncreas, ampuloma y colangiocarcinoma extrahepático difuso distal. En este país no existe bibliografía que registre la incidencia precisa ni los factores de riesgo que pueden ayudar a establecer un diagnóstico temprano y oportuno, lo cual puede ayudar a una adecuada estadificación y por ende a disminuir las elevadas morbilidad y mortalidad de las neoplasias de la encrucijada biliopancreática.

Conclusiones: Las neoplasias de la encrucijada biliopancreática son causa poco frecuente de pancreatitis aguda. En este análisis se determinó un total de 108 pacientes con esta afección; el factor etiológico fue biliar en un 90,7% y en segundo lugar destacaron las neoplasias de la encrucijada biliopancreática con un 3,7%, superior a las causas más documentadas mundialmente, como el alcoholismo (1%) y la hipertrigliceridemia (1%). Dentro de las neoplasias más frecuentes se identificó el ampuloma (1-2% de todas las neoplasias del tubo digestivo) que puede originarse de cualquiera de los epitelios (duodenal, pancreático y biliar) y la neoplasia de la cabeza de páncreas, ambos de la estirpe del adenocarcinoma. Es necesario tener en consideración esta entidad etiológica/nosológica cuando se excluyan causas más comunes dentro del abordaje de la pancreatitis aguda, ya que su prevalencia podría estar subestimada. La evaluación exhaustiva mediante TC o CRM, así como los procedimientos endoscópicos terapéuticos como la CPRE o USE, son esenciales para detectar estas etiologías subyacentes malignas; asimismo, es necesario promover el reconocimiento clínico de este tipo de presentaciones atípicas y generar datos epidemiológicos locales que permitan dimensionar su verdadera incidencia y prevalencia para establecer algoritmos diagnósticos más eficaces a nivel nacional.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Representación de las causas de la pancreatitis aguda del Hospital Regional Manuel Cárdenas de la Vega, ISSSTE. (Dom104)





REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 16 de noviembre de 2025

Pediatría

Dom105

MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN ALER- GIA ALIMENTARIA COMPROBADA CON PRUEBAS CU- TÁNEAS DE ALERGENOS POSITIVOS

E. Duarte-Reséndiz, V. D. Olivas-Cabral, C. Macouzet-Sánchez, L. A. Orellana-Chacón, I. A. Cura-Esquivel, C. A. Zapata-Castilleja, A. Valdés-Cervantes, J. C. Rivas-Rodríguez, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La alergia alimentaria (AF) es un problema de salud mundial con una prevalencia en constante aumento. Se ha informado que es más prevalente en niños, aunque los casos en adultos también han aumentado. En la actualidad persiste una limitada descripción de los síntomas digestivos, lo que puede provocar que pasen inadvertidos.

Objetivo: Describir los síntomas gastrointestinales más frecuentes en una cohorte de pacientes pediátricos con diagnóstico de alergia alimentaria.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyó a pacientes con pruebas de alérgenos positivas que acudieron a la consulta de inmunología y alergias del Hospital Universitario José Eleuterio González de la UANL en el periodo de 2024 a 2025. Se registraron variables demográficas y manifestaciones gastrointestinales. Se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas para cada síntoma gastrointestinal y además se determinó la proporción de pacientes que presentaron síntomas gastrointestinales y su relación con el alérgeno.

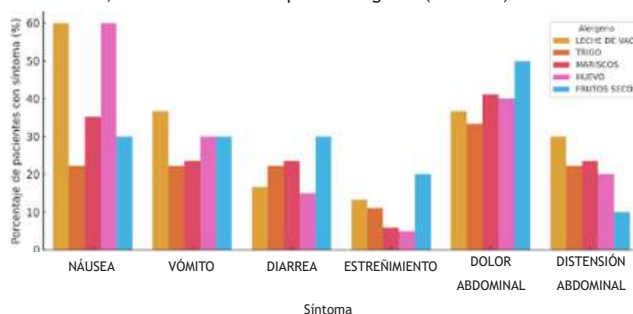
Resultados: Se incluyó en total a 74 pacientes. La edad media fue de $6,3 \pm 2$ años, 51% de pacientes masculinos y 48% de femeninas. Los alérgenos más frecuentes identificados fueron leche de vaca (40%), huevo (27%) y mariscos (23%) y frutos secos (13,5%). Los síntomas referidos con mayor frecuencia fueron el dolor abdominal (45,9%), la náusea (39,19%), el vómito (28,8%), la distensión abdominal (20,2%), la diarrea (14,8%) y el estreñimiento (8,1%). La relación entre sensibilización y síntomas gastrointestinales fue más evidente con la leche de vaca, ya que el 83% de los pacientes mostró al menos un síntoma gastrointestinal, seguido de la alergia a los frutos secos con un 70%. Se analizó la frecuencia de los síntomas gastrointestinales en función del tipo de alérgeno. La náusea fue el síntoma más prevalente en pacientes con alergia a la leche de vaca y huevo, hasta en 60% de los casos, mientras que en dolor abdominal se encuentra presente en mayor frecuencia en pacientes con alergia a los frutos secos y mariscos;

los síntomas menos frecuentes fueron en general el estreñimiento y la diarrea (Figura 1).

Conclusiones: Las alergias alimentarias más comunes fueron a la leche y el huevo, como se describe en las publicaciones médicas. El dolor abdominal fue el síntoma más prevalente. El diagnóstico de las alergias alimentarias es complejo y el tratamiento se basa sobre todo en dietas de eliminación dirigidas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Porcentaje de síntomas gastrointestinales en pacientes con alergia alimentaria, de acuerdo con el tipo de alérgeno. (Dom105)



Dom106

FOSFATASA ALCALINA SÉRICA COMO MARCADOR PRO- NÓSTICO DE TOLERANCIA DE ALIMENTACIÓN ENTE- RAL TEMPRANA EN NEONATOS

V. D. Olivas-Cabral, A. Alejandre-Campos, E. Duarte-Reséndiz, I. A. Cura-Esquivel, C. A. Zapata-Castilleja, A. Nieto-Sanjuanero, A. Valdés-Cervantes, J. C. Rivas-Rodríguez, L. A. Orellana-Chacón, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La alimentación enteral temprana (AET) y sus efectos en la función intestinal (estimulación de la actividad enzimática, desarrollo del

sistema inmune entérico, colonización microbiana, absorción de fósforo y ácidos grasos) son clave en neonatos prematuros de muy bajo peso al nacer (MBPN $\leq 1\,500$ g). La incapacidad para alcanzar alimentación enteral plena (AEP) prolonga la necesidad de utilizar nutrición parenteral total, con las consecuencias conocidas. La fosfatasa alcalina (FA) es una enzima con funciones inmunomoduladoras y su isoenzima intestinal puede inducirse por el estímulo trófico de la alimentación enteral. Su medición temprana podría reflejar maduración intestinal funcional.

Objetivo: Evaluar si los valores séricos de FA total se relacionan con el tiempo para alcanzar la AEP.

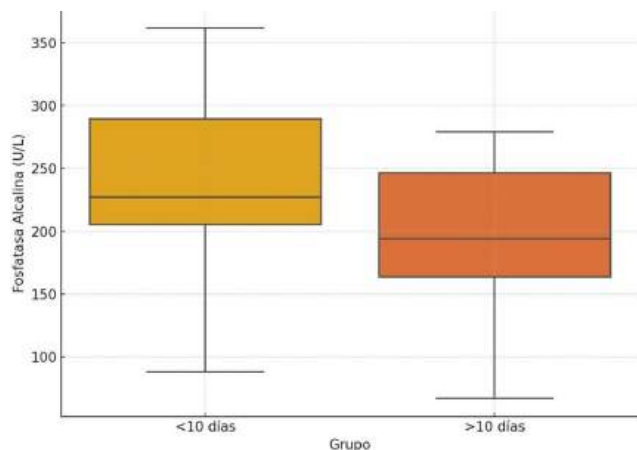
Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se incluyó a 42 neonatos prematuros $\leq 35,2$ SDG y $\leq 1\,500$ g que ingresaron a la UCIN del Hospital Universitario José Eleuterio González de la UANL entre 2024 y 2025. Se excluyeron casos con malformaciones digestivas, infecciones congénitas y asfisia. Se analizó el inicio de la alimentación enteral temprana (≤ 10 días) y tardía (≥ 11 días) y se evaluaron variables clínicas y bioquímicas, incluidos peso al nacer, edad gestacional, sepsis, ventilación mecánica y cifras séricas de FA total. Por último, se realizó un análisis bivariado (U de Mann-Whitney para FA), así como regresión logística multivariada.

Resultados: Los neonatos con AEP temprana mostraron concentraciones más altas de FA (mediana, 227 vs. 194 U/L; $p = 0,060$). En el análisis multivariado se identificaron como predictores independientes de AEP tardía el bajo peso al nacer (OR = 8,00; IC95%, 1,17- 54,9; $p = 0,034$) y los valores bajos de FA (OR = 1,02 por unidad menos; IC95%, 1,00-1,04; $p = 0,018$). La edad gestacional y la ventilación mecánica no mostraron relación con el retraso en alcanzar la AEP (Figura 1).

Conclusiones: Las cifras bajas de FA podrían reflejar inmadurez intestinal o menor estimulación trófica, en relación con progresión alimentaria más lenta. La FA total baja a las 24 h se acompañó de mayor probabilidad de AEP tardía. No obstante, la determinación de FA total sin distinguir isoenzima intestinal limita la especificidad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Comparación de los valores de FA sérica a las 24 h de vida entre neonatos que alcanzaron AEP temprana (≤ 10 días) y aquéllos con AEP tardía (≥ 11 días). Se observa una tendencia hacia las concentraciones más elevadas de FA en el grupo con AEP temprana (mediana, 227 vs. 194 U/L; $p = 0,060$). (Dom106)



Dom107

DISMINUCIÓN DEL GROSOR DEL CUÁDRICEPS FEMORAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS

J. J. Peña-Gutiérrez, O. A. González-Hernández, E. Hernández-Chávez, J. C. Basulto-Ultreras, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La enfermedad crítica se define como el deterioro de una enfermedad que resulta en una homeostasis alterada, que puede ocasionar disfunción orgánica y conlleva notables consecuencias nutricionales que, dadas las características propias de los pacientes y su gravedad, suponen una dificultad para realizar mediciones que permitan una adecuada valoración del estado nutricional. Una de las herramientas que han cobrado

importancia en los últimos años es la ultrasonografía de diversos grupos musculares para correlacionar con el estado del catabolismo del paciente. En este trabajo se realizó la medición del grosor del cuádriceps femoral del paciente en estado crítico durante su estancia hospitalaria para evaluar la pérdida de masa de dicho grupo muscular.

Objetivo: Determinar si existe disminución del grosor del cuádriceps femoral en pacientes pediátricos críticamente enfermos.

Material y métodos: En esta cohorte prospectiva se incluyó a pacientes de un mes a 17 años 11 meses de edad, previamente sanos, que ingresaron a la unidad de terapia intensiva de esta unidad hospitalaria en el transcurso de seis meses. Se realizó la medición del cuádriceps femoral mediante ecografía a pie de cama del paciente con un USG modelo MyLabEighteXP y sondas de matriz convexa C 1-8 single Crystal y lineal 4-15 de alta frecuencia. Se marcó el punto de referencia con marcador indeleble para realizar las mediciones subsiguientes en la misma localización. Dicha medición se llevó a cabo dentro de las primeras 24 horas del ingreso del paciente, a los tres días de su ingreso y a los siete días, si el paciente continuó hospitalizado en ese tiempo; de lo contrario se tomaron en cuenta sólo las primeras dos mediciones. Se eliminó a los pacientes en los que no fue posible recabar la segunda medición. Cada medición se realizó dos veces para confirmar la medida y evaluar la variabilidad intraobservador. Se consideró disminución del grosor muscular con menos del 5% del valor medido de forma inicial.

Resultados: En relación con el grosor del cuádriceps femoral se encontró al ingreso una media de 28,57 mm (desviación $\pm 8,55$ mm); a las 72 h una media de 25,8 mm (desviación $\pm 8,62$ mm) y a los siete días una media de 23,31 mm (desviación $\pm 8,52$ mm). Por lo tanto, se registró una disminución media del grosor de 2,69 mm a las 72 h (DE $\pm 2,33$) y desde el ingreso hasta los siete días de 5,27 mm (DE $\pm 3,36$), ambas con significancia estadística, con una $p < 0,001$. La disminución promedio por día fue de 0,75 mm.

Conclusiones: La disminución del grosor muscular en el paciente críticamente enfermo es una entidad presente y tiene una participación potencial en la evolución clínica y, por ende, en los días de estancia en el servicio de terapia intensiva y hospitalaria total. Su medición por medio de ultrasonido a pie de cama es un método válido, accesible, seguro y práctico en este grupo específico de pacientes y podría promover intervenciones oportunas que tengan una repercusión positiva en sus condiciones generales.

Financiamiento: Este estudio no recibió ningún patrocinio ni financiamiento.

Dom108

ESTADO DE RIESGO NUTRICIONAL Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN STAMP

E. V. Estrada-Arce, N. K. Delgadillo-Bernal, J. C. Reyes-Lona, L. E. Flores-Fong, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara

Introducción: La desnutrición calórico-proteica es prevalente en niños hospitalizados y se relaciona con mayor estancia hospitalaria. Las guías ESPEN/ASPEN recomiendan el tamizaje nutricional al ingreso. Este estudio evalúa el riesgo de desnutrición en pacientes pediátricos del Hospital Civil de Guadalajara mediante STAMP y su efecto en la estancia hospitalaria.

Objetivo: Comparar la estancia hospitalaria en función del riesgo nutricional evaluado con STAMP en pacientes pediátricos hospitalizados.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo en pacientes de dos a 16 años hospitalizados en el Hospital Civil de Guadalajara de octubre a diciembre de 2024. Se aplicó el tamizaje STAMP en las primeras 48 horas. Se recolectaron datos demográficos, antropométricos y días de estancia hospitalaria.

Resultados: En 269 pacientes, la mediana de estancia fue de cuatro días. Según STAMP, 27,1% tuvo bajo riesgo, 54,6% riesgo medio y 18,2% alto riesgo nutricional. Se reconocieron diferencias significativas en la estancia hospitalaria según el riesgo nutricional ($p < 0,001$).

Conclusiones: El tamizaje STAMP es útil para identificar a pacientes pediátricos con riesgo nutricional al ingreso hospitalario. El riesgo nutricional se vinculó con una mayor estancia hospitalaria, lo que subraya la importancia de la evaluación nutricional temprana y las intervenciones oportunas. La implementación del tamizaje STAMP puede optimizar la atención nutricional y reducir la estancia hospitalaria en pacientes pediátricos.

Financiamiento: Ninguno.

Dom109

ESTANDARIZACIÓN DE ESPESANTES DE USO DOMÉSTICO PARA DISFAGIA OROFARÍNGEA EN LACTANTES

D. Castro-Mérida, R. Peña-Vélez, P. Cano-Romano, I. Silva-Ojeda, Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Hospital General Eduardo Vázquez N, Servicios de Salud IMSS-Bienestar

Introducción: La disfagia orofaríngea representa un trastorno en la secuencia de la deglución que afecta la fase oral o faríngea y compromete la seguridad y eficiencia del tránsito del bolo hacia el esófago. Se han utilizado las dietas con espesante en el tratamiento de la disfagia orofaríngea con resultados favorables.

Objetivo: Estandarizar diferentes espesantes de uso doméstico para obtener diferentes consistencias de acuerdo con la Iniciativa Internacional de Estandarización de la Dieta para la Disfagia (IDDSI).

Material y métodos: Se realizó una serie de pruebas con fórmula de inicio a dilución normal, con adición de diferentes porciones de fécula de maíz, harina de arroz, cereal de avena y maca pulverizada para obtener consistencias tipo néctar, miel y pudín, de acuerdo con las recomendaciones de la IDDSI; se utilizó una jeringa de 10 mL y se midió el residuo tras 10 segundos de vaciado. Con posterioridad se prepararon diferentes consistencias mediante 100 mL de fórmula de inicio.

Resultados: Se requirió una menor cantidad de maca pulverizada, cereal de avena, harina de arroz y fécula de maíz, en ese orden respectivamente, para obtener un aumento de la viscosidad. Con la fécula de maíz para consistencia de néctar se usaron 50 g (200 kcal), para consistencia de miel 65 g (260 kcal) y para consistencia de puré 75 g (300 kcal). Con harina de arroz para consistencia de néctar se emplearon 40 g (160 kcal), para consistencia de miel 45 g (180 kcal) y para consistencia de puré 50 g (200 kcal). Con cereal de avena para consistencia de néctar se usaron 20 g (80 kcal), para consistencia de miel 25 g (100 kcal) y para consistencia de puré 30 g (120 kcal). Con maca pulverizada para consistencia de néctar se utilizaron 12,5 g (117 kcal), para consistencia de miel 15 g (127 kcal) y para consistencia de puré 17,5 g (137 kcal). Se usaron 100 mL de fórmula de inicio para todos los espesantes.

Conclusiones: Es posible utilizar espesantes de uso doméstico para aumentar la viscosidad de la fórmula de inicio en diferentes consistencias, de acuerdo con las recomendaciones de la dieta para la disfagia. Los espesantes de uso doméstico promueven un aumento del aporte de calorías. Deben considerarse situaciones especiales, como prematuridad, edad y previa introducción de alimentación complementaria para elegir el espesante adecuado.

Financiamiento: Ninguno.

Dom110

ETIOLOGÍA DE LA PANCREATITIS AGUDA, RECURRENTE Y CRÓNICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

R. Y. Hernández-Franco, G. D. Loaiza-Montalvo, E. L. Tribouillier-Espinoza, K. R. Ignorosa-Arellano, F. Zárate-Mondragón, E. M. Toro-Monjaraz, J. F. Cadena-León, E. Montijo-Barrios, R. Cervantes-Bustamante, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La pancreatitis en la población pediátrica mexicana ha mostrado una incidencia creciente en las últimas décadas. Su diagnóstico representa un reto clínico debido a la variabilidad en la presentación de síntomas y la posibilidad de progresión hacia formas recurrentes o graves, con riesgo significativo de complicaciones sistémicas. Por ello resulta fundamental identificar oportunamente las causas más frecuentes en este medio a fin de orientar el abordaje diagnóstico y terapéutico de manera eficaz.

Objetivo: Identificar las causas más frecuentes de la pancreatitis aguda, recurrente y crónica en pacientes pediátricos atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría durante el periodo comprendido entre 2020 y 2024.

Material y métodos: Se incluyeron expedientes de pacientes que cumplieran con los criterios diagnósticos establecidos para pancreatitis aguda, recurrente y crónica, admitidos en el Instituto Nacional de Pediatría, en el periodo de 2020 a 2024.

Resultados: La muestra analizada incluyó 46 expedientes de pacientes pediátricos, con edades de 1 a 17 años. La edad promedio fue de 11,7 años,

mientras que la mediana fue de 13 años. Al clasificar por grupos etarios se observó que el 13% de los casos correspondió a niños de 1 a 5 años, el 27% a pacientes de 6 a 11 años, y el 60% a adolescentes de 12 a 17 años. Respecto de la clasificación clínica, la forma más frecuente fue la pancreatitis aguda con 54,5% (n = 26), seguida por la pancreatitis recurrente con 36,9% (n = 17) y la pancreatitis crónica con 6,5% (n = 3). Dentro de los casos de pancreatitis aguda, según la gravedad, se observó un predominio de formas leves con 50% (n = 13), moderadamente graves con 33,3% (n = 9) y graves con 16,6% (n = 3). Durante la revisión de los casos de pancreatitis en esta institución se reconoció una amplia variedad de etiologías agrupadas en anatómicas, obstructivas, metabólicas, genéticas, infecciosas, traumáticas, farmacológicas, autoinmunes, sistémicas e idiopáticas. La causa idiopática representa el mayor número de casos con 28% (n = 13), con predominancia de las presentaciones recurrentes en 61% (n = 8) y agudas (n = 5). Las anomalías anatómicas comprenden hallazgos como páncreas *divisum*, quistes del colédoco y estenosis ductales, las cuales se presentaron como casos recurrentes. Dentro de las causas obstructivas, la etiología biliar es la más frecuente, vinculada en particular con pancreatitis aguda. Las entidades medicamentosas se deben al consumo de fármacos antineoplásicos, L-asparaginasa y asparaginasa pegilada y se presentan de forma aguda. En contraste, las causas genéticas (PRSS1) y autoinmunes (tipos 1 y 2) muestran recurrencia. La presentación crónica fue menos frecuente, con sólo tres casos registrados: dos anatómicos y uno idiopático.

Conclusiones: En esta cohorte pediátrica, la edad de presentación predominante fue la de adolescentes. La pancreatitis aguda fue la presentación predominante, mayoritariamente de forma leve, aunque con casos moderadamente graves y graves que requieren vigilancia clínica estrecha. La elevada frecuencia de recurrencia (38,6%) resalta la importancia de identificar causas predisponentes (la etiología idiopática fue la más común). En respuesta a esta necesidad, en este hospital se han comenzado a incorporar en fecha reciente pruebas genéticas, con el objetivo de detectar alteraciones relacionadas con pancreatitis recurrente. Este enfoque permite reclasificar casos inicialmente idiopáticos, orientar el seguimiento clínico y prevenir el avance a formas crónicas y sus complicaciones.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom111

SOBREPESO Y OBESIDAD: ¿FACTOR DE RIESGO EN ASCENSO PARA PANCREATITIS AGUDA EN PEDIATRÍA?

L. C. Loaiza-Bautista, A. P. Luna-Orozco, Hospital Infantil de Tlaxcala

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pancreático y se presenta en 1/10 000 niños al año. La incidencia es de 1-13/100 000, con predominio femenino de 1:2. Su diagnóstico requiere dos de los siguientes criterios: dolor abdominal, lipasa y amilasa sérica tres veces por encima del valor normal y hallazgos imagenológicos. Existen factores de riesgo relacionados con PA pediátrica: infecciosos (virus de Epstein-Barr); metabólicos como hipertrigliceridemia; y medicamentos como L-asparaginasa. Asimismo, el sobrepeso y la obesidad son un factor de riesgo que ha adquirido importancia; de acuerdo con la OMS y la ENSANUT del 2024, México ocupa el primer lugar en obesidad infantil y hasta 30 a 40% de los niños tiene algún grado de sobrepeso u obesidad. En 2020-2023, el 19% de escolares padecía sobrepeso y el 17,5% obesidad; en adolescentes, 23,4% tenía sobrepeso y 17% obesidad. El tejido adiposo secreta TNF- α , IL-6 y leptina y se promueve un estado inflamatorio de bajo grado que predispone a una activación inapropiada de enzimas pancreáticas, alteraciones en la microcirculación pancreática y aumento del estrés oxidativo, lo que explica el inicio del proceso inflamatorio agudo pancreático. Quan-Yang destacó en 2024 que la incidencia de PA se correlaciona con la incidencia de obesidad, al modificar su inicio, curso y pronóstico. Dragu notificó en 2025 que el 21,1% de los pacientes con PA sufre obesidad y que la gravedad se incrementa hasta un 36,9% y la mortalidad en 3,1% sólo en la obesidad.

Objetivo: Determinar el estado nutricional mediante el uso de los valores de la puntuación Z de la OMS en pacientes con PA atendidos en un hospital pediátrico de tercer nivel. Identificar la frecuencia de sobrepeso y obesidad en individuos con PA atendidos en un hospital pediátrico de tercer nivel. Registrar la prevalencia de la relación sobrepeso/obesidad y PA pediátrica de forma anual y comparativa.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, analítico y retrospectivo en un hospital pediátrico de tercer nivel que incluyó a

pacientes de 0 a 17 años 11 meses, con diagnóstico de PA de enero de 2020 a junio de 2025. Los datos se tomaron del expediente clínico completo y el estado nutricional se valoró con la puntuación Z.

Resultados: Se identificaron 34 casos y 22 cumplían los criterios diagnósticos. Del total, 3 (13,5%) eran pacientes con sobrepeso de acuerdo con la puntuación Z de la OMS (DE 1-1,99), 10 (45,3%) con obesidad (DE > 2) y, en sumatoria, el 58,8% tenía prevalencia de exceso de peso. En 2020 se documentó un caso de PA con sobrepeso; en 2021, dos casos de PA sin informe de sobrepeso u obesidad; en 2022, cuatro casos de PA: tres con obesidad; en 2023, tres casos de PA: uno con sobrepeso y uno con obesidad; en 2024, siete casos de PA: uno con sobrepeso y cuatro con obesidad; hasta junio de 2025, cinco casos de PA: dos con obesidad. La distribución muestra una tendencia al aumento y a partir del 2022 se incrementa el número de casos y la proporción de obesidad con 75% de prevalencia, una tendencia que se mantuvo en 2023 con 33,3% de obesidad y 66,6% de exceso de peso global, hasta alcanzar en 2024 el mayor número de casos, con 14,3% de sobrepeso, 57,1% de obesidad y 71,4% de exceso de peso global. Para 2025 sólo se cuenta con registro de seis meses, pero el 40% de obesidad indica que la tendencia sigue en ascenso.

Conclusiones: El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo en aumento para PA, ya que no se trata sólo de una comorbilidad frecuente sino de un modificador del curso clínico. Los datos obtenidos revelan cómo el sobrepeso y la obesidad representan más de la mitad de los casos, 1/5,5 con sobrepeso y 1/2,2 con obesidad. Los hallazgos deben llevar a mejorar el enfoque clínico e incluir desde el primer contacto el estado nutricional como una variable crítica; la finalidad es reducir el riesgo de complicaciones metabólicas y comorbilidades y mejorar el pronóstico de PA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom112

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS, ETIOLÓGICOS Y BIOQUÍMICOS ASOCIADOS CON LA GRAVEDAD DE LA PANCREATITIS AGUDA

E. L. Tribouillier-Espinoza, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, F. E. Zárate-Mondragón, E. Toro-Monjaraz, E. Montijo-Barrios, R. Cervantes-Bustamante, E. Benítez, A. Legaria-Menéndez, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Hoy en día, con el incremento del número de pacientes pediátricos diagnosticados con pancreatitis aguda y pancreatitis aguda recurrente, se ha ampliado el estudio de dichas anomalías con la aparición de consensos e información de múltiples centros. Las publicaciones médicas no son definitivas para establecer escalas de valoración de la gravedad de los episodios; sin embargo, se han publicado múltiples estudios que respaldan algunas variables que podrían modificarse con la gravedad del episodio, como lo son algunas de tipo bioquímico, el estado nutricional, la etiología, y el tratamiento, centradas en el tipo de nutrición brindada y en el suministro de líquidos intravenosos, por lo que este tema se ha convertido en un campo de interés para el gastroenterólogo pediatra y ha llevado a realizar este estudio.

Objetivo: Determinar si existe una relación entre las características epidemiológicas, la etiología y las variables bioquímicas y la gravedad de la pancreatitis aguda en pacientes pediátricos.

Material y métodos: Participaron los pacientes pediátricos con diagnóstico de pancreatitis aguda que consultaron en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) durante el periodo del 1 de enero de 2014 al 1 de enero de 2024. Tipo de estudio: observacional, longitudinal, analítico y retrospectivo. Variables analizadas: epidemiológicas (sexo, edad), estado nutricional, etiología, gravedad del episodio de PA y PAR, cifras de albúmina, conteo de glóbulos blancos, hemoglobina, PCR, lipasa y BUN. Análisis estadístico: para el análisis univariado se utilizó estadística descriptiva y las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes y las de tipo numéricas en medias. Para establecer la relación entre los datos epidemiológicos, etiológicos, valores bioquímicos y gravedad de la PA se efectuó un análisis de varianza o ANOVA para determinar si las diferencias entre las medias de los tres grupos eran estadísticamente significativas.

Resultados: Se incluyó a un total de 53 pacientes, de los cuales 31 (59%) fueron del sexo femenino, con edad promedio de 137 meses (11 años) y el estado nutricional que predominó fue el eutrófico en el 39% de los pacientes, seguido de la obesidad en 31% y la desnutrición leve en el 19%. La causa

más frecuente fue la obstructiva con un total de 24 (45%), seguida de la medicamentosa con 11 (21%) y la idiopática con 9 (17%) pacientes. Sobre la gravedad, la mayoría tuvo un episodio leve con 25 (47%), uno moderado con 16 (31%) y uno grave con 12 (22%); de los graves, la disfunción principal fue la de tipo respiratoria y las colecciones fueron la complicación primaria (12%). En cuanto a las variables bioquímicas, los valores promedio al momento del diagnóstico y los intervalos fueron para la albúmina: 3,5 g/dL (1-7), leucocitos: $12,8 \times 10^3 \text{ mm}^3$ (0,6-36,4), hemoglobina: 13,4 g/dL (4,7-17,2), PCR: 9,7 mg/dL (0,30-30,30), lipasa: 1 588 UI/mL (58-10.612), BUN: 14,17 mg/dL (4,2-86,5). En cuanto a la relación de las variables con la gravedad se encontró que el sexo, la edad, la albúmina, los leucocitos, el BUN y los valores de hemoglobina no se vinculan con la gravedad de la PA, si bien la causa farmacológica sí lo hace con mayor gravedad ($p < 0,001$), así como las concentraciones de lipasa al diagnóstico.

Conclusiones: Existe una relación demostrada entre la etiología de la pancreatitis aguda y la gravedad y es más grave en aquellos pacientes cuya causa es la medicamentosa. Los valores bioquímicos al momento del diagnóstico no determinan la gravedad de la PA que experimentará el paciente. La complicación más frecuente es la presencia de colecciones y la disfunción vinculada con la gravedad es la de tipo respiratorio.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom113

EVALUACIÓN DE LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA CRÓNICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ATRESIA DE VÍAS BILIARES PRE Y POSTOPERADOS DE CIRUGÍA DE KASAI EN EL HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA, CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

E. Torres-Rodríguez, M. Cervantes-Garduño, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La atresia de vías biliares (AVB) es una colangiopatía progresiva de causa desconocida y se presenta en la forma de colestasis neonatal, la cual puede evolucionar a insuficiencia hepática crónica (IHC) y cirrosis temprana; es la principal indicación de trasplante hepático en la edad pediátrica. La frecuencia a nivel global varía de 1 en 10 000 a 16 700 y predomina en mujeres y en Asia. En México sólo existen registros de series de casos en los centros pediátricos de alta especialidad. La biopsia hepática es el único método definitivo para establecer el diagnóstico y evaluar el grado de fibrosis. El tratamiento es quirúrgico a través de una portoenterostomía hepática, llamada cirugía de Kasai, para restablecer el flujo biliar. Los resultados posoperatorios indican que la lesión del parénquima hepático no sólo depende de la obstrucción biliar sino del grado de IHC, la cual determina la evolución, pronóstico y mortalidad.

Objetivo: Evaluar la insuficiencia hepática crónica en pacientes pediátricos con atresia de vías biliares antes y después del procedimiento de Kasai.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, transversal y analítico. Se incluyó a pacientes de ambos sexos con el diagnóstico de AVB e IHC, posoperados de cirugía de Kasai y atendidos durante el periodo de enero de 2018 a diciembre de 2024. Se utilizó estadística descriptiva, de acuerdo con el tipo de distribución de las variables. La diferencia estadística entre los grupos se calculó según fuera su distribución con las pruebas t de Student, McNemar o Wilcoxon.

Resultados: Se atendió a 76 pacientes con AVB, de los cuales 58 (76%) fueron elegibles para la operación de Kasai y sólo 28 (48%) cumplieron con criterios de inclusión. La mediana de edad fue de 84 días, con predominio del sexo femenino (67%). En la **Tabla 1** se analizan las diferentes variables al momento de la primera evaluación y tres meses después de la cirugía de Kasai; resultaron estadísticamente significativos ($p < 0,05$) el fallo de crecimiento, la ascitis y la encefalopatía hepática. La clasificación de Child-Pugh B predominó en 27 pacientes (96,4%) antes de la cirugía de Kasai y en 17 (60,7%) luego de la intervención; en 10 (35,7%) pacientes se demostró la mejoría de un Child-Pugh B a una clasificación A posterior a la cirugía y sólo 1 (3,5%) enfermo permaneció en una clasificación Child-Pugh C.

Conclusiones: En pacientes con AVB, el estado clínico y la función hepática anterior a la cirugía de Kasai influyen en su evolución y pronóstico; en este estudio, la mayoría que se presentó con algún grado de insuficiencia hepática crónica, de acuerdo con la clasificación de Child-Pugh, no mejoró a pesar de la realización temprana del procedimiento de Kasai. Es muy importante

promover las acciones de prevención para una detección y tratamiento tempranos y así contribuir a reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con AVB.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Variables presentes en niños con AVB al momento de la primera evaluación y tres meses después de la cirugía de Kasai (n = 28). (Dom113)

Variable	Antes de HPE	Después de HPE	p
Peso (kg)	4,95 (2,6-6,8)*	6 (3,9-7,1)	0,99
Talla (cm)	60 (47-64)*	61 (54-70)	0,99
P/T	4,95 (2,6-6,8)*	6 (3,9-7,1)	0,99
Fallo de crecimiento	9 (32,1%)	9 (32,1%)	< 0,05
Ascitis	3 (10,7%)	5 (17,8%)	< 0,05
Bilirrubina (mg/dL)	7,73 (2,91-18,92)*	7,35 (0,11-30,27)	0,31
Albúmina (g/dL)	3,72 (1,91-4,77)*	3,85 (2,58-5,48)	0,84
INR	1,06 (0,87-1,88)*	1,13 (0,93-2,76)	0,96
Tiempo de protrombina (s)	13,7 (9,8-45,7)*	13,7 (10,5-31,4)	0,47
Puntuación PELD	8 (3-27)*	6,5 (< 4-32)	0,17
Encefalopatía hepática	4 (14,2%)	6 (21,4%)	< 0,05
Child-Pugh			
A	0	10 (35,7%)	< 0,05
B	27 (96,4%)	17 (60,7%)	
C	1 (3,5%)	1 (3,5%)	
Fibrosis informada en la biopsia hepática (METAVIR)**			
F0	7 (25%)		NA
F1	1 (3,5%)		
F2	9 (32,1%)		
F3	4 (14,2%)		
F4	7 (25%)		

*Mediana (mínimo y máximo).

**Clasificación de acuerdo con los hallazgos en la biopsia sólo antes del procedimiento de Kasai. NA, no aplica. Tabla de propia autoría.

la profilaxis secundaria del sangrado variceal y para la atención del hiperesplenismo. Se espera que una derivación permeable y funcional disminuya de forma significativa los episodios de sangrado variceal, las complicaciones vinculadas con el hiperesplenismo y la morbilidad en este grupo de pacientes. La efectividad de los procedimientos depende en gran medida de la experiencia del centro hospitalario y la selección adecuada de cada paciente.

Objetivo: Comparar la efectividad de las derivaciones portosistémicas y la derivación Meso-Rex en pacientes con hipertensión portal prehepática. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y comparativo de pacientes pediátricos (0-18 años) sometidos a abordaje diagnóstico y terapéutico en el Instituto Nacional de Pediatría entre los años 2013 y 2023. Todos cumplieron el criterio de diagnóstico clínico, bioquímico, radiológico e histológico de hipertensión portal prehepática. Los pacientes incluidos se sometieron a alguna de las siguientes intervenciones: derivación esplenorrenal distal (DERD), derivación mesocava (DMC) o derivación Meso-Rex (DMR). La recurrencia del sangrado variceal y los hallazgos endoscópicos se evaluaron para medir la recurrencia de hemorragia variceal, y la esplenomegalia y la presencia de citopenias para medir la disminución del hiperesplenismo. Las variables se evaluaron antes de la derivación quirúrgica y en los primeros 12 meses tras la intervención. Los datos se obtuvieron de expedientes clínicos y luego se analizaron con SPSS v 21.

Resultados: Se revisaron 112 expedientes con diagnóstico de hipertensión portal: 45,5% (n = 51) tenían hipertensión portal prehepática (47 con degeneración cavernomatosa de la vena porta, cuatro con trombosis de la vena porta). Se incluyó a 28 pacientes que cumplían criterios diagnósticos-clínicos, bioquímicos, radiológicos e histológicos y que se había sometido antes a una derivación quirúrgica: 78,5% (n = 22) DERD, 17,8% (n = 5) Meso-Rex (MR), y 3,5% (n = 1) mesocava (MC). Se notificó que el 100% de los casos tenía esplenomegalia y satisfacía criterios de hiperesplenismo al diagnóstico. Se identificaron várices esofágicas en el 90,6% y gástricas en el 72% en el primer estudio endoscópico, y se informó que el 50% de los pacientes carecía de várices esofágicas y gástricas luego de la realización de la derivación quirúrgica. Se utilizaron pruebas de ji cuadrada para las variables categóricas. Con la prueba exacta de Fisher se buscó la relación entre cada tipo de derivación para recurrencia de sangrado variceal e hiperesplenismo (Tabla 1). Se efectuaron las pruebas t de Student para variables cuantitativas para la relación con recurrencia de sangrado.

Conclusiones: En este estudio de pacientes pediátricos con hipertensión portal prehepática no se hallaron diferencias significativas en la recurrencia de sangrado o la resolución del hiperesplenismo entre las derivaciones empleadas. Sin embargo, se destaca una tendencia en la persistencia del hiperesplenismo, pero disminución de la recurrencia de episodios de sangrado variceal en todos los grupos. Se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para esclarecer el comportamiento de estas variables y guiar la atención óptima de esta población pediátrica.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom114

EFFECTIVIDAD DE LAS DERIVACIONES QUIRÚRGICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN PORTAL NO CIRRÓTICA: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

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

Introducción: Las derivaciones portosistémicas y la derivación Meso-Rex son procedimientos quirúrgicos empleados frecuentemente en pacientes pediátricos con hipertensión portal prehepática, indicadas como tratamiento de

Dom115

CARACTERÍSTICAS GENOTÍPICAS Y FENOTÍPICAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COLESTASIS INTRAHEPÁTICA FAMILIAR PROGRESIVA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

E. C. Alba-Rodríguez, S. Villalpando-Carrión, C. P. Acosta-Rodríguez Bueno, T. Barragán-Arévalo, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC) es una enfermedad hepática genética rara en la infancia, caracterizada por alteraciones en el transporte de ácidos biliares. Este estudio describe las carac-

Tabla 1. Hiperesplenismo y recurrencia del sangrado en pacientes con hipertensión portal prehepática a 12 meses de seguimiento luego de la derivación portosistémica. (Dom114)

Tipo de derivación	sí	Hiperesplenismo		Valor p	Recurrencia de sangrado		Valor p
		no	sí		no	sí	
Esplenorrenal distal	Recuento/%	16/76,2%	5/23,8%	p = 0,685	5/22,7%	17/77,3%	p = 1
Meso-Rex	Recuento/%	4/80%	1/20%		2/40%	3/60%	
Mesocava	Recuento/%	1/100%	0/0%		0/0%	1/100%	

terísticas genotípicas y fenotípicas en pacientes mexicanos con PFIC con el objetivo de mejorar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico en esta población.

Objetivo: Describir las características genotípicas y fenotípicas en los pacientes con colestasis intrahepática familiar progresiva. Comparar las variables clínicas, bioquímicas y antropométricas en los pacientes con PFIC de acuerdo con sus variantes genéticas. Comparar el tiempo de evolución de los pacientes con PFIC en relación con sus variantes genéticas. Comparar las características histopatológicas en los pacientes con diagnóstico de PFIC según sus variantes genéticas.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Incluye a todos los pacientes con diagnóstico de colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC) atendidos en el Hospital Infantil de México. Se recopilarán datos clínicos, antropométricos e histológicos desde el inicio del seguimiento hasta cinco años de evolución y se agruparán según las características genotípicas. Se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se excluirá a pacientes con otras alteraciones hepáticas y aquéllos sin información clínica o genética completa. El análisis estadístico se realizará en Excel, con expresión de frecuencias, porcentajes, medias y rangos (mínimos y máximos) para las variables descritas.

Resultados: Se incluyó a 15 pacientes con diagnóstico confirmado de colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC) y análisis genético completo. Predominó el sexo femenino (60%) y la edad promedio de inicio de los síntomas fue de 11,8 meses. La evaluación nutricional reveló desnutrición significativa, especialmente en masa muscular y grasa subcutánea, con *z-score* bajo en perímetro braquial y pliegue tricipital. La hepatomegalia estuvo presente en el 100% de los casos, acompañada a menudo de prurito e ictericia. La ascitis y el sangrado digestivo fueron infrecuentes, lo que sugiere estadios compensados al diagnóstico. En el plano bioquímico, la bilirrubina directa fue el hallazgo más constante, con elevaciones variables de aminotransferasas y GGT normal en la mayoría, excepto en PFIC-3. El perfil lipídico mostró colesterol HDL bajo y triglicéridos elevados, útiles como marcadores diagnósticos. La función hepática (albúmina, INR, glucosa) se mantuvo conservada. En las 10 biopsias hepáticas disponibles predominó la fibrosis portal y la colestasis canalicular. Desde el punto de vista genético se observó predominio del gen *ABCB11* (46,6%), relacionado con PFIC-2. Se identificaron 10 variantes nuevas: tres en *ABCB11*, dos en *ATP8B1*, tres en *ABCB4*, una en *MYO5B* y una en *TJP2*. Casi todas fueron homocigotas y patogénicas o probablemente patogénicas, lo que confirma su intervención en la fisiopatología de la enfermedad.

Conclusiones: Este estudio revela la marcada heterogeneidad clínica, bioquímica y genética de la PFIC en una cohorte pediátrica mexicana. La combinación de datos clínicos, nutricionales, histológicos y moleculares permitió identificar patrones vinculados con distintos subtipos. Destacan la utilidad del perfil bioquímico y la genotipificación en el diagnóstico, así como la importancia de ampliar paneles genéticos y aplicar un enfoque multidisciplinario para un tratamiento individualizado.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom116

ETIOLOGÍA DE FALLA HEPÁTICA AGUDA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

C. J. Morales-Hernández, B. González-Ortiz, D. Espinosa-Saavedra, UMAE, Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freud, CMN Siglo XXI

Introducción: La falla hepática aguda (FHA) es una enfermedad poco frecuente y causa importante de morbilidad y mortalidad (se ha notificado una mortalidad general hasta del 70%). Los criterios diagnósticos son evidencia de daño hepático agudo, el cual es potencialmente reversible, en un paciente sin enfermedad hepática previa, más coagulopatía no corregible tras la administración de vitamina K. Los estudios publicados en niños muestran que las causas varían de acuerdo con el grupo de edad y también se ven influidas por la zona geográfica y el nivel de ingresos de los países. En naciones de altos ingresos, la principal causa encontrada fue la intoxicación por paracetamol, mientras que en países con medianos a bajos ingresos fue la hepatitis viral, sea por plantas medicinales o por tóxicos. La supervivencia sin trasplante hepático varía según sea el diagnóstico etiológico de la FHA. El grupo de estudio de la FHA señala que es de 60 a 70% en pacientes con intoxicación por paracetamol y hepatitis A, en contraste con 20 a 40% en pacientes con causa indeterminada o enfermedad de Wilson.

Objetivo: Describir la etiología y pronóstico de los pacientes pediátricos con FHA, atendidos en una UMAE de tercer nivel, en el periodo de enero de 2021 a enero de 2023; se analizaron el tipo de presentación, la respuesta al tratamiento y el desenlace de la FHA.

Material y métodos: Diseño de investigación: estudio transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo.

Resultados: Del total de 15 casos de pacientes con FHA analizados (Tabla 1), el grupo de edad más frecuente fue el de adolescentes (46,6%) con predominio del sexo masculino (60%); la causa más común fue indeterminada (40%), seguida de la autoinmune (33,3%), las hepatitis virales (13,3%), la hepatitis A (6,6%) y la isquemia (6,6%). Al diagnóstico, el signo más común fue ictericia en el 93,3% de los pacientes, seguida de encefalopatía en el 60%, dolor abdominal y malestar general en 46,6%. El cuadro de presentación más frecuente fue agudo en el 53,3%, seguido de fulminante en el 33,3% y subagudo en el 13,3%. El estado nutricional más predominante fue normal en el 80%, sobrepeso en el 13% y desnutrición en el 7%. Se identificaron comorbilidades en el 13% de los pacientes, las cuales fueron lupus eritematoso sistémico (6,6%)

Tabla 1. Características de los pacientes con falla hepática aguda en un tercer nivel de atención. (n = 15). (Dom116)

Variable	n	%
Edad		
Lactantes (0-2 años)	3	20
Preescolares (3-5 años)	5	33,3
Adolescentes (12-18 años)	7	46,6
Sexo		
Hombres	9	60
Mujeres	6	40
Diagnóstico etiológico		
Indeterminado	6	40
Hepatitis autoinmune	5	33,3
Hepatitis viral	2	13,3
Hepatitis A	1	6,6
Isquemia/choque	1	6,6
Cuadro clínico		
Ictericia	14	93,3
Encefalopatía	9	60
Dolor abdominal	7	46,6
Malestar general	7	46,6
Cuadro de presentación		
Fulminante	5	33,3
Agudo	8	53,3
Subagudo	2	13,3
Complicaciones		
Hemorragia	5	33,3
Sepsis	4	26,6
Lesión renal aguda	3	20
Edema cerebral	2	13,3
Falla orgánica múltiple	2	13,3
Estado nutricional		
Normal	12	80
Desnutrición	1	7
Sobrepeso	2	13
Desenlace		
Resolución	11	73,3
Muerte	4	26,6

y colitis ulcerativa (6,6%). Se presentaron complicaciones en el 47% de los pacientes, de las cuales la más frecuente fue la hemorragia con el 33,3%, seguida de sepsis en el 26,6%, lesión renal aguda en el 20%, edema cerebral en el 13,3%, y falla orgánica múltiple en el 13,3%. Al 60% de los pacientes se les practicó biopsia hepática. El promedio de días de estancia hospitalaria fue de 14 días. El 33% de los pacientes requirió ventilación mecánica asistida. Al 60% se le administró un tratamiento dirigido a la sospecha etiológica. El 33% satisfizo criterios de trasplante hepático de acuerdo con la escala del *King's College*. Sólo en el 27% se utilizó terapia puente (MARS). El desenlace en el 73,3% de los pacientes fue la resolución, en tanto que la mortalidad fue del 26,6%. Apenas el 13% de los pacientes recibió trasplante hepático, uno de donador vivo relacionado y otro de donador cadavérico.

Conclusiones: La FHA representa un reto en el diagnóstico etiológico por ser una enfermedad de desarrollo rápidamente progresivo, con alta morbimortalidad, por lo que el pronto reconocimiento de la causa y un abordaje multidisciplinario apropiado permiten la aplicación de algoritmos de diagnóstico y tratamiento cruciales para la atención adecuada y resultados más favorables en este grupo de pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom117

HALLAZGOS HISTOLÓGICOS DEL INJERTO HEPÁTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

A. Palacios-Herrera, E. Hernández-Chávez, E. R. González-Galván, G. Razo-Jiménez, UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente

Introducción: El trasplante hepático (TH) es el tratamiento curativo de la insuficiencia hepática aguda y crónica. Dentro de las indicaciones, la atresia de vías biliares (AVB) es la principal a nivel mundial; otras indicaciones son las alteraciones metabólicas, las vasculares y los tumores. Entre los tipos de trasplante se incluyen los de donante fallecido y los de donante vivo. El hospital de pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO) es una institución de referencia en la que se practican TH y se cuenta con el seguimiento de los pacientes. Las complicaciones posteriores al trasplante incluyen el rechazo agudo o crónico y las complicaciones médicas y quirúrgicas. Para el seguimiento es necesario incluir la toma de biopsia hepática en la que pueden identificarse anomalías histológicas; existen dos tipos de biopsia hepática: la de vigilancia a 1, 5 y 10 años del TH y la biopsia por causa, como parte de estudio de la elevación de las aminotransferasas. Este seguimiento es de utilidad para establecer el tratamiento inmunosupresor adecuado y mantener la función del injerto.

Objetivo: Describir los hallazgos histológicos del injerto hepático en pacientes pediátricos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo cuyo universo incluyó a pacientes sometidos a TH con biopsia del injerto de enero de 2018 a mayo de 2025. Se realizó estadística descriptiva y el estudio recibió aprobación del comité de ética y se conservó la confidencialidad de los pacientes.

Resultados: Se revisaron 12 biopsias de injerto hepático de seguimiento o por causa, nueve de ellas de pacientes femeninas y la indicación más frecuente para la realización del TH fue la atresia de vías biliares en 58%, con una mediana de edad al TH de dos años. Dentro de las complicaciones médicas del TH, el 67% tuvo infecciones por el virus de Epstein-Barr y citomegalovirus y entre las quirúrgicas destacaron la fístula biliar en 25% y las várices esofágicas en 17%.

Antes de tomar la biopsia, los pacientes se encontraban en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus (50%) y con doble inmunosupresor con tacrolimus + ácido micofenólico (25%). La mediana de edad a la toma de biopsia del injerto fue de 7,8 años luego del trasplante hepático y la indicación principal fue por causa en 58% y como seguimiento en 42%. En 100% de los casos se observó la ausencia de complicaciones del procedimiento.

Entre los hallazgos histopatológicos, en 75% se notificó sin fibrosis y el 17% se clasificó con la escala METAVIR en F2. Se realizó una búsqueda intencionada de esteatosis con hallazgos negativos, una búsqueda de infecciones por virus oportunistas con tinciones especiales para CMV y EBER negativas y se descartaron procesos malignos. En el 58% de las biopsias no se reconocieron signos de rechazo agudo o crónico; los casos en que se identificó el rechazo se clasificaron de acuerdo con la clasificación de Banff (rechazo agudo moderado en 17% y crónico tardío en 17%); en 8% se observó colangitis esclerosante autoinmune (CEA). Después de los hallazgos histopatológicos se modificó el tratamiento inmunosupresor; en 42% se ajustó la inmunosupresión y en 17%

se logró suspender el tratamiento inmunosupresor, al tratarse de un receptor ideal. Hasta el momento, 92% se encuentra vivo.

Conclusiones: Los pacientes objeto de trasplante hepático pueden cursar con algunas complicaciones, entre ellas rechazo del injerto agudo o crónico, por lo que la toma de biopsias, ya sea de vigilancia o por causa, con una adecuada interpretación histopatológica, es útil para identificar anomalías que alteren la longevidad del injerto; de ese modo pueden aplicarse medidas terapéuticas para prevenir el rechazo e incluso interrumpir la inmunosupresión, como se demostró en el caso de receptores ideales.

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

Dom118

ESTADO NUTRICIONAL COMO FACTOR ASOCIADO A DESENLACES CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN PORTAL AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

C. R. Flores-Soriano, M. P. Padilla-Sánchez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La desnutrición es una anomalía frecuente en pacientes con hipertensión portal (HTP) y se ha vinculado con un incremento de la morbimortalidad y la frecuencia de complicaciones clínicas. En el ámbito pediátrico, los niños con HTP poseen un mayor gasto energético en reposo y una mayor vulnerabilidad al deterioro del estado nutricional en comparación con los niños sanos. En enfermedades hepáticas crónicas de la infancia, la desnutrición se ha relacionado con un desenlace clínico desfavorable, incluidos el retraso en el crecimiento, la mayor incidencia de sangrado variceal y el mayor riesgo perioperatorio en pacientes elegibles para trasplante hepático. En este contexto, la evaluación nutricional mediante el *Z score* del índice de masa corporal (IMC) y peso para la talla (P/T) al momento del diagnóstico constituye una herramienta objetiva, estandarizada y de bajo costo, con potencial utilidad como marcador pronóstico temprano para identificar a pacientes pediátricos con HTP en mayor riesgo de sufrir complicaciones clínicas o endoscópicas.

Objetivo: Evaluar la relación entre el estado nutricional al momento de la primera consulta y la presencia de complicaciones clínicas (ingreso a la unidad de terapia intensiva pediátrica [UTIP], transfusión de concentrado eritrocitario) y endoscópicas (presencia de várices de alto riesgo) en niños con hipertensión portal.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México. Se incluyó a pacientes pediátricos (< 18 años) con diagnóstico confirmado de hipertensión portal, valorados por primera vez entre enero de 2022 y mayo de 2025. Se excluyó a aquellos sin datos antropométricos o con expediente incompleto. Se recolectaron variables demográficas, antropométricas (*Z score* de IMC y P/T), etiología, hallazgos endoscópicos y sucesos clínicos (transfusión, ingreso a UTIP). La desnutrición se definió como *Z score* < -2 en IMC o P/T, según los criterios de la OMS. La estratificación endoscópica se basó en los criterios adaptados de Dagradi y Sarin y las várices de alto riesgo de sangrado se clasificaron como: várices esofágicas grado III por Dagradi, grado II con signos rojos y várices gastroesofágicas tipo 2 (GOV2) o gástricas aisladas tipo 1 (IGV1). Se utilizó estadística descriptiva; se aplicaron las pruebas exacta de Fisher, t de Student o U de Mann-Whitney. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 37 pacientes pediátricos con diagnóstico confirmado de HTP. La mediana de edad fue de 72 meses y el 54% correspondió al sexo femenino. Al momento de la primera consulta, el 27% de los pacientes presentaba desnutrición (*Z score* de IMC < -2): de ellos, el 55% requirió ingreso a la UTIP y el 33% recibió transfusión de concentrado eritrocitario. En contraste, sólo el 12% de los pacientes eutróficos presentó alguna de estas complicaciones clínicas. Desde el punto de vista endoscópico, el 78% de los pacientes desnutridos mostró várices de alto riesgo de sangrado, en comparación con el 29% de los pacientes eutróficos. Asimismo, la prevalencia de gastropatía por hipertensión portal fue mayor en el grupo con desnutrición (67% vs. 33%).

Conclusiones: La presencia de desnutrición al momento de la primera consulta se vinculó con mayor frecuencia de ingreso a terapia intensiva, transfusión sanguínea y hallazgos endoscópicos más graves en niños con hipertensión

portal. El Z score podría considerarse un biomarcador clínico inicial para estratificar el riesgo en esta población vulnerable. Se requieren mayores estudios para confirmar estos hallazgos y establecer su aplicabilidad pronóstica.
Financiamiento: Ninguno.

Dom119

CORRELACIÓN ENTRE TRANSAMINASAS SÉRICAS E IMC EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESTEATOSIS HEPÁTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

V. Cervantes-Ruiz, B. Y. Ruiz-Ruvalcaba, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: La enfermedad por hígado graso no alcohólico (NAFLD) representa actualmente una de las causas más comunes de hepatopatía crónica en la población pediátrica, con un vínculo estrecho con la obesidad. Su diagnóstico temprano es complejo, pues la mayoría de los pacientes es asintomática. A pesar de que las guías actuales proponen la ALT como el principal biomarcador de tamizaje, su sensibilidad y especificidad son limitadas. Se ha sugerido que la enzima gamma-glutamilo transferasa (GGT) es un posible marcador complementario. En México, donde el sobrepeso y la obesidad en edad escolar supera el 33%, urge mejorar los protocolos diagnósticos para detectar la NAFLD en etapas tempranas.
Objetivo: Precisar la correlación entre los valores séricos de transaminasas y el índice de masa corporal (IMC) en pacientes pediátricos con esteatosis hepática.
Material y métodos: Estudio transversal analítico realizado en pacientes menores de 16 años con diagnóstico por imagen de esteatosis hepática, atendidos entre enero de 2018 y diciembre de 2024 en el servicio de gastroenterología pediátrica del Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca. Se incluyó a 63 pacientes con expediente clínico completo. Se evaluaron variables clínicas, antropométricas y bioquímicas. Se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para definir la distribución de las variables y la correlación de Spearman entre IMC y enzimas hepáticas. Se calculó el tamaño de la muestra para detectar una correlación mínima de 0,1, con $\alpha = 0,05$ y $\beta = 0,2$.
Resultados: El 66,7% de los pacientes presentó obesidad, con una mediana de IMC de 25 kg/m² (RIQ 8,8). Las medianas para las pruebas hepáticas fueron: ALT 29 UI/L, AST 26,2 UI/L, GGT 20 UI/L, FA 162 UI/L. Sólo GGT mostró correlación positiva y estadísticamente significativa con IMC (Rho = 0,30; IC95%, 0,05-0,51; p = 0,01); ALT y AST no tuvieron correlación significativa. Tampoco se observó correlación entre IMC y perfil lipídico (LDL, HDL, triglicéridos, colesterol total). El 66,7% de los pacientes con hígado graso se hallaba en el grupo de obesidad, pero también se registraron casos en pacientes con peso saludable o sobrepeso, lo que sugiere una amplia heterogeneidad en la expresión clínica de NAFLD.
Conclusiones: Se identificó una correlación positiva significativa entre el IMC y los valores de GGT, lo que respalda su inclusión como marcador complementario en el tamizaje de NAFLD pediátrica, junto con la ALT y la ecografía hepática. Estos hallazgos destacan la necesidad de reevaluar las estrategias diagnósticas actuales para mejorar la detección temprana de esteatosis hepática en niños y adolescentes. Considerada la elevada prevalencia de obesidad en la infancia mexicana, implementar protocolos de tamizaje más sensibles y amplios puede contribuir a evitar complicaciones hepáticas a largo plazo. Se requieren estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral para validar estos resultados y generalizarlos a nivel nacional.
Financiamiento: Este trabajo fue patrocinado totalmente por los autores, sin apoyo institucional ni comercial.

Dom120

NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES CON HEPATITIS NEONATAL DE CÉLULAS GIGANTES: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA ENERO-MAYO 2025

D. Pichardo-Sánchez, R. Cervantes-Bustamante, D. S. Moraga-Sánchez, E. Toro-Monjaraz, F. Zárate-Mondragón, J. F. Cadena-León, E. Montijo-Barrios, K. R. Ignorosa-Arellano, J. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La hepatitis neonatal de células gigantes (NHCG) es una colestasis poco común caracterizada por hepatocitos multinucleados. Aunque su origen es multifactorial, su evolución puede ser grave. La vitamina D, conocida por su función en el metabolismo óseo, también tiene funciones inmunomoduladoras. Por otro lado, la vitamina D, por lo regular vinculada con el metabolismo óseo, ha cobrado gran relevancia en años recientes por sus funciones inmunomoduladoras y antiinflamatorias. Su deficiencia contribuye a la progresión del daño hepático o a una respuesta inmune desregulada. El déficit de vitamina D está relacionado con el estado nutricional, en el que puede verse comprometida por alteraciones en la mucosa intestinal, como atrofia o inflamación, que dificultan su adecuada absorción.
Objetivo: Conocer la frecuencia de déficit de vitamina D en pacientes con hepatitis neonatal de células gigantes y su grado de desnutrición.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, realizado en el servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría en la Ciudad de México en el periodo comprendido entre enero y mayo de 2025.
Resultados: Se revisaron todos los casos con síndrome colestásico neonatal prolongado por biopsia hepática, en los cuales se estableció un diagnóstico histopatológico de hepatitis neonatal con células gigantes y con al menos una medición de 25-OH vitamina D; se incluyó a ocho pacientes de los cuales se evaluó su historia clínica completa, estado nutricional y estudios de laboratorio; para fines de estudio sólo se consideraron los valores de vitamina D y estado nutricional por CDC (Tabla 1). Estos resultados justifican la vigilancia de la vitamina D en este grupo y abren la posibilidad a intervenciones terapéuticas dirigidas; sin embargo, a pesar de esta complementación en el control posterior al tratamiento, se observó que los valores de vitamina D persistían en deficiencia moderada en 87,5%.
Conclusiones: Los hallazgos sugieren una elevada prevalencia de hipovitaminosis D en todos los casos con hepatitis neonatal de células gigantes, especialmente en casos más graves. Por lo tanto, este grupo de pacientes deben recibir complementación con dosis más alta de vitamina D, de 2 000 a 4 000 UI para así lograr mejores resultados. En todos los casos de hepatitis neonatal de células gigantes (NHCG) se observa que el déficit de esta vitamina se relaciona de forma estrecha con el estado nutricional del paciente. La desnutrición tiende a agravar aún más esta deficiencia. Es esencial una vigilancia estricta del estado de vitamina D y una complementación oportuna para prevenir complicaciones óseas, inmunológicas y del desarrollo.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Valores de vitamina D. (Dom120)

Valores de vitamina D	Al momento del diagnóstico	Después de la complementación > 2 meses
Deficiencia grave < 10 ng/mL	2	1
Deficiencia moderada 10-19 ng/mL	6	7
Insuficiencia 20-30 ng/mL	0	0
Suficiencia 30-100 ng/mL	0	0

Dom121

DISFUNCIÓN RENAL EN NIÑOS CON MASLD: ASOCIACIÓN CON RIESGO DE FIBROSIS HEPÁTICA

A. Valdés-Cervantes, V. D. Olivas-Cabral, E. Duarte-Reséndiz, A. Valdés-Cervantes, I. A. Cura-Esquivel, C. A. Zapata-Castilleja, J. C. Rivas-Rodríguez, L. A. Orellana-Chacón, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASLD) es hoy una de las principales causas de hepatopatía crónica en la población pediátrica y ha dejado de ser un problema nutricional aislado. Su alta prevalencia en la obesidad y el síndrome metabólico, junto con su evolución silenciosa hacia fibrosis o cirrosis tempranas, la convierte en un reto emergente de salud pública pediátrica. En adultos, la disfunción renal (hiperfiltración o hipofiltración) se ha vinculado con inflamación, disfunción endotelial y progresión de fibrosis hepática, independientemente de otros factores metabólicos. En la población pediátrica,

la relación entre hígado y riñón se ha explorado en escasa medida de forma integral. La mayor parte de los estudios se centra en aspectos aislados, lo cual limita la comprensión del efecto sistémico, a pesar de que los niños con MASLD pueden desarrollar formas más agresivas desde edades tempranas.

Se requieren herramientas no invasivas que identifiquen a los niños en riesgo de fibrosis. El índice PNFI (*Pediatric NAFLD fibrosis index*), validado para población pediátrica, es útil en la práctica clínica y la investigación.

Objetivo: Calcular la prevalencia de disfunción renal (hipofiltración e hiperfiltración) en niños con MASLD y analizar su nexo con el riesgo de fibrosis hepática mediante el PNFI.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y retrospectivo en 79 niños con diagnóstico clínico de MASLD, atendidos en el Hospital Universitario José Eleuterio González, con datos completos antropométricos, bioquímicos y de función renal. La función renal se calculó mediante la fórmula de Schwartz y se clasificó en:

Hiperfiltración: TFG > 135 mL/min/1,73 m²; normal: 90-135 mL/min/1,73 m² Hipofiltración (CKD): < 90 mL/min/1,73 m².

El riesgo de fibrosis hepática se evaluó con el índice PNFI:

Intermedio: PNFI 1,5-9; alto: PNFI > 9.

Se usaron las pruebas ji cuadrada y Kruskal-Wallis para comparar variables entre grupos de función renal. También se aplicó regresión logística multivariada para identificar factores vinculados con el riesgo elevado de fibrosis, incluidos función renal, sexo, edad, IMC, HOMA-IR y ALT.

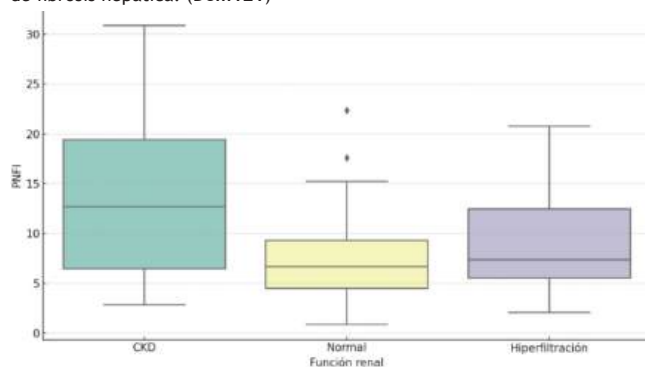
Resultados: La edad media fue de 11,4 años y 55% correspondió a hombres. El 30,4% presentó hiperfiltración y el 7,6% hipofiltración. Según el PNFI, el 31,6% tuvo alto riesgo de fibrosis (> 9) y el resto riesgo intermedio; ningún paciente tuvo riesgo bajo.

Se observó una diferencia significativa en ALT entre los grupos de función renal ($p = 0,029$), con valores más altos en quienes tenían disfunción renal. No hubo diferencias en edad, sexo, IMC o HOMA-IR. En el análisis multivariado, la hiperfiltración (OR 1,62; IC95%, 0,51-5,17) y la hipofiltración (OR 3,42; IC95%, 0,54-21,91) no alcanzaron significancia, aunque se evidenció una tendencia: los pacientes con disfunción renal, sobre todo hipofiltración, mostraron mayor probabilidad de fibrosis (Figura 1).

Conclusiones: La disfunción renal fue frecuente en niños con MASLD, con tendencia a mayor riesgo de fibrosis hepática, en particular en casos de hipofiltración. Aunque sin significancia estadística, estos hallazgos sugieren que evaluar de manera conjunta función renal y hepática podría mejorar la estratificación del riesgo en esta población. Se requieren estudios más amplios y longitudinales para confirmar estas observaciones.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Índice PNFI de acuerdo con la función renal. Los pacientes con hipofiltración (CKD) registran valores más altos, lo que señala mayor riesgo de fibrosis hepática. (Dom121)



Dom122

CARACTERIZACIÓN DE COLESTASIS NEONATAL EN RECIÉN NACIDOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL: IMPACTO DEL PESO PARA EDAD GESTACIONAL, VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS Y DESENLACE

H. G. Corona-Pantoja, E. V. Estrada-Arce, L. E. Flores-Fong, K. J. Enríquez-Pérez, N. Hinojosa-Arellanes, Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: La colestasis neonatal representa una complicación relevante en la atención de los recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, especialmente en aquellos que requieren nutrición parenteral total (NPT) prolongada. Su diagnóstico se establece con bilirrubina directa > 1 mg/dL cuando la bilirrubina total es < 5 mg/dL, o mayor de 20% si la bilirrubina total supera los 5 mg/dL. Los neonatos de pretérmino, sobre todo los que tienen peso bajo para la edad gestacional (PEG), son vulnerables debido a la inmadurez hepática, menor masa hepática funcional, y una mayor exposición a factores de riesgo como ayuno prolongado, infecciones y disbiosis intestinal. Aunque los recién nacidos con peso adecuado para la edad gestacional (AEG) también pueden desarrollar colestasis vinculada con NPT, su frecuencia es menor. Su progresión al daño hepático grave resalta la importancia de una detección y tratamiento tempranos.

Objetivo: Señalar la frecuencia de colestasis neonatal en recién nacidos que recibieron NPT, así como describir variables clínicas relacionadas y desenlace.

Material y métodos: Se incluyó a los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Civil Juan I. Menchaca que cumplieron con criterios clínico-bioquímicos de colestasis y recibieron NPT durante el periodo comprendido entre enero de 2023 y mayo de 2025. Variables: género, edad gestacional, peso para la edad gestacional, duración del ayuno y NPT, lípido utilizado, sepsis neonatal, cirugía, defunción y causa de muerte. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva y se expresaron variables categóricas en frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: Se estudiaron 32 casos de colestasis neonatal; las edades gestacionales más frecuentes fueron 29, 33 y 38 semanas (cada una con 12,5%). Se informó que el 65,6% tenía peso bajo para la edad gestacional (PBEG), mientras que el 34,4% registró peso adecuado (PAEG) con un predominio del género masculino en un 71,9%. Respecto del apoyo nutricional, el 78,1% recibió emulsión lipídica tipo SMOF®, en tanto que al 21,9% se le suministró Lipofundin®. El 65,6% recibió NPT por más de 14 días, mientras que el 34,4% lo hizo por un periodo menor. En relación con el ayuno, 22 pacientes (68,8%) permanecieron en ayuno por más de siete días. La sepsis neonatal se identificó en 28 de los 32 pacientes (87,5%) y sólo 6 (18,8%) tenían antecedentes quirúrgicos. La mortalidad fue del 21,9% (7 pacientes) y la sepsis fue la principal causa de las defunciones.

Conclusiones: La colestasis neonatal es todavía una complicación relevante en el entorno de cuidados intensivos, sobre todo en recién nacidos de pretérmino con peso bajo para la edad gestacional. Los hallazgos de confirman el papel determinante de factores como la sepsis, el ayuno prolongado y el uso extendido de nutrición parenteral. A pesar de emplear emulsiones lipídicas con mejor perfil hepático, la mortalidad observada refleja la necesidad de intervenciones más amplias. En este contexto, resulta fundamental aplicar un enfoque preventivo multidisciplinario que prevea el inicio oportuno de alimentación enteral, la vigilancia activa de infecciones y una administración racional de la NPT, con selección cuidadosa de lípidos. Estas estrategias, aplicadas de forma conjunta, podrían contribuir a reducir la incidencia y gravedad de esta anomalía en una población neonatal particularmente vulnerable.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom123

RELACIÓN ENTRE VARIABLES CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS CON EL GRADO DE FIBROSIS HEPÁTICA (ESCALA METAVIR) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON GLUCOGENOSIS TIPO III: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL 2014 AL 2025

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

Introducción: La glucogenosis tipo III (GSD III) es un trastorno autosómico recesivo por deficiencia de la enzima desramificante, que causa acumulación de glucógeno en el hígado y el músculo. Se manifiesta con hepatomegalia, hipoglucemia e hipertransaminasemia, aunque estas enzimas suelen normalizarse con la edad, lo que dificulta la detección de la fibrosis hepática.

La fibrosis, común desde etapas tempranas, no se correlaciona bien con los valores de transaminasas y ello limita su utilidad como marcador de progresión. Dado el riesgo de cirrosis y carcinoma hepatocelular, es crucial un seguimiento adecuado.

Este estudio retrospectivo describe los hallazgos histológicos y su relación con variables clínicas y bioquímicas en pacientes pediátricos con diagnóstico confirmado, con el fin de mejorar la vigilancia y la atención de la enfermedad.

Objetivo: Comparar el tamaño hepático, las concentraciones séricas de transaminasas (ALT y AST) y la edad al momento del diagnóstico entre los distintos grados de fibrosis hepática, determinados mediante la escala METAVIR, en pacientes con glucogenosis tipo III atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría durante los últimos 10 años, y explorar si existen diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos.

Material y métodos: Se incluyó a 21 pacientes con glucogenosis tipo III y biopsia hepática evaluada en el Instituto Nacional de Pediatría entre 2014 y 2025. Se recopilaron el grado de fibrosis (escala METAVIR), las cifras de ALT y AST, la edad al momento de la biopsia y el tamaño hepático calculado por percusión. Se realizó un análisis descriptivo y pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis) para evaluar la relación entre el grado de fibrosis y las variables clínicas, con uso del programa IBM SPSS ($p < 0,05$).

Resultados: Se realizó un análisis retrospectivo de biopsias hepáticas en 21 pacientes con glucogenosis tipo III para describir hallazgos histológicos y su relación con variables clínicas y bioquímicas. La fibrosis hepática, evaluada con la escala METAVIR, mostró que 28,6% tenía estadio F1, 33,3% F2, 27,6% F3 y 9,5% F4. La edad promedio al momento de la biopsia fue de 4,3 años, con variación según la fibrosis.

Las concentraciones séricas promedio de ALT fueron más elevadas en estadios iniciales (644 U/L en F1) y descendieron en la fibrosis avanzada (321 U/L en F4), con un patrón similar en AST. Esto indica una pobre correlación entre transaminasas y fibrosis, posiblemente por pérdida de masa hepatocelular en fases avanzadas, lo que limita su valor como marcadores.

Se destaca la fibrosis avanzada (F3-F4) en 38% de los casos, incluso en menores de cinco años, lo que revela progresión acelerada y heterogénea. Estos resultados subrayan la necesidad de métodos más precisos para la vigilancia hepática, sobre todo cuando las enzimas no reflejan el daño real. No se hallaron diferencias significativas en ALT, AST ni edad entre grados de fibrosis. Sin embargo, el tamaño hepático por percusión mostró diferencia significativa en su distribución ($p = 0,037$), lo cual sugiere posible vinculación con la progresión fibrogénica en GSD III.

Conclusiones: La fibrosis hepática en pacientes con glucogenosis tipo III muestra una evolución acelerada y heterogénea, hasta alcanzar estadios avanzados incluso en edades tempranas. Las transaminasas séricas no reflejan de manera confiable el grado de fibrosis y eso limita su utilidad como marcadores de seguimiento. En consecuencia, el tamaño hepático evaluado clínicamente podría ser un indicador útil relacionado con la fibrosis, aunque se requiere mayor precisión en la valoración. Estos hallazgos enfatizan la necesidad de implementar técnicas diagnósticas más sensibles, tanto histológicas como no invasivas, para una vigilancia adecuada y oportuna del daño hepático en esta población.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom124

HEPATITIS DE CÉLULAS GIGANTES DE MALA EVOLUCIÓN. ¿ES ÉSTE SÓLO UN HALLAZGO HISTOPATOLÓGICO O UNA PAUTA PARA INICIAR TRATAMIENTO? EXPERIENCIA EN UN INSTITUTO DE TERCER NIVEL

D. S. Moraga-Sánchez, R. Cervantes-Bustamante, D. Pichardo-Sánchez, P. Cid-Rodríguez, F. E. Zárate-Mondragón, E. Montijo-Barrios, J. F. Cadena-León, E. M. Toro-Monjaraz, K. R. Ignorosa-Arellano, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La hepatitis de células gigantes (HCG), si bien es un diagnóstico histológico no una enfermedad específica en sí misma, refleja una respuesta patológica del hígado inmaduro a una alteración y puede ser idiopática, infecciosa, metabólica, genética, inmunológica o tóxica/isquémica. El pronóstico es altamente variable, ya que en la idiopática hasta un 60% puede resolverse de modo espontáneo en los primeros dos años de vida, si bien algunos pueden desarrollar fibrosis o cirrosis residual. El tratamiento depende en particular de la causa subyacente identificada.

Objetivo: Describir el comportamiento clínico, bioquímico e histopatológico de la hepatitis de células gigantes de mala evolución, así como evaluar la respuesta terapéutica en el seguimiento clínico y bioquímico.

Material y métodos: Se realizó una revisión de todos los pacientes que cursaron con síndrome colestásico neonatal prolongado en el periodo de enero

a junio de 2025 en el Instituto Nacional de Pediatría de la Ciudad de México; los pacientes fueron objeto de historia clínica, valoración nutricional, exploración física completa, ultrasonido hepático, estudios de laboratorio y biopsia hepática. Como criterios de inclusión, los pacientes debían tener diagnóstico histopatológico de HCG de mala evolución, definida por infiltrado inflamatorio y fibrosis de leve hasta cirrosis a nivel histopatológico, y mala evolución clínica (persistencia de ictericia, hepatomegalia por más de dos meses) y bioquímica (elevación persistente de ALT, BT, BD, GGT). Cumplieron los criterios 12 pacientes, a quienes se inició tratamiento antiinflamatorio esteroideo e inmunomodulador con azatioprina/prednisona (AZT/PRD) o ciclosporina/prednisona (CLP/PRD). Se realizó seguimiento clínico y bioquímico por al menos dos meses después del tratamiento. Éste es un estudio piloto que recibirá seguimiento por al menos dos años, por lo cual los resultados obtenidos en un segundo tiempo se expondrán con posterioridad.

Resultados: De los 12 pacientes con criterios de HCG de mala evolución, el 91% era < 3 meses. Las causas identificadas fueron idiopática (66,7%), inmunológica (16,7%) y genética/infecciosa (8,3%). En términos histopatológicos, la frecuencia de METAVIR en dichos pacientes fue F1/A1 (50%), F2/A2 (25%), F3/A3 (16,7%) y cirrosis (8,3%). Se observó una relación significativa de etiología idiopática/inmunológica con mayor grado de METAVIR (F3/cirrosis) con un $\chi^2 = 6,25$. Al seguimiento a los dos meses con AZT/PRD ($n = 10$) se reconoció mejoría clínica con desaparición de ictericia/hepatomegalia (70%), además de disminución de ALT < 100 UI/L (20%), BT/BD < 5 mg/dL (50-70%), con mejoría del estado nutricional sólo en 20%. En cambio, con ciclosporina/prednisona ($n = 2$) hubo mejoría clínica parcial (ictericia: 100%; hepatomegalia: 50%), pero sin cambios bioquímicos de consideración. Los efectos adversos referidos fueron neutropenia/trombocitopenia (10% con azatioprina).

Conclusiones: En los pacientes con HCG de mala evolución, la etiología idiopática predomina y se correlaciona con METAVIR avanzado. A pesar de que es prematuro predecir la respuesta al tratamiento inmunomodulador/esteroideo, se mostró mejoría clínica en el 70% de los pacientes, incluso en causas no inmunológicas, además de mejorar los parámetros bioquímicos como ALT, BT/BD. Como limitante, la muestra de pacientes es pequeña (12 pacientes), en un corto periodo de tiempos (dos meses), y se observó desbalance terapéutico, por lo que se propone que éste sea un estudio prospectivo de casos y controles con seguimiento mínimo de dos años, con biopsia hepática de control y balanceo muestral para validar los resultados.

Financiamiento: Ninguno.

Dom125

ESTEATOSIS Y FIBROSIS HEPÁTICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON SOBREPESO U OBESIDAD POR ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN, UN PROBLEMA DE SALUD

J. Mejía-Ramírez, F. Higuera-De-la-Tijera, A. D. Santana-Vargas, N. Garibay-Nieto, E. Villanueva-Ortega, A. A. Farret-Ramos, N. P. Salas-Hernández, I. Omaña-Guzmán, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La obesidad infantil es un problema global creciente, con 390 millones de escolares y adolescentes afectados en el mundo en 2022. México encabeza la lista mundial en obesidad infantil, con más del 37% de escolares y 41% de adolescentes con sobrepeso u obesidad, según la ENSANUT 2022. La enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASLD) es la hepatopatía pediátrica más frecuente en los países occidentales, con prevalencia de 3 a 10% en la población pediátrica general, que se eleva hasta 80% en menores con sobrepeso u obesidad.

Objetivo: Determinar la frecuencia de fibrosis hepática a través de elastografía de transición en la población pediátrica con sobrepeso u obesidad, así como valorar la vinculación entre fibrosis y esteatosis con el sexo.

Material y métodos: Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes pediátricos con sobrepeso u obesidad. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión; asimismo, se realizó la relación entre fibrosis y esteatosis con el sexo, al comparar mediante la prueba ji cuadrada con corrección de Bonferroni; el nivel de significancia fue $p \leq 0,05$.

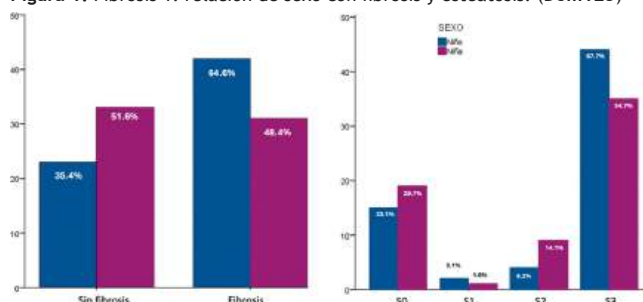
Resultados: Se incluyó a 129 pacientes, 64 niños (49,6%) y 65 niñas (50,4%), con edad de $11 \pm 2,6$ años para ambos grupos. Se distribuyeron con base en el IMC: 26 con sobrepeso (20,2%), 76 con obesidad de grado 1 (58,9%), 23 con obesidad de grado 2 (17,8%) y 4 con obesidad de grado 3 (3,1%), de los cuales 95 (73,6%) tuvieron esteatosis. A su vez, 73 (56,4%) tenían algún

grado de fibrosis. En el análisis estadístico no se identificó nexo entre sexo y fibrosis: $\chi^2 (1) = 3,46$; $p = 0,64$, ni respecto de la esteatosis F: $\chi^2 (3) = 3,74$; $p = 0,290$ (Figura 1).

Conclusiones: Se reconoció una alta prevalencia de esteatosis de grado III y fibrosis de grado I en esta población pediátrica que puede causar a largo plazo desarrollo de cirrosis. No se identificó una vinculación con el sexo, la esteatosis o la fibrosis, quizá porque aún no existe cambio en las hormonas.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Fibrosis 1: relación de sexo con fibrosis y esteatosis. (Dom125)



Dom126

GLUCOGENOSIS EN PEDIATRÍA: COMPARACIÓN DE PARÁMETROS BIOQUÍMICOS EN EL DIAGNÓSTICO INICIAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

A. Legaria-Menéndez, A. J. Hernández-López, R. Cervantes-Bustamante, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La glucogenosis constituye un grupo de enfermedades hereditarias del metabolismo del glucógeno secundarias a las deficiencias enzimáticas que afectan su síntesis o degradación y que conducen a un almacenamiento aberrante en los tejidos, principalmente hígado y músculo. En México se calcula una incidencia de 1 por cada 20 000 recién nacidos vivos. Su presentación clínica varía en relación con la enzima afectada y su patrón de expresión tisular, lo que origina un espectro variable clínico, bioquímico e histológico distintivo. Pese a ser una enfermedad rara, es fundamental su consideración en el diagnóstico diferencial de pacientes con manifestaciones que incluyan hipoglucemias, hiperlipidemia, hipertransaminasemia, entre otras alteraciones metabólicas que caracterizan a este grupo de alteraciones.

Objetivo: Describir y comparar las características bioquímicas de los subtipos más frecuentes de glucogenosis al momento del diagnóstico inicial.

Reporte de casos: Se incluyó a 25 pacientes diagnosticados con glucogenosis en el Instituto Nacional de Pediatría, con ligera predominancia masculina (56%). Los subtipos más frecuentes fueron los tipos I (24%) y III (76%), en los que se compararon variables bioquímicas registradas al momento del diagnóstico inicial. La hipoglucemia (< 60 mg/dL) se identificó en el 50% de los pacientes de tipo I y 63% en los de tipo III, con valores mínimos de 26 mg/dL y 24 mg/dL, respectivamente. Ambos subtipos mostraron glucemias promedio similares de 55 mg/dL. La hiperuricemia ($> 5,5$ mg/dL) fue más prevalente en el tipo I (50%, media de 5,5 mg/dL) frente al tipo III (31%, media de 4,8 mg/dL). En el perfil lipídico, 100% de los pacientes del tipo I mostró hipertrigliceridemia (> 150 mg/dL), con una media de 903 mg/dL, en contraste con el 85% del tipo III, que registró concentraciones moderadas con media de 310 mg/dL. La hipercolesterolemia (> 200 mg/dL) fue más frecuente en el tipo III en un 52% de los casos (media, 280 mg/dL) en comparación con el tipo I, con el 16% de los casos (media, 189 mg/dL). Respecto de las pruebas de función hepática, los pacientes del tipo III mostraron elevación universal de ALT y AST (100%), con medias de 523 U/L y 857, respectivamente. En contraste, el tipo I presentó elevaciones en un 83% y 66% con medias de 189 y 132 U/L. La DHL se elevó en 50% en pacientes del tipo I (media, 398 U/L) y en 89% en el tipo III (media, 496 U/L). La GGT se encontró elevada en todos los pacientes del tipo I (media, 301 U/L) y en 83% del tipo III (media, 181 U/L). La fosfatasa alcalina mostró ligera elevación más frecuente en el tipo III (31%) que en el I (16%). No se observaron alteraciones en los parámetros de síntesis hepática (tiempo de protrombina, proteínas totales y albúmina) en ninguno de los casos.

Discusión: Los hallazgos reflejan diferencias bioquímicas entre los subtipos analizados coherentes con sus mecanismos fisiopatológicos. En el tipo I, la deficiencia de glucosa-6-fosfatasa impide la conversión de glucosa-6-fosfato, y ello genera hipoglucemia persistente y una desviación metabólica hacia la lipogénesis, lo que explica la hipertrigliceridemia grave y la hiperuricemia observada en los pacientes estudiados. En contraste, en el tipo III, el déficit de la enzima desramificante posibilita una glucogenólisis parcial, lo que resulta en hipoglucemia menos intensa, pero un mayor daño hepatocelular por acumulación crónica de glucógeno, de tal modo que se observa en ellos hipertrigliceridemia moderada, con elevación de transaminasas. La preservación de la función sintética sugiere una afectación hepática compensada.

Conclusiones: El perfil bioquímico permite distinguir patrones característicos entre subtipos de glucogenosis con compromiso hepático, lo que puede contribuir al diagnóstico clínico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom127

ASOCIACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO Y LA ENFERMEDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL OCCIDENTE DE MÉXICO

M. Maldonado-Meza, Y. Castillo-De León, S. Pacheco-Sotelo, J. C. Basulto-Ulterras, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La fibrosis quística es una enfermedad hereditaria, multisistémica, crónica, progresiva y letal. Dentro de sus manifestaciones, la insuficiencia pancreática exocrina puede presentarse hasta en 85% de los casos, lo que ocasiona afectación del estado nutricional y deficiencia de vitaminas. La deficiencia de vitamina D se ha vinculado con osteopenia. Bravo *et al.* encontraron en el 2018 que el 28% de los adolescentes con FQ tenía una DMO < -1 desviación estándar.

Objetivo: Evaluar la relación del estado nutricional y la enfermedad mineral ósea en pacientes con fibrosis quística en un hospital del Occidente de México.

Material y métodos: Se desarrolló un estudio transversal y analítico en pacientes de 12 a 18 años con fibrosis quística atendidos en el servicio de gastroenterología dentro de la UMAE CMNO en un periodo de tres meses. Las variables fueron sociodemográficas (sexo, edad al momento de ingresar al estudio, localidad de origen y edad al diagnóstico), somatometría (peso, talla, IMC/E) e impedancia bioeléctrica; se cuantificaron valores de vitamina D, calcio, fósforo, hormona paratiroidea y fosfatasa alcalina. Se utilizó estadística descriptiva con mediana y rango para las variables cuantitativas y frecuencias con porcentajes para las variables cualitativas. La correlación entre el estado nutricional y la densidad mineral ósea se determinó con el coeficiente de correlación de Spearman y se consideró significativo un valor $p < 0,05$ con IC del 90%.

Resultados: Se incluyó a un total de 15 pacientes, con predominio del sexo masculino en el 66,6% (10), y una proporción de 33,4% (5) del sexo femenino. La mediana de edad fue de 14,7 años. La mediana de edad al diagnóstico fue de 2,6 años. El 53,3% (8) de los pacientes procedía del estado de Jalisco, 26,7% (4) de Colima, 13,3% (2) de Michoacán y 6,7% (1) de Nayarit. En relación con el estado nutricional acorde a la OMS, se identificó a 2 (13,3%) eutróficos, 8 (53,3%) con desnutrición moderada, 3 (20%) con desnutrición grave y 2 (13,3%) con obesidad. De acuerdo con la bioimpedancia, en el porcentaje de índice de masa magra 9 (60%) estaban alterados y en 6 (40%) era normal. Respecto de la masa grasa (kg), el índice de masa grasa y el porcentaje de grasa total, el 86,7% (13) mostró alteración y sólo 2 (13,3%) tenían parámetros normales. En relación con el índice en gramos de hidroxipatita, 6 (40%) mostraron osteopenia y 9 (60%) una densidad ósea normal. De las concentraciones de vitamina D, 8 (53,3%) pacientes se hallaban en los límites de insuficiencia, 5 (33,3%) en los de deficiencia y 2 (13,3%) tenían valores suficientes. La relación entre el estado nutricional y la enfermedad ósea fue débil.

Conclusiones: La desnutrición en pacientes con fibrosis quística en la UMAE Hospital de Pediatría CMNO es un problema vigente, alteración que no se ha revertido durante los últimos seis años. Es muy probable que el diagnóstico no oportuno (2,6 años) sea una condición que modifique negativamente el estado nutricional. En cuanto a los valores de vitamina D, la mayoría tiene un estado de insuficiencia.

Financiamiento: Ninguno.

Dom128

HALLAZGOS CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON COLEDOCOLITIASIS, SOMETIDOS A CPRE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. R. Hernández-Zamora, D. Espinosa-Saavedra, M. Hernández-Zamora, UMAE Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freud, CMN Siglo XXI

Introducción: En los últimos años se ha registrado un aumento de la incidencia de coledocolitiasis en la edad pediátrica. La *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE) ha identificado pautas endoscópicas en adultos para estratificar a los pacientes en criterios de riesgo alto, intermedio y bajo. Con posterioridad, dichos criterios se emplearon en niños sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y se reconoció una sensibilidad del 48 a 60% en la aplicación de los criterios; sin embargo, dicho estudio concluyó que era necesario un sistema de puntuación específico para niños con el fin de mejorar la predictibilidad.

Objetivo: Instituir criterios más precisos para el diagnóstico temprano de la coledocolitiasis en pacientes de edad pediátrica. Informar la experiencia de hallazgos, así como de complicaciones posteriores a la CPRE, en esta unidad médica.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se analizaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis en el periodo de enero de 2020 al 30 de junio de 2024. Dichos hallazgos se presentan a través de estadística descriptiva SPSS.

Resultados: Se identificó a 31 pacientes (Tabla 1) durante el periodo de estudio, con una mayor incidencia del sexo femenino (64,5%) y una media de edad de 14 años (intervalo, 6-17). El estado nutricional más frecuente fue normal (51,6%). En cuanto a los síntomas, el dolor abdominal se presentó en el 93,5% y se acompañó de náusea en el 25,8% y vómito en el 35,4%. Bioquímicamente se observaron valores elevados de transaminasas (ALT y AST) en el 80,6%, así como cifras elevadas de bilirrubinas en el 51,6%, con una media de bilirrubina total de 4,14 (intervalo, 0,41-19,99) y de bilirrubina directa de 3,01 (muestra el intervalo también). Se notificó dilatación del colédoco con media de 8,77 mm (intervalo, 6-20,8 mm). Los pacientes se sometieron a CPRE con porcentaje de éxito de canulación en el 97% de los procedimientos; la esfinterotomía se practicó en el 100% de los casos y la extracción de lito con balón en el 96,7% (6,4% exigió la colocación de *stent*). Los resultados mostraron que 77,46% no experimentó complicaciones, el 12,9% sufrió pancreatitis posterior a la CPRE, el 3,2% colangitis y el 6,4% sangrado.

Tabla 1. Hallazgos clínicos y endoscópicos. (Dom128)		
Variable	Total (n = 31)	Frecuencia (%)
Edad media (años)	14	
Sexo		
Masculino	11	35,5%
Femenino	20	64,5%
Estado nutricional		
Normal	16	51,6%
Sobrepeso	4	12,9%
Obesidad	7	22,5%
Desnutrición	2	6,4%
Síntomas clínicos		
Dolor abdominal	29	93,5%
Náusea	8	25,8%
Vómito	11	35,4%
Ictericia	1	3,2%
Hallazgos por imagen		
Dilatación del colédoco	27	87%
Estudios de laboratorio antes de CPRE		
Bilirrubina total	18	58%

Bilirrubina directa	18	58%
Transaminasas elevadas	25	80,6%
Procedimientos realizados en CPRE		
Esfinterotomía	31	100%
Extracción de litos con balón	30	96,7%
Colocación de <i>stent</i> biliar	2	6,4%
Complicaciones posteriores a CPRE		
Ninguna	24	77,4%
Pancreatitis posterior a CPRE	4	12,9%
Sangrado	2	6,4%
Colangitis	1	3,2%

Conclusiones: Los casos de coledocolitiasis en la edad pediátrica se han incrementado en los últimos años y se han presentado con más frecuencia en el sexo femenino, sin correlacionarse con su estado nutricional. La manifestación clínica es inespecífica (el signo habitual es el dolor abdominal). Los hallazgos bioquímicos concuerdan con los presentados en la colestasis y dilatación del conducto biliar común. Estos resultados respaldan el uso de CPRE como herramienta terapéutica de primera línea en pacientes pediátricos con sospecha de coledocolitiasis, al mostrar excelente éxito técnico y bajas complicaciones y tras considerar siempre una evaluación cuidadosa de la relación riesgo-beneficio.

Financiamiento: No se requirió de recursos financieros externos para la realización de esta investigación.

Dom129

SOBREPOSICIÓN DE TRASTORNOS DEL EJE INTESTINO-CEREBRO EN PACIENTES MAYORES DE 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

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

Introducción: Los trastornos funcionales en pediatría se caracterizan por una alteración en el eje intestino-cerebro y afectan hasta al 25% de la población pediátrica a nivel mundial, con más frecuencia en pacientes del sexo femenino. Su evolución es recurrente o crónica, con síntomas que no pueden explicarse por otras causas tras un adecuado estudio. Los criterios de Roma IV los clasifican en tres grupos de acuerdo con el síntoma predominante: trastornos de náusea y vómitos funcionales, dolor abdominal funcional y relacionados con la defecación. Dentro de éstos se encuentran el dolor abdominal funcional, el síndrome de vómito cíclico, la dispepsia funcional, el síndrome de intestino irritable, la migraña abdominal, el estreñimiento funcional y la incontinencia fecal no retentiva y pueden presentarse de manera aislada o en combinación de dos o más, lo que modifica de forma negativa la calidad de vida del paciente. No existen estudios de prevalencia de trastornos del eje intestino-cerebro superpuestos en México debido al reto diagnóstico que representan.

Objetivo: Informar la prevalencia y la combinación más frecuente de trastornos superpuestos del eje intestino-cerebro en niños de 5 a 18 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo. Se llevó a cabo una revisión del expediente clínico electrónico y se identificó a los pacientes de 5 a 18 años con trastornos del eje intestino-cerebro del Instituto Nacional de Pediatría durante los años 2021 a 2025. Criterios de inclusión: individuos que cumplieron con los criterios de Roma IV para un trastorno del eje intestino-cerebro superpuesto. Criterios de exclusión: enfermedades con trastornos gastrointestinales orgánicos, posoperados de cirugía digestiva en los últimos seis meses, personas con malformaciones digestivas, consumo crónico de esteroides, antineoplásicos o AINE, infección por *H. pylori* en los últimos seis meses, y padecimientos neurológicos. Se calculó la prevalencia como proporción de casos sobre la población total.

Resultados: Se identificó a 144 pacientes de 5 a 18 años con diagnóstico de al menos un trastorno del eje intestino-cerebro, el más común de los cuales

fue el estreñimiento funcional (55,9%), en concordancia con lo señalado en las publicaciones médicas, seguido del dolor abdominal funcional (33%). Se encontró a 51 pacientes con trastornos superpuestos (35,4%), con una mayor distribución en sujetos del sexo femenino (72,5%). La combinación más común fue dolor abdominal funcional + estreñimiento funcional (54,9%) en el grupo de 5 a 10 años. Otras combinaciones reconocidas fueron: dolor abdominal funcional + dispepsia funcional (15,6%), estreñimiento funcional + dispepsia funcional (11,7%), síndrome de intestino irritable + dispepsia funcional (7,8%), dolor abdominal funcional + síndrome de vómito cíclico (3,9%), síndrome de intestino irritable + incontinencia fecal no retentiva con una prevalencia del 1,9%, entre otras. No se hallaron más de dos trastornos superpuestos en la población estudiada.

Conclusiones: La prevalencia de trastornos del eje intestino-cerebro superpuestos en la población fue del 35,4%, lo que supera a lo señalado en la bibliografía en un 10%, y con predominio del sexo femenino. El grupo de 10 a 18 años fue el más afectado, lo cual puede vincularse con ansiedad y depresión como comorbilidades frecuentes. Se identificaron ocho combinaciones, dentro de las cuales el trastorno aislado más frecuente fue el dolor abdominal funcional. La combinación más común fue dolor abdominal funcional + estreñimiento funcional, y el grupo más afectado fue el de 5 a 10 años, lo cual refleja el efecto en la calidad de vida desde edades más tempranas. Se requieren estudios en México que evalúen el abordaje y la respuesta al tratamiento de los pacientes con trastornos superpuestos para favorecer estados de remisión clínica que mejoren el pronóstico de estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento o patrocinio.

Dom130

FRECUENCIA DE INTOLERANCIA Y MALABSORCIÓN DE LACTOSA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL EJE INTESTINO-CEREBRO CON PREDOMINIO DE DOLOR ABDOMINAL

M. Moguel-Garibay, C. P. Acosta-Rodríguez Bueno, M. Reyes-Apodaca, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Los trastornos del eje intestino-cerebro (TECI) representan una causa frecuente de consulta en la población pediátrica, vinculados principalmente con dolor abdominal funcional. Estas alteraciones tienen un efecto considerable en la calidad de vida del paciente, su desempeño escolar y la dinámica familiar. La intolerancia y la malabsorción de lactosa (IL/MAL) pueden coexistir en pacientes con TECI, y compartir características clínicas, lo que complica su diferenciación diagnóstica. En México se ha descrito una elevada prevalencia de estos padecimientos, lo que favorece las prácticas de restricción empírica de productos lácteos en la dieta, aun en ausencia de una confirmación diagnóstica objetiva. Esta situación es especialmente relevante en el contexto pediátrico, dado que constituyen una fuente fundamental de nutrientes esenciales para el crecimiento y el desarrollo. Por lo tanto, es fundamental contar con herramientas diagnósticas que permitan identificar de manera sistemática la malabsorción de lactosa y su vinculación clínica en pacientes con TECI. La prueba de hidrógeno espirado es una herramienta no invasiva para determinar la presencia de IL y MAL, aunque su correlación con los síntomas clínicos aún es controversial.

Objetivo: Determinar la frecuencia de intolerancia y malabsorción de lactosa en pacientes pediátricos con TECI mediante la prueba de hidrógeno espirado y correlacionar con la presencia de síntomas clínicos.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el departamento de gastroenterología y nutrición pediátrica del Hospital Infantil de México. Se incluyó a 31 pacientes de 6 y 18 años con diagnóstico de TECI (criterios de Roma IV), a quienes se les realizó prueba de hidrógeno en aliento en el periodo de 2016 a 2020. Se definió MAL como un incremento ≥ 20 ppm de hidrógeno a los 60 minutos e IL como la presencia de síntomas durante la prueba. Se aplicaron estadística descriptiva, prueba ji cuadrada y coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: De los 31 pacientes, 15 (48,4%) tuvieron síntomas consistentes con IL y 13 (41,9%) cumplieron criterios de MAL. Sin embargo, sólo el 46,7% de los pacientes con IL mostró también MAL; en cambio, el 37,5% de los asintomáticos tuvo una prueba positiva para MAL. No se encontró correlación estadísticamente significativa entre IL y MAL ($p = 0,879$, $r = 0,093$), ni entre MAL y el tipo de TECI ($p > 0,05$). Los TECI más frecuentes fueron:

síndrome de intestino irritable (SII, 45,1%), dispepsia funcional (22,6%) y dolor abdominal funcional inespecífico (12,9%). El 22,6% presentó criterios de sobrecrecimiento bacteriano (SIBO), sin relación significativa con el tipo de TECI ($p = 0,069$).

Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran que, si bien una proporción significativa de pacientes con prueba positiva mostró síntomas durante el estudio, no se identificó una relación estadísticamente significativa entre la TECI y la positividad de la prueba ni entre los síntomas notificados y su resultado.

Del mismo modo, el análisis del punto de corte basal (> 10 ppm) y del criterio propuesto para sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) tampoco reveló relaciones significativas, posiblemente por el tamaño muestral limitado. Estas observaciones refuerzan la necesidad de interpretar los resultados de la prueba de hidrógeno en aliento dentro del contexto clínico individual, al considerar la historia clínica, los síntomas y la coexistencia de afecciones concomitantes. Además, sugieren que el diagnóstico de intolerancia a la lactosa o SIBO no debe basarse exclusivamente en un resultado positivo de la prueba de hidrógeno en aliento, sino que debe integrarse a una valoración clínica completa.

Financiamiento: Ninguno.

Dom131

UTILIDAD DE INDUCIR EL ERUCTO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL MANEJO DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

E. Duarte-Resendiz, A. A. Gándara-Hernández, V. D. Olivas-Cabral, L. A. Orellana-Chacón, A. Valdés-Cervantes, J. C. Rivas-Rodríguez, E. M. Contreras-Hernández, C. A. Zapata-Castilleja, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: Los síntomas gastrointestinales durante la etapa de lactante son frecuentes en esta población; el reflujo, los cólicos abdominales, la distensión y el pujo son los síntomas comunes, que suscitan preocupación en los padres de familia y son motivo frecuente de consulta. Se ha sostenido la idea de que provocar el eructo en los lactantes ayuda a aliviar los síntomas gastrointestinales, pese a lo cual no hay actualmente guías ni lineamientos que apoyen esta práctica, aunque sea frecuente.

Objetivo: Describir la eficacia de la técnica del eructo en la frecuencia de los síntomas gastrointestinales del lactante y compararla con la técnica del masaje.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, analítico y descriptivo. Se crearon dos grupos (eructo y masaje), los cuales se siguieron por medio de un diario de síntomas y posteriormente por llamada telefónica; se recabó la información sobre los síntomas presentados, además de datos generales, y se realizó el análisis estadístico mediante ji cuadrada para pruebas no paramétricas y comprobar la hipótesis. Criterios de inclusión: pacientes neonatos, sanos, de ambos sexos y cuya madre o tutora aceptara completar el diario de síntomas. Criterios de exclusión: afección gastrointestinal crónica, neurológica, cardiovascular o antecedente de cirugía gastrointestinal. Criterios de eliminación: pacientes que no completaran el diario de síntomas.

Resultados: Se incluyó a un total de 397 pacientes, de los cuales 202 se encontraban en el grupo de eructo (50,9%) y 195 en el de masaje (49,1%). Del total de participantes, el 53% era del género masculino contra el 47% del femenino; los medicamentos más usados fueron paracetamol y dimeticona (13 y 8 pacientes los emplearon, respectivamente). Se observó que más de la mitad de los lactantes eran alimentados al seno materno exclusivo, un número que disminuyó al mes de vida (56,4% a 41,8%), caso contrario del uso de la fórmula exclusiva que aumentó en un 2,3%; en total, 93% sigue con el consumo al seno materno. De los síntomas encontrados, la regurgitación fue el más común en ambos grupos con 21% y, asimismo, se encontró diferencia significativa en este síntoma, con más prevalencia en el grupo de eructo. El cólico se presentó más en el grupo de eructo y mostró diferencia significativa, además de que la distensión abdominal en el grupo de masaje mostró significancia considerable; el llanto y el pujo se mantuvieron sin relevancia.

Conclusiones: Hacer eructar a los lactantes es una práctica que realiza la población en general y la recomiendan pediatras, médicos generales, enfermeras y familiares. Actualmente no hay evidencia concreta de los beneficios o contraindicaciones de esta técnica; el único estudio existente

sólo evaluó dos síntomas (regurgitación y cólico) y fue una muestra pequeña, pero encontró resultados parecidos a éstos, en cuanto al aumento de episodios de regurgitación en los pacientes a quienes se hace eructar; aun así, con los datos actuales y éstos, no es suficiente para emitir una recomendación concreta y es necesario conducir un estudio con mayor control de variables para inclinarse por una indicación clara. La técnica de masaje es una práctica que ha mostrado muchos resultados favorables en la población neonatal y es una alternativa en cuanto al eructo, además de otros beneficios que provee.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom132

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES CON Y SIN TRASTORNOS DEL EJE CEREBRO-INTESTINO (TECI)

A. S. Barragán-Abundes, Y. L. Romero-Chávez, P. H. Sandoval-Villaseñor, F. Rojas-Larios, C. A. Sánchez-Ramírez, Grupo Colaborativo: Facultad de Medicina, Universidad de Colima

Introducción: Algunos estudios en niños han identificado prevalencias de TECI de acuerdo con los criterios de Roma IV que fluctúan entre 21,2% y 25%. La dispepsia funcional (DF) es la más frecuente con 3 a 7,6, seguida del síndrome de intestino irritable (SII) con 2,3 a 5,1%, el dolor no especificado (DNE) con 2,4 a 3,1% y la migraña abdominal (MA) con 0,5 a 1,1%. Esto repercute de manera notable en la calidad de vida y la alimentación juega un papel importante en dichos padecimientos.

Objetivo: Comparar los hábitos de alimentación entre adolescentes con y sin TECI.

Material y métodos: Diseño: transversal analítico. Se evaluaron los hábitos de alimentación con el cuestionario Índice de alimentación saludable para población española (IASE) y la presencia o ausencia de TECI mediante los criterios de Roma IV. No se incluyó a quienes tenían alguna enfermedad gastrointestinal orgánica, trastorno de la conducta alimentaria o consumo de fármacos. Análisis estadístico: se obtuvieron medias y DE para las variables cualitativas y frecuencias y porcentajes para las cualitativas. La comparación de grupos se efectuó con las pruebas t de Student y ji cuadrada, y se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El proyecto recibió aprobación del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colima. Se solicitó consentimiento informado por escrito a los padres o tutores.

Resultados: Se incluyeron a 1 369 adolescentes de dos bachilleratos de la Universidad de Colima, de los cuales 55,8% correspondió a mujeres, con una edad promedio de $15,72 \pm 0,69$ años. Hasta 208 (15,2%) sujetos tenían algún TECI. La DF se presentó en el 14,6% (12,1% por distrés posprandial y 2,5% por síndrome de dolor epigástrico), el SII y la MA en el 1,7% de los casos, respectivamente; el menos frecuente (0,1%) tenía DNE. Con respecto a los hábitos de alimentación, 1 194/1 369 (87,2%) "necesitan cambios", 119/1 369 (8,7%) "son poco saludables" y sólo 56/1 369 (4,1%) mostraron hábitos "saludables", sin diferencias significativas entre el grupo con o sin TECI ($p = 0,074$). Se realizó un análisis de la frecuencia de los distintos grupos de alimentos evaluados entre los sujetos con y sin TECI y se observó que el consumo de cereales, lácteos, carne, legumbres, embutidos, dulces y refrescos fue similar en ambos grupos. En cuanto al consumo de frutas, el 75,6% de los individuos sin TECI tiene un adecuado consumo, mientras que de las personas con TECI sólo el 67,3% ($p = 0,008$); en el consumo de verduras se identificó una tendencia a un mayor consumo adecuado (77,6%) en el grupo sin TECI contra el 72,1% en el grupo con TECI ($p = 0,053$). Al realizar el análisis por entidad específica se advirtió que, en los sujetos con DF, el 32,8% tenía un consumo inadecuado de frutas con respecto a los individuos sin DF (24,6%) con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,013$).

Conclusiones: Los hábitos de alimentación en la mayoría de los adolescentes requieren cambios y éstos fueron similares en los adolescentes con TECI y sin TECI. Sin embargo, los adolescentes con DF revelaron un menor consumo de frutas con respecto a los que no tenían DF. Estos hallazgos sugieren que ciertos patrones dietéticos podrían relacionarse con los TECI. Es importante destacar la necesidad de mejorar los hábitos de alimentación en la población adolescente mediante una educación nutricional adecuada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom133

HALLAZGOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN NIÑOS CON AUSENCIA DE REFLEJO RECTOANAL INHIBITORIO (RRAI). SERIE DE CASOS

A. L. Barajas-Castro, S. Pacheco-Sotelo, M. Valenzuela-Núñez, UMAE Hospital de Pediatría, CMNO IMSS, Guadalajara

Introducción: La enfermedad de Hirschsprung (EH) es una aganglionosis anorrectal congénita con incidencia de 1/5 000 RN y su diagnóstico es un reto por su espectro clínico amplio. La ausencia de RRAI en la manometría anorrectal (MAR) tiene una sensibilidad equivalente a la de la biopsia rectal (BR) para el diagnóstico de EH (95%), si bien su especificidad es menor (89%), con un valor predictivo negativo (VPN) del 100% y valor predictivo positivo (VPP) de 56%. La ausencia de células ganglionares en la BR es el estándar de oro.

Objetivo: Describir las características clínicas y los resultados histopatológicos en niños con ausencia de RRAI. Evaluar la utilidad diagnóstica de la MAR de alta resolución para EH.

Informe de casos: En este hospital se han realizado 123 MAR de julio del 2020 a mayo del 2025, 12 (9%) sin RRAI; de éstas, una está aún en abordaje y dos perdieron seguimiento por lo que no cuentan con BR; en esta serie, 55% de los niños con ausencia de RRAI se diagnosticó como EH por ausencia de células ganglionares en la BR y de ellos el 60% inició con manifestaciones antes del mes de edad (estreñimiento), y el 80% reveló ausencia de meconio en las primeras 48 h de vida y distensión abdominal; 60% cursó con cuadro de oclusión intestinal (vómito + distensión, hallazgos radiológicos o cirugía); 80% presentó zona de transición en el colon por enema y en promedio se sometieron a la MAR a la edad de 4,5 años. Ninguno sufrió desnutrición. De los pacientes con ausencia de RRAI y presencia de células ganglionares (45%), dos cumplieron criterios para acalasia rectal, uno tenía espina bífida y otro se catalogó como estreñimiento funcional (Tabla 1). En este grupo, sólo 1 (25%) tuvo manifestaciones antes del primer mes de vida (estreñimiento), el 50% reveló ausencia de meconio más de 48 h y desnutrición, 75% sufrió distensión abdominal, pero ninguno tuvo un verdadero cuadro de oclusión intestinal ni hallazgos típicos en el colon por enema.

Discusión: La presencia de RRAI descarta con alta sensibilidad la EH; sin embargo, la ausencia del RRAI tiene un VPP en las publicaciones médicas del 56%, lo que coincide con estos resultados que registraron un VPP del 55%. El 60% de los niños con EH inició con manifestaciones antes del mes de edad y el 80% mostró ausencia de meconio en las primeras 48 h y distensión abdominal, síntomas que coinciden con la misma frecuencia de la bibliografía. No se identificó a pacientes con desnutrición y EH, a diferencia de lo ya notificado. La sensibilidad y especificidad del colon por enema son de 70 y 80% respectivamente para EH; en este estudio, el 80% de los niños con EH tenía zona de transición (ZT) y ninguno de los que tuvieron células ganglionares mostró ZT. Por lo general, el 50% de los casos de EH se diagnostica en el primer año de vida, pero en esta serie sólo 1/5 (20%) se diagnosticó antes de esa edad.

Conclusiones: La combinación de MAR y biopsia rectal es fundamental para el diagnóstico certero de la EH. La MAR permite una mejor selección de individuos elegibles para BR y reduce los riesgos y el diagnóstico retardado en pacientes con clínica consistente para EH. La BR es indispensable para confirmar la ausencia de células ganglionares y el diagnóstico definitivo.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento de ninguna institución pública o privada.

Dom134

EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA DE MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FIEBRE Y NEUTROPENIA

E. M. Contreras-Hernández, A. A. Gándara-Hernández, M. S. Montalvo-Sosa, C. A. Zapata-Castilleja, D. N. Vaquera-Aparicio, A. Valdés-Cervantes, L. E. Coello-Santillana, A. A. De León-Pérez, V. D. Olivas-Cabral, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La fiebre y la neutropenia son anomalías frecuentes en pacientes pediátricos con enfermedades oncohematológicas y constituyen una emergencia médica. Las manifestaciones gastrointestinales (MGI) pueden

Tabla 1. Informe de casos de ausencia de RRAI y biopsia rectal (total 9). (Dom133)

Casos	Sexo ¹	Células ganglionares	Edad inicio síntomas (meses)*	Desnutrición	Meconio después 48 h	Distensión abdominal	Oclusión	Radiología ²	Edad MAR (años)
EH1	H		< 1		X	X	X	D	0,1
EH2	H		2		X	X	X	D + ZT	4,8
EH3	H		48		X			D + ZT	9,5
EH4	H		< 1			X		D + ZT	5
EH5	H		< 1		X	X	X	D + ZT	6,5
6	H	X	2	X		X		N	1,1
7	M	X	24		X			D + C	7
8	M	X	< 1	X	X	X		N	1,5
9	M	X	3			X		N	5,7
Total	M 33%/ H 77%	Ausentes: (5/9) = 55% Presentes: (4/9) = 45%	< 1 = 44% 2-24 = 44% > 24 = 11%	22%	> 48 h = 66% < 48 h = 34%	78%	33%	D = 22% D + ZT = 44% N = 33%	Promedio = 4,5
EH	H 100%	Ausentes: 100%	< 1 = 60% 2-24 = 20% > 24 = 20%	0	> 48 h = 80%	80%	60%	D + ZT = 80% D = 20%	Promedio = 5,1

X, parámetro presente; (1): M, mujer/H, hombre. *Estreñimiento (2): D, distensión; ZT, zona de transición; C, coproestasis; N, normal. RRAI, reflejo rectoanal inhibitorio; MAR, manometría anorrectal; EH, enfermedad de Hirschsprung.

aparecer de manera simultánea, pero su caracterización epidemiológica en esta población aún es limitada. Reconocer sus patrones clínicos puede favorecer el diagnóstico temprano y una atención oportuna.

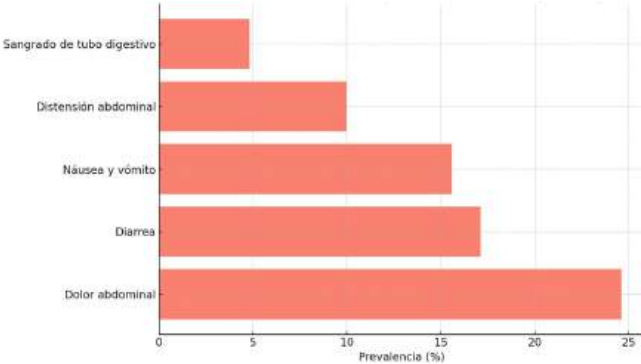
Objetivo: Describir la epidemiología clínica de las manifestaciones gastrointestinales en pacientes pediátricos con fiebre y neutropenia.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyó a pacientes menores de 16 años con fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) y neutropenia ($< 1\,500/\text{mm}^3$), atendidos en el Hospital Universitario José Eleuterio González entre enero de 2018 y diciembre de 2023. Se analizó exclusivamente a aquellos que presentaron manifestaciones y diagnósticos gastrointestinales confirmados. Se aplicaron estadística descriptiva y pruebas comparativas.

Resultados: De un total de 520 pacientes pediátricos con fiebre y neutropenia, 240 (46,2%) desarrollaron manifestaciones gastrointestinales. Los diagnósticos más comunes fueron colitis neutropénica, gastroenteritis, pancreatitis, colitis pseudomembranosa y mucositis. Las manifestaciones clínicas predominantes fueron dolor abdominal (24,6%), diarrea (17,1%), náusea y vómito (15,6%), distensión abdominal (10,0%) y sangrado digestivo (4,8%) (Figura 1).

Conclusiones: Las manifestaciones gastrointestinales en pacientes pediátricos con fiebre y neutropenia son frecuentes, y el dolor abdominal y la diarrea son los síntomas más comunes. Las gastroenteritis agudas fue el diagnóstico más prevalente seguido de la colitis neutropénica. Estos hallazgos permiten anticipar posibles diagnósticos desde el ingreso hospitalario y optimizar tiempo y recursos hospitalarios en el abordaje diagnóstico-terapéutico en esta población de riesgo, además de favorecer la elaboración

Figura 1. Manifestaciones gastrointestinales más frecuentes en pacientes pediátricos con fiebre y neutropenia (n = 520). (Dom134)



de protocolos más dirigidos con un enfoque más acertado con epidemiología fidedigna de base.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento institucional ni privado.

Dom135

SÍNDROME DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL EN PACIENTES HEMATOONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS

V. D. Olivas-Cabra, A. A. Gándara-Hernández, E. Duarte-Reséndiz, L. A. Orellana-Chacón, A. Valdés-Cervantes, J. C. Rivas-Rodríguez, E. M. Contreras-Hernández, C. A. Zapata-Castilleja, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: El sobrecrecimiento intestinal bacteriano (SIB) es una alteración caracterizada por una cifra anormalmente alta de bacterias en el intestino delgado, superior a 105 UFC/mL. La prevalencia de SIB en pacientes hematoológicos pediátricos se desconoce en el presente. En realidad, se suele subdiagnosticar porque sus síntomas inespecíficos son a menudo atribuidos a la enfermedad de base predisponente y su recurrencia es alta después del tratamiento antibiótico si el factor subyacente no es eliminado/eliminable.

Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome de sobrecrecimiento bacteriano en pacientes hematoológicos pediátricos mediante la prueba de hidrógeno espirado.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y analítico realizado en pacientes pediátricos con diagnóstico de leucemia aguda del Hospital Universitario José Eleuterio González en la ciudad de Monterrey, México. Criterios de inclusión: edad de 4 a 16 años, con diagnóstico de leucemia aguda, que contaran con consentimiento informado y completaran la prueba de hidrógeno espirado y un cuestionario de síntomas que incluyera distensión abdominal, dolor, diarrea, vómito y ruidos intestinales. Criterios de exclusión: contraindicación para la vía oral, comorbilidades relacionadas que pusieran en riesgo la salud o la vida del paciente (respiratorias, renales, hepáticas, cardiovasculares). Criterios de eliminación: paciente que no completara la prueba y el cuestionario de síntomas. Para la prueba de hidrogeno espirado se utiliza el Equipo Gastro + GastrolyzerMR con la técnica de exhalación de aliento. Con posterioridad se obtuvo la muestra basal de hidrogeno espirado y se administraron por vía oral 10 g de lactulosa. Se realizaron ocho determinaciones cada 15 minutos expresadas en partes por millón (ppm),

se interrogaron y se determinó cada 15 minutos la presencia de síntomas. El diagnóstico se estableció cuando la diferencia de las concentraciones de hidrógenos espirados basal y máxima era mayor de 12 ppm. Se evaluó el número de síntomas presentes durante la prueba. Asimismo, se documentaron los antibióticos consumidos en ese momento.

Resultados: Se incluyó a un total de 44 pacientes, de los cuales siete se eliminaron por prueba incompleta. Se incluyó en el estudio a un total de 37 pacientes, de los cuales 24 son masculinos y 13 femeninos. La edad media es de 7,96 años. El 64% de los pacientes no se encontraba bajo tratamiento antibiótico. El 28% de ellos se hallaba en tratamiento con trimetoprim/sulfametoxazol. Se identificó a siete pacientes con diagnóstico de sobrecrecimiento bacteriano intestinal de acuerdo con la prueba de hidrógeno espirado, lo que representa una prevalencia de 18,9%. Se reconoció como síntoma más frecuente la distensión abdominal con un 44% y el síntoma menos frecuente fue la diarrea con 11%.

Conclusiones: En la población de estudio se identificó un 18,9% de prevalencia, porcentaje nada despreciable, por lo que es importante en lo mediado de lo posible buscar la vinculación del sobrecrecimiento intestinal bacteriano en pacientes hematológicos e instituir un tratamiento oportuno para disminuir la morbilidad relacionada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom136

ESTRATEGIAS DE PREPARACIÓN INTESTINAL EN PEDIATRÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ESCALA DE BOSTON

N. Hinojosa-Arellanes, L. E. Flores-Fong, E. V. Estrada-Arce, H. G. Corona-Pantoja, K. J. Enriquez-Pérez, L. I. Mondragón-González, K. N. Herrera-González, J. A. Romano-Velazco, Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: La preparación intestinal en pacientes pediátricos representa un desafío en la actualidad. A diferencia de los adultos, existen diversos factores que pueden dificultar su realización. La Escala de preparación intestinal de Boston (BPSS) diseñada originalmente para pacientes adultos, evalúa cada uno de los tres segmentos del colon y proporciona una puntuación total de 0 (sin preparación) a una puntuación máxima de 9 (óptima). Aunque se ha extrapolado a la población pediátrica, hoy en día no se ha validado una escala para este grupo etario. Uno de los puntos clave de la calidad de la endoscopia depende en gran parte de la eficacia de la preparación intestinal. Describir la forma en que se comporta la BPSS en niños puede aportar evidencia útil para optimizar la calidad de las colonoscopias.

Objetivo: Describir los resultados de la preparación intestinal en la población pediátrica al aplicar la escala de Boston para su evaluación.

Material y métodos: Participaron los pacientes de 0 a 16 años sometidos a colonoscopia en el periodo comprendido entre enero de 2019 y abril de 2025. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal. Variables analizadas: edad, género, preparación intestinal (esquema y dosis de laxante, días de preparación, enema adicional y puntuación de BPSS). Análisis estadístico: resultados analizados con medidas de tendencia central y dispersión, así como frecuencias. Se definió la preparación adecuada como BPSS ≥ 6 y dosis alta de PEG ≥ 2 g/kg/día.

Resultados: Se analizaron los datos de 106 pacientes, de los cuales 96 cumplieron con los criterios de inclusión; 64,5% correspondió a hombres. La media de edad fue de 97 meses (DE ± 51). Al ingreso, 46,87% tenía un adecuado estado nutricional y 34% algún grado de desnutrición. Se registró la escala de Bristol hasta en el 78,1% y en ella el patrón más común fue el 4 (27%). Con respecto a las estrategias de preparación, el esquema más empleado fue la monoterapia con polietilenglicol (PEG) en el 60,4%, seguido de combinaciones como PEG + bisacodilo (22,9%), bisacodilo + picosulfato de sodio (14,58%) y otras menos frecuentes. La media de dosis de PEG fue de 2 g/kg/día, pero por frecuencia el 51% recibió dosis mayores de 2 g/kg/día. Se observó que hasta un 11% requirió la administración adicional de enema debido a características no adecuadas en las heces horas antes de realizar el procedimiento. Como herramienta de evaluación de la preparación colónica, la BPSS mostró que el 67% obtuvo una puntuación ≥ 6 .

Conclusiones: La escala de Boston resultó útil para describir el comportamiento de distintas estrategias de preparación intestinal en la población pediátrica. La mayoría de los pacientes tuvo una adecuada preparación intestinal con una puntuación ≥ 6 , lo que sugiere un resultado favorable en

cuanto a los esquemas empleados. La monoterapia con polietilenglicol fue el esquema más usado y en más del 50% se utilizaron dosis altas (≥ 2 g/kg/día), lo cual pudo relacionarse con un resultado de Boston ≥ 6 . A pesar de ellos, un porcentaje de pacientes requirió la administración de un enema adicional, por lo que el ajuste individualizado es importante en cada paciente. Estos hallazgos relacionan el uso de BPSS como herramienta útil para describir la calidad de la preparación intestinal en pacientes pediátricos, específicamente en entornos en los que se busca disminuir los costos de los laxantes y la combinación de éstos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom137

EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON SUPLEMENTACIÓN DE ZINC Y SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN ORAL EN ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA VS. RACECADOTRILLO Y SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN ORAL EN EL HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL NIÑO DR. RODOLFO NIETO PADRÓN DE DICIEMBRE 2024-JUNIO 2025

B. G. García-González, D. B. Wildman-Fonseca, M. E. Borbolla-Sala, Hospital del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón

Introducción: Según los datos de la OMS del 2024, cada año la diarrea mata a 443 832 niños menores de cinco años y a otros 50 851 niños de cinco a nueve años, pero es una enfermedad prevenible y puede tratarse. La OMS y la UNICEF recomiendan 10 a 20 mg de zinc al día para niños con enfermedad diarreica. Éste actúa por varios mecanismos y tiene un efecto directo sobre los canales iónicos, lo cual evita complicaciones secundarias a la enfermedad diarreica aguda potencialmente letales.

Objetivo: Comparar la eficacia del tratamiento con complementación de zinc y solución de rehidratación oral respecto del racecadotril y la solución de rehidratación oral en niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón de diciembre de 2024 a junio de 2025.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón en el periodo de diciembre de 2024 a junio de 2025 con pacientes menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda. Variables analizadas: edad, sexo, estado nutricional, desequilibrio hidroelectrolítico, grado de deshidratación. Análisis estadístico: resultados analizados con medidas de frecuencia central como media, mediana y desviación estándar y gráficas para la representación de los datos.

Resultados: Se obtuvo un total de 50 expedientes, 22 pacientes del sexo femenino (44%) y 28 del masculino (56%). La edad media de presentación fue de 1,9 años. Características clínicas observadas: más de la mitad se mostró febril (58%) con un registro de temperatura de 38,5 °C, síntomas gastrointestinales con media de 5,24 evacuaciones al día, distensión abdominal (52%) y peristalsis (56%).

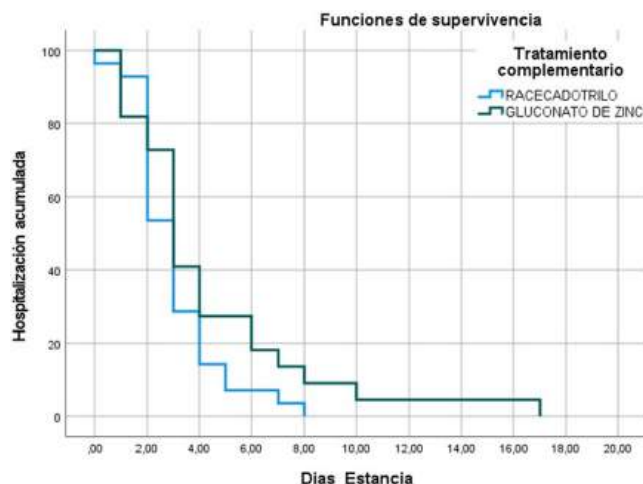
Complicaciones: 14% sufrió choque hipovolémico al ingreso a urgencias, pero no se registró ninguna defunción en este estudio; comorbilidades relacionadas: cardiopatías (2%), nefropatías (4%), posquirúrgicas (4%), neurológicas (4%) y niños previamente hospitalizados (12%). El 96% tuvo altas sin secuelas. En relación con el tratamiento, el 34% consumió antibióticos antes del ingreso, 22% antiespasmódicos, 8% antidiarreicos, 14% otros (aceites, té, etc.). Medidas preventivas: el 26% tuvo lactancia materna exclusiva, 96% con antecedente de vacunación contra rotavirus. El racecadotril se usó en promedio 3 036 días y el gluconato de zinc 4 318 días en total con un promedio de ambos de 3,6 días, por lo que las tablas realizadas de Kaplan-Meier para supervivencia revelaron que desde el origen (curva) tuvieron entrecruzamientos a nivel de los 90, 80, 70, 50 y 30, este último probablemente por comorbilidades relacionadas. Según el logaritmo Ranke (Mantel-Cox), resultado de χ^2 acumulada de las fechas de las altas, se obtiene un análisis cualitativo y se observa que no hay significancia estadística entre el gluconato de zinc y el racecadotril (Figura 1).

Conclusiones: Se comparó la eficacia del tratamiento con complementación de zinc respecto del racecadotril en diarrea aguda en menores de cinco años, con un uso promedio de ambos de 3,6 días; se identificó el choque hipovolémico como la complicación más frecuente (14%) y, a su vez, se realizó un análisis cualitativo según el cual no hay significancia estadística entre el uso del gluconato de zinc y el racecadotril. Por otra parte, es importante

recordar los beneficios clínicos del empleo del zinc en la población pediátrica en países en vías de desarrollo conforme a las coberturas internacionales indicadas por organismos como UNICEF/OMS.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Las tablas de Kaplan-Meier para supervivencia indican que desde el origen (curva) se observaron entrecruzamientos a nivel de los 90, 80, 70, 50 y 30, probablemente por comorbilidades relacionadas. (Dom137)



Dom138

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO CORTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. C. Basulto-Ultreras, G. Gómez-Navarro, Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS Guadalajara.

Introducción: El espectro clínico del síndrome de intestino corto (SIC) en la edad pediátrica se extiende desde una disfunción leve y reversible hasta una alteración grave e incapacitante. El tratamiento nutricional pretende mejorar la capacidad de absorción del intestino remanente para lograr la autonomía enteral y reducir al mínimo la dependencia de la nutrición parenteral y con ello las complicaciones. En el occidente del país no existen estudios que describan las características clínicas y epidemiológicas y el resultado a largo plazo de los pacientes pediátricos con SIC, por lo que se consideró importante realizar este estudio.

Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes pediátricos con diagnóstico de síndrome de intestino corto en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino corto atendidos en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, en el periodo de marzo de 2020 a marzo de 2023. Tipo de estudio: observacional, retrospectivo y transversal. Variables analizadas: edad gestacional, edad al diagnóstico, sexo, estado nutricional, etiología, vía de administración de la nutrición, tipo de nutrición parenteral, tipo de nutrición enteral, modalidad de administración, complicaciones, defunción y comorbilidad adjunta. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, mediana y moda.

Resultados: Se incluyó en total a 23 pacientes, la mayoría del sexo femenino y prematuros. La edad fue de 2 meses a 17 años, con una media de 32,3 meses. En cuanto a la edad al diagnóstico del SIC, la mínima fue de un día de vida y la máxima de 17 años. El 43,5% de los sujetos padecía desnutrición grave, seguido de 30,4% de los pacientes con eutrofia y, en menor proporción, 26,1% con desnutrición moderada. Las principales causas que produjeron el SIC fueron atresia intestinal, enterocolitis necrosante y gastrosquisis con el 30,4, 26,1 y 17,4%, respectivamente. En cuanto a la presencia de válvula ileocecal, no se encontró una diferencia importante entre ambos grupos. La vía de administración de la nutrición principal fue la alimentación enteral por la boca en el

65,2% de los casos. Dentro de los tipos de nutrición enteral se observó que en la mayoría de los pacientes se empleó la fórmula de aminoácidos (43,5%), seguida por la dieta completa (26,1%). En el 65,2% de los casos se administró la alimentación en bolos. En cuanto a la nutrición por vía parenteral, 3 de los 5 (60,0%) pacientes la recibían en la modalidad de nutrición parenteral total y los 2 (40%) restantes de forma parcial. El 52,2% de los individuos no sufrió complicaciones. En los que sí experimentaron alguna complicación se identificó principalmente la falla intestinal hasta en 45,5%. El 65,2% de los pacientes tenía alguna comorbilidad y sólo tres evolucionaron con desenlace de defunción (13,0%).

Conclusiones: En los enfermos atendidos en el Hospital de Pediatría por SIC se encontró con frecuencia el antecedente de prematuridad, la mayoría diagnosticada con SIC en el periodo neonatal. Las principales causas, en orden de frecuencia, fueron atresia intestinal, enterocolitis necrosante y gastrosquisis. La nutrición empleada en la mayoría de los pacientes fue la alimentación enteral, en la mayor parte de los casos por la boca, a base de fórmula de aminoácidos y se administró principalmente en bolos. La mayoría de los pacientes sufrió alguna complicación y de éstas la más frecuente fue la falla intestinal; sin embargo, sólo tres pacientes fallecieron durante el periodo evaluado.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom139

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANOMÉTRICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

C. G. Reiling-Gatica, M. M. Contreras-Betancourt, J. R. Zárate-Guerrero, A. L. Barajas-Castro, S. Pacheco-Sotelo, Instituto Mexicano del Seguro Social Guadalajara.

Introducción: Los pacientes adultos con enfermedades reumatológicas pueden presentar síntomas gastrointestinales, como disfagia, odinofagia, pirosis y reflujo, lo cual puede deberse a trastornos motores esofágicos (TME) que aparecen en 50% en estas afecciones. La acalasia y la obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogástrica son más frecuentes en la artritis reumatoide, mientras que la motilidad esofágica ineficaz (MEI) y la motilidad esofágica ausente (MEA) se describen sobre todo en la esclerodermia. El depósito excesivo de colágeno en el esófago distal causa atrofia y degeneración fibrótica del músculo liso, una alteración que desencadena la disfunción motora, entre otros factores. Existen muy pocos informes de series de casos en las publicaciones médicas en pacientes pediátricos con dermatomiositis juvenil y esclerodermia.

Objetivo: Determinar las características clínicas y manométricas en pacientes pediátricos con enfermedades reumatológicas en un hospital pediátrico de tercer nivel.

Material y métodos: Participaron pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología de un hospital pediátrico del occidente del país que atiende a niños y adolescentes de nueve entidades federativas de febrero de 2020 a junio de 2025. Tipo de estudio: retrospectivo y descriptivo. Variables analizadas: edad, género, estado nutricional, datos clínicos y diagnósticos manométricos con base en la clasificación de Chicago v.IV. Criterios de inclusión: sujetos de seis a 18 años que tuvieran manometría esofágica de alta resolución realizada en esta unidad. Se utilizaron mediana y rango, así como frecuencias y porcentajes para variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente.

Resultados: Durante el periodo en cuestión se realizaron 122 estudios de manometría esofágica de alta resolución; de éstos, 12 (9,8%) correspondieron a enfermedades reumatológicas; la mediana de edad fue de 173,5 meses (79-199); 6 (50%) tuvieron dermatomiositis, 4 (33%) esclerodermia y 2 (17%) lupus eritematoso sistémico. Nueve (75%) correspondieron al género femenino; 11 (92%) tenían disfagia, uno vómito y uno más experimentó pérdida de peso. En uno de ellos se encontró desnutrición grave, en 7 (58%) estado nutricional normal y en 4 (33%) sobrepeso u obesidad. Cinco (42%) mostraron algún trastorno de motilidad esofágica: 2 MEA, 2 MEI y otro espasmo esofágico distal; en 7 (58%) no se notificaron alteraciones motoras.

Conclusiones: Las alteraciones motores esofágicas en niños con enfermedades reumatológicas ocurrieron en prácticamente la mitad de los casos y el síntoma principal fue la disfagia; hasta donde tienen conocimiento los autores, son escasos este tipo de informes en este país y en América Latina.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento.

Dom140

ACALASIA EN NIÑOS: UNA REVISIÓN DE 10 AÑOS DE RESULTADOS QUIRÚRGICOS, RECUPERACIÓN NUTRICIONAL Y RECURRENCIA DE SÍNTOMAS

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

Introducción: La acalasia es un trastorno poco frecuente de la motilidad esofágica y se caracteriza por una peristalsis ineficaz e incapacidad para relajar el esfínter esofágico inferior. El tratamiento de elección es la miotomía de Heller, aunque en fecha reciente ha surgido la opción endoscópica (POEM), que no se encuentra disponible en todos los entornos, especialmente en aquellos de bajos recursos. Las principales complicaciones informadas en las publicaciones médicas son la perforación esofágica y el reflujo gastroesofágico a largo plazo.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional, los resultados quirúrgicos, las complicaciones y la persistencia de los síntomas en pacientes diagnosticados con acalasia en un tercer nivel de atención.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohorte que evaluó a pacientes pediátricos con acalasia atendidos entre 2014 y 2024 en el Instituto Nacional de Pediatría. Se incluyeron 26 casos confirmados por manometría según la Clasificación de Chicago versiones 3.0 y 4.0. Se analizaron datos demográficos, estado nutricional, tipo de acalasia, parámetros manométricos, tipo de abordaje quirúrgico, complicaciones y evolución clínica.

Resultados: El tipo II fue el más común (73%). La mediana de edad fue de 12 años, con distribución por sexo similar. Las comorbilidades más frecuentes fueron síndrome de Down (n = 3), síndrome de Allgrove (n = 3), síndrome de Margan (n = 1) y enfermedad autoinmune (n = 1). Al diagnóstico, 39,1% tenía desnutrición grave y sólo el 21,7% era eutrófico. En la manometría, el IRP promedio fue de 43,64 mmHg, con DCI de 1820 mmHg·s·cm, y se observó presurización panesofágica en 78,3%. Hasta 19 pacientes se trataron con miotomía de Heller y 17 fueron objeto de funduplicatura concomitante, en particular técnica de Dor. Las principales complicaciones fueron perforación esofágica (15,8%, mayormente intraoperatoria), estenosis esofágica posoperatoria (15,8%), neumotórax, rotura esplénica y funduplicatura hiperfuncionante. A los seis meses persistían síntomas como disfagia a sólidos (11,5%), vómito relacionado con la alimentación (15,4%) y dolor torácico (19,2%). Al año, tres pacientes seguían con disfagia a sólidos (11,5%) y uno con síntomas como vómito, disfagia a líquidos o dolor torácico. Se dio seguimiento nutricional a 15 pacientes: 30% mejoró, mientras que el resto permaneció con algún grado de desnutrición y apenas 26,7% se encontraba eutrófico. Cuatro pacientes con estenosis requirieron nuevas intervenciones, sobre todo dilataciones con balón. Se realizó manometría posoperatoria en cuatro pacientes, la media de IRP fue de 4 mmHg y el DCI de 730 mmHg·s·cm, con presurización panesofágica persistente en el 75%.

Conclusiones: La acalasia pediátrica es todavía una entidad poco común, con predominio del tipo II. La mayoría de los pacientes presentó desnutrición grave al diagnóstico. A pesar de la intervención quirúrgica, un número considerable de pacientes continuó con poco aumento de peso y síntomas persistentes. La perforación esofágica fue la complicación aguda más común, en tanto que la estenosis posoperatoria probablemente contribuyó a la recurrencia de la disfagia. Contrario a lo ya notificado, el síntoma más prevalente a largo plazo en esta población de estudio no fue el reflujo, sino la disfagia persistente.

Financiamiento: Ninguno.

Dom141

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN NIÑOS CON INGESTIÓN DE PILA DE BOTÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN MÉXICO: EXPERIENCIA DE OCHO AÑOS

M. D. R. Alvarado-Cifuentes, E. Montijo-Barrios, K. Ignorosa-Arellano, J. Cadena-León, F. E. Zárate-Mondragón, E. Toro-Monjaraz, R. Cervantes-Bustamante, J. Ramirez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La ingestión de pilas de botón es una urgencia médica pediátrica debido al riesgo de lesiones esofágicas graves en minutos.

Objetivo: Describir las características clínicas, endoscópicas y complicaciones relacionadas con estos casos en un centro terciario de referencia en México.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal. Se incluyó a pacientes pediátricos con diagnóstico de ingestión de pila de botón atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría entre abril de 2016 y abril de 2024, con endoscopia realizada en las primeras 72 horas tras la ingestión. Se analizaron variables clínicas, endoscópicas y evolución mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyó a 29 pacientes con una edad media de 49,2 ± 41,6 meses; el 51,7% correspondió a mujeres. En el 61,2% de los casos, la ingestión ocurrió en el domicilio y sólo el 27,6% fue presenciada. El tiempo promedio hasta la endoscopia fue de 20,06 ± 28 horas, aunque la recomendación internacional indica realizarla antes de las dos horas; tan sólo el 55,2% fue intervenido en las primeras 12 horas. En el 93,1% de los casos no se logró identificar el tipo de pila ingerida. Las pilas provenían principalmente de dispositivos sueltos (31%), controles remotos, dispositivos personales y juguetes. Al ingreso, el 41,4% estaba asintomático, pero los síntomas más frecuentes fueron dolor torácico (55,2%), odinofagia (51,7%) y sialorrea (37,9%). En el 82,8% se logró la extracción endoscópica y las localizaciones más frecuentes fueron el estómago (34,5%) y el esófago superior (20,6%). En el esófago se halló necrosis en 31%, ulceración en 13,8% y mucosa normal en 48,3%. Según la clasificación de Zargar, el 20,7% presentó lesión de grado IIb y el 10,3% de grado IIIb. En el estómago y duodeno se identificaron eritema (27,6%) y úlceras o erosiones (20,6%). Las complicaciones agudas ocurrieron en el 17,2% de los pacientes (perforación, 6,9%; estenosis y mediastinitis, 3,4% cada una) y las tardías en el 6,8% (estenosis y disfagia persistente). El 82,8% no presentó secuelas (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados en pacientes con ingestión de pilas de botón (n = 29). (Dom141)

Categoría	Variable	Resultado
Datos demográficos	Edad media (± DE)	49,2 ± 41,6 meses
	Sexo femenino	51,7%
Características del accidente	Ocurrió en domicilio	61,2%
	Ingestión presenciada	27,6%
	Tiempo promedio hasta endoscopia	20,06 ± 28 h (4-120 h)
Identificación de la pila	Intervenida antes de 12 h	55,2%
	Tipo de pila no identificado	93,1%
	Origen más frecuente: pila suelta	31%
Síntomas al ingreso	Asintomáticos	41,4%
	Dolor torácico	55,2%
	Odinofagia	51,7%
	Sialorrea	37,9%
Hallazgos endoscópicos	Extracción endoscópica exitosa	82,8%
	Localización más frecuente: estómago	34,5%
	Localización: esófago superior	20,6%
	Necrosis esofágica	31%
	Ulceración esofágica	13,8%
	Mucosa esofágica normal	48,3%
	Zargar IIb/IIIb	20,7% / 10,3%
	Eritema gástrico/duodenal	27,6%
	Úlceras o erosiones gástricas	20,6%

Complicaciones	Agudas (total)	17,2%
	– Perforación	6,9%
	– Estenosis o mediastinitis	3,4% c/u
	Tardías (estenosis/disfagia persistente)	6,8%
	Sin secuelas	82,8%

Conclusiones: La ingestión de pilas de botón debe considerarse una urgencia médica, incluso en pacientes asintomáticos, ya que se han documentado lesiones esofágicas graves, como necrosis y ulceración sin síntomas evidentes. El retraso en la endoscopia, debido a barreras en la referencia y detección del episodio, incrementa el riesgo de complicaciones graves. La imposibilidad de identificar el tipo de pila en la mayoría de los casos limita el análisis del riesgo específico, según sean el voltaje y el tamaño. Estos hallazgos subrayan la elevada morbilidad relacionada con esta anomalía, así como la necesidad urgente de mejorar la prevención en el hogar, los mecanismos de referencia oportuna y la documentación clínica. La endoscopia temprana no sólo permite una extracción eficaz, sino que también es clave para detectar lesiones iniciales y evitar secuelas graves a largo plazo.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento externo.

Dom142

TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES: POR MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN

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

Introducción: La esclerodermia y la dermatomiositis son enfermedades autoinmunes que pueden manifestarse con disfagia debido al compromiso esofágico. Una de las herramientas diagnósticas clave para evaluar la disfagia en estos pacientes es la manometría esofágica de alta resolución (HRM, por sus siglas en inglés), que permite una evaluación detallada de la función motora esofágica. Comprender los patrones manométricos específicos vinculados con cada anomalía es fundamental para el diagnóstico temprano, la toma de decisiones terapéuticas y el seguimiento de la progresión de la enfermedad.

Objetivo: Analizar los trastornos de motilidad esofágica mediante manometría de alta resolución en pacientes pediátricos con dermatomiositis o esclerodermia, además de describir las características demográficas de los pacientes, identificar sus patrones de alteraciones en la manometría esofágica y comparar los hallazgos manométricos entre ambos grupos.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría. Se recopilaron datos clínicos y manométricos. La sistematización incluyó variables como edad al diagnóstico, sexo y parámetros manométricos: la presión residual integrada (IRP), el índice de contracción distal (DCI) y la longitud del esfínter esofágico inferior. Para comparar las variables cuantitativas entre ambos grupos se utilizó la prueba U de Mann-Whitney adecuada para el tipo de muestra.

Resultados: Se analizó a 19 pacientes con dermatomiositis y cuatro con esclerodermia. Los enfermos con esclerodermia registraron un índice de contracción distal (DCI) promedio de 98,65 mmHg (intervalo, 1-260,6), significativamente menor en comparación con la dermatomiositis, cuyo promedio

fue de 2 226,33 mmHg ($p = 0,002$). El valor medio de la presión residual integrada (IRP) fue de 4,65 mmHg (intervalo, 2,6-6,6) en esclerodermia y de 13,47 mmHg en dermatomiositis, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p = 0,057$). La presión basal del esfínter esofágico inferior mostró un valor medio de 38,85 mmHg (intervalo, 40,3-170) en esclerodermia y 29,6 mmHg (intervalo, 24-660) en dermatomiositis ($p = 0,394$). Se reconoció aperistalsis esofágica en los pacientes con esclerodermia.

Conclusiones: La evaluación manométrica de alta resolución mostró diferencias en los patrones de motilidad esofágica entre dermatomiositis y esclerodermia. Los pacientes con esclerodermia mostraron hipocontractilidad grave con DCI marcadamente reducido y aperistalsis esofágica, mientras que aquéllos con dermatomiositis conservaron en mayor medida la función motora esofágica. Estos hallazgos pueden utilizarse en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con enfermedades autoinmunes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom143

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL IMBN Y LA PSPW ENTRE DIFERENTES GRUPOS ETARIOS PEDIÁTRICOS

M. L. Sánchez-Díaz, J. E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, A. I. Quesada-Tortoriello, J. V. Andoney-Mayén, C. I. Blanco-Vela, Grupo Colaborativo: Sección de neurogastroenterología, Hospital Español de México

Introducción: La impedancia basal media nocturna (IBMN) y el índice de ondas peristálticas posreflujo inducidas por la deglución (PSPW) son métricas de pH-impedanciometría útiles para distinguir a individuos con fenómenos relacionados con el ácido como enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) o hipersensibilidad al reflujo (HR) de aquéllos no relacionados con el ácido como la pirosis funcional. La utilidad de la IBMN y el PSPW en pediatría continúa en estudio. La evidencia actual muestra valores similares de IBMN y PSPW a lo largo del espectro pediátrico, pero sin análisis específicos por grupos etarios.

Objetivo: Evaluar si existen diferencias en los valores de IBMN y PSPW entre distintos grupos etarios pediátricos, dada la heterogeneidad funcional del aparato digestivo en la infancia.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en un centro de tercer nivel en el que se compararon resultados de pH-impedanciometría en pacientes pediátricos que acudieron por sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico del 1 de diciembre de 2022 al 1 de septiembre de 2023. Los pacientes se clasificaron en lactantes (grupo 1, de 1 a 24 meses), preescolares (grupo 2, de 25 a 72 meses), escolares (grupo 3, de 73 a 120 meses) y adolescentes (grupo 4, de 121 a 228 meses). Se realizó estadística para la comparación entre grupo con las pruebas χ^2 y ANOVA.

Resultados: Se incluyó a un total de 31 pacientes, de los cuales 54,8% ($n = 17$) correspondió al género femenino. Un 41,9% ($n = 13$) se integró con adolescentes, 25,8% ($n = 8$) con lactantes, 16,1% ($n = 5$) con preescolares y 16,1% ($n = 5$) con escolares. Del total de pacientes, 29% ($n = 9$) sufrió enfermedad por reflujo gastroesofágico, 48,4% ($n = 15$) hipersensibilidad al reflujo y 22,6% ($n = 7$) pirosis funcional. Durante la comparación entre grupos no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo en reflujo (grupo 1, $2,88 \pm 4$ vs. grupo 2, $7,9 \pm 5,2$ vs. grupo 3, $6,58 \pm 11,19$ vs. grupo 4, $3,16 \pm 3,13$), el número de episodios de reflujo ($19,88 \pm 19,83$ vs. $33,60 \pm 24,98$ vs. $29,80 \pm 22,79$ vs. $29,23 \pm 21,99$, respectivamente), la IBMN ($1837,14 \pm 605,36 \Omega$ vs. $1653 \pm 506,73 \Omega$ vs. $2065,88 \pm 848,15 \Omega$ vs. $2322,22 \pm 988,58 \Omega$, respectivamente) y el PSPW ($34,87 \pm 36,02$ vs. $26,4 \pm 19,29$ vs. $32,4 \pm 37,92$ vs. $40,30 \pm 32,34$). En la prueba χ^2 se encontraron relaciones entre el grupo de lactantes y la presencia de reflujo en posición supina $p < 0,05$ (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación entre grupos por edad. (Dom143)

	Lactante		Preescolar		Escolar		Adolescente	
	Media	Desv. estándar	Media	Desv. estándar	Media	Desv. estándar	Media	Desv. estándar
Edad	11,38	5,097	41,60	18,311	89,80	9,497	173,77	29,617
TEA	2,8875	4,00194	7,9000	5,20913	6,5800	11,19049	3,1615	3,13330
No. episodios de reflujo	19,88	19,831	33,60	24,986	29,80	22,797	29,23	21,997
IMBN	1837,1438	605,36986	1653,2600	506,73784	2065,8800	848,15799	2322,2277	988,58133
PSPW	34,8750	36,02950	26,4000	19,29508	32,4000	37,92493	40,3077	32,34549

Conclusiones: No existen diferencias entre los valores de IBMN o el PSPW entre distintos grupos pediátricos. Es posible que el reflujo gastroesofágico sea más frecuente en posición supina en los lactantes.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom144

GASTROSTOMÍA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

K. N. Herrera-González, K. A. Flores-Arizmendi, S. García-Delapuepte, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: El síndrome de Down (SD) es la alteración genética más frecuente y en México se calcula una prevalencia de 1 en 650 recién nacidos vivos. La población con SD sufre distintas comorbilidades que pueden hacer difícil su succión y deglución o favorecer neumonías por aspiración. La gastrostomía es un procedimiento quirúrgico empleado para promover la nutrición y disminuir el riesgo de broncoaspiración en estos niños; sin embargo, sus indicaciones en pacientes con SD no están bien establecidas y en muchas ocasiones se realiza sin tener un abordaje multidisciplinario previo. Hay pocos informes acerca de la gastrostomía en niños con SD.

Objetivo: Describir las indicaciones de la gastrostomía que tuvieron los niños y las complicaciones relacionadas con el procedimiento y establecer las pautas que se deben considerar antes de realizar una intervención quirúrgica.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo en pacientes con SD y gastrostomía atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría del 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2022.

Resultados: Se efectuaron 47 gastrostomías al momento del cierre del estudio. La más frecuente indicación fue la enfermedad por reflujo gastroesofágico combinada con escasa ganancia de peso. Hasta 25 pacientes tuvieron complicaciones, la más frecuente de las cuales fue la infección peristomal. Un total de 17 pacientes tuvo retiro de ésta al momento de la revisión.

Conclusiones: La gastrostomía es un procedimiento sobrevalorado no exento de complicaciones. Se debe proporcionar rehabilitación orofacial antes de indicar la gastrostomía.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom145

SANGRADO DIGESTIVO ALTO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS Y APLICACIÓN DEL PUNTAJE DE SHEFFIELD

K. J. Enríquez-Pérez, E. V. Estrada-Arce, L. E. Flores-Fong, N. Hinojosa-Arellanes, H. G. Corona-Pantoja, L. I. Mondragón-González, K. N. Herrera-González, J. A. Romano-Velazco, Nuevo Hospital Civil Juan I. Menchaca

Introducción: El sangrado del tubo digestivo alto (STDA) en pediatría representa un reto diagnóstico y terapéutico debido a la ausencia de escalas validadas que permitan estratificar la gravedad. En adultos existen herramientas consolidadas, pero en pediatría aún se exploran alternativas como la puntuación de Sheffield propuesta para identificar a pacientes con riesgo de requerir intervención endoscópica. Sin embargo, los estudios en la población pediátrica son aún escasos.

Objetivo: Caracterizar los hallazgos clínicos y endoscópicos del sangrado del tubo digestivo alto en la población pediátrica y considerar la puntuación de Sheffield.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes menores de 16 años con sangrado del tubo digestivo alto que ingresaron por urgencias pediátricas al Nuevo Hospital Civil Juan I. Menchaca entre enero de 2019 y abril de 2025. Tipo de estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. Se analizaron variables como edad, sexo, hemoglobina inicial, choque, dolor abdominal, diarrea, episodio anemizante, síncope, hematemesis, enfermedad preexistente, rectorragia, melena, taquicardia, reanimación intravascular, uso de medicamentos y hallazgos endoscópicos. El análisis estadístico incluyó frecuencias, media, mediana, desviación estándar y porcentajes, de acuerdo con cada variable.

Resultados: Se incluyó a 60 pacientes con sangrado del tubo digestivo alto. El 63,3% correspondió a hombres. La mediana de edad fue de 9 años (DE

± 4,43). El tiempo promedio entre el inicio del sangrado y la atención en urgencias fue de 2,21 días, con mediana de 1. La puntuación de Sheffield promedio fue de 5,46 (mediana, 2). La hematemesis fue el síntoma más frecuente (80%), seguida del dolor abdominal (38,3%) y la melena (33,3%). La diarrea, la rectorragia y el síncope fueron infrecuentes (< 5%). Se documentaron signos de choque en 23,3%, taquicardia en 25% y llenado capilar prolongado en 8,3%. El 26,6% recibió hemotransfusión y 13,3% carga de cristaloides. Sólo el 31,6% sufrió hemorragia anemizante. En relación con los valores de hemoglobina inicial, 88,3% tuvo Hb > 8 g/dL. El 51,6% tenía enfermedades preexistentes (Tabla 1). No se registraron muertes. Al clasificar a los pacientes de acuerdo con la puntuación de Sheffield, se observó que aquéllos con ≥ 8 (31,6% n = 19) presentaron con mayor frecuencia signos de choque y requerimiento de reanimación intravascular, lo que sugiere una posible relación entre puntuaciones elevadas y presentaciones clínicas más graves, lo cual refuerza su posible utilidad como herramienta de estratificación inicial. Los fármacos referidos antes del episodio hemorrágico fueron inhibidores de la bomba de protones y antiácidos (26,6%, n = 16), seguidos por otros fármacos (26,6%, n = 16), antiepilépticos (11,6%, n = 7), antiinflamatorios no esteroideos (6,6%, n = 4) y esteroides (1,6%, n = 1). En ocho pacientes no se realizó endoscopia, hubo un caso de COVID-19 y siete de mejoría clínica. Dos pacientes no mostraron alteraciones durante el estudio. Se documentaron úlceras en fase de cicatrización en 23,3% (n = 14) de los pacientes, de acuerdo con la clasificación de Sakita: H1 (1,6%, n = 1), H2 (3,3%, n = 2), S1 (8,3%, n = 5) y S2 (11,6%, n = 7). Además, un 16,6% (n = 10) mostró úlcera activa según la clasificación de Forrest: IIc (3,3%, n = 2), y III (13,3%, n = 8). Se identificaron várices esofágicas/gástricas en 25 pacientes (41,6%). En 45 sujetos se notificaron hallazgos endoscópicos adicionales no categorizados.

Tabla 1. (Dom145)

Parámetro	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombres	38	63,3
Mujeres	22	36,6
Hb Inicial		
< 8 g/dL	7	11,6
> 8 g/dL	53	88,3
STDA anemizante	19	31,6
Síntomas		
Dolor abdominal	23	38,3
Diarrea	3	5
Síncope	1	1,6
Hematemesis	48	80
Melena	20	33,3
Enfermedad preexistente	31	51,6
Rectorragia	3	5
Signos		
Choque	14	23,3
Taquicardia	15	25
Llenado capilar prolongado	5	8,3
Reanimación con líquidos		
Hemotransfusión	16	26,6
Carga de cristaloides	8	13,3
Transfusión de otros productos	5	8,3
Puntuación de Sheffield		
≥ 8 puntos	19	31,6
< 8 puntos	41	68,4

Hb, hemoglobina; STDA, sangrado del tubo digestivo alto.

Conclusiones: La presencia de hematemesis fue la manifestación principal. Los pacientes con una puntuación de Sheffield ≥ 8 mostraron tendencia a una mayor gravedad clínica. Las vrices esofágicas/gástricas y las úlceras gástricas fueron los hallazgos endoscópicos predominantes. El uso de inhibidores de la bomba de protones, antiácidos y fármacos antiepilépticos fue común en esta población.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para la elaboración de este estudio.

Dom146

RESPUESTA CLÍNICA DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON GASTROPARESIA A LA APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA INTRAPILÓRICA

J. Achon-Girala, S. A. Trauernicht-Mendieta, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La gastroparesia pediátrica es un trastorno de vaciamiento gástrico retardado sin obstrucción mecánica que afecta el crecimiento y la calidad de vida infantil. Sus síntomas incluyen náusea, vómito, saciedad temprana y dolor abdominal. El tratamiento es todavía un reto, con opciones limitadas y poco estandarizadas. La toxina botulínica tipo A ha emergido como una alternativa terapéutica prometedora, al relajar el esfínter pilórico y mejorar el vaciamiento gástrico. Sin embargo, la evidencia en niños es aún escasa. Este estudio busca describir la evolución clínica de pacientes pediátricos tratados con toxina botulínica y aportar información útil para futuras decisiones terapéuticas.

Objetivo: Describir la respuesta clínica a la toxina botulínica en pacientes pediátricos con diagnóstico de gastroparesia atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, además de las características demográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de gastroparesia. Identificar los síntomas predominantes antes y después del tratamiento con toxina botulínica. Evaluar la evolución clínica de los pacientes tras la aplicación de toxina botulínica y determinar la frecuencia de efectos adversos relacionados con la aplicación de la toxina botulínica.

Material y métodos: Este estudio observacional, longitudinal y retrospectivo incluyó a pacientes pediátricos con diagnóstico confirmado de gastroparesia atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez entre 2018 y 2023, quienes recibieron toxina botulínica por vía endoscópica. Se seleccionó a los menores de 18 años con diagnóstico clínico y gammagrama compatible. Se excluyeron los expedientes incompletos o con aplicación de toxina por otras indicaciones. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, procedimientos y evolución posterior en una base Excel. Se realizó análisis descriptivo y comparativo mediante las pruebas de McNemar y t de Student para muestras relacionadas, con uso del programa SPSS versión 28.0.1.1.

Resultados: En este estudio se evaluó a un grupo de 11 pacientes pediátricos con diagnóstico de gastroparesia, con una edad promedio de 10,8 años y predominio del sexo masculino (63,6%). Clínicamente, el síntoma más frecuente fue la saciedad temprana (81,8%), seguida de náusea, vómito, dolor abdominal y distensión. Tras la aplicación de toxina botulínica intrapilórica se observó una mejoría clínica significativa: la saciedad temprana mejoró en el 54,5%, se resolvió en el 18,2% y persistió sólo en el 27,3%, con significancia estadística. La náusea remitió o mejoró en el 91% de los casos; el vómito se resolvió en el 81,8%; el dolor abdominal también mostró mejoría relevante; y la distensión abdominal, aunque menos frecuente inicialmente, desapareció por completo en todos los casos. Fue estadísticamente significativa la mejoría de los casos de náusea ($p = 0,015$), vómito ($p = 0,015$) y dolor abdominal ($p = 0,030$) (Tabla 1). En cuanto al estado nutricional, antes del tratamiento, la mayoría de los pacientes tenía desnutrición. Tras la intervención, el porcentaje de eutrofia aumentó a 54,5% y los casos de desnutrición grave descendieron a 18,2%. Aunque los Z scores de IMC y talla mostraron mejoría, no fueron significativos. Los resultados respaldan la toxina botulínica como opción terapéutica segura y promisoría en la gastroparesia pediátrica.

Conclusiones: La aplicación intrapilórica de toxina botulínica tipo A en niños con gastroparesia mostró una respuesta clínica favorable, evidenciada por una reducción significativa de la frecuencia e intensidad de síntomas gastrointestinales, en particular náusea, vómito y dolor abdominal. Estos hallazgos sustentan su utilidad terapéutica como una alternativa de mínima invasión en casos seleccionados.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Tabla 1. Efecto del tratamiento con toxina botulínica tipo A en los síntomas de pacientes pediátricos con gastroparesia. (Dom146)

Síntoma	Previo (%)	Posterior (%)	Valor de p
Saciedad temprana	81,8%	27,3%	0,070
Náusea	72,7%	9,1%	0,015
Vómito	63,6%	0%	0,015
Dolor abdominal	63,6%	9,1%	0,030
Distensión abdominal	18,2%	0%	0,50

Dom147

ANÁLISIS DE LAS INDICACIONES CLÍNICAS DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

D. Parada-Gutiérrez, C. Maldonado-Rivera, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos

Introducción: Los inhibidores de la bomba de protones (IBP), como el omeprazol, se indican por lo general como parte de la atención médica de todo paciente hospitalizado. Sus indicaciones están bien establecidas en la *North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (NASPGHAN) y la *European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN) para el control de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, dispepsia funcional y efectos vinculados con la quimioterapia, profilaxis del sangrado con fármacos antiinflamatorios no esteroideos, o como parte de estrategias empíricas. Analizar su uso permite no sólo entender los patrones actuales, sino también identificar áreas de mejora que favorezcan la prescripción basada en evidencias.

Objetivo: Describir la frecuencia de uso y las indicaciones clínicas de los IBP en pacientes pediátricos hospitalizados, así como determinar el grado de concordancia con artículos médicos, así como guías de práctica clínica nacional e internacional, como la *American Gastroenterological Association*.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron 361 hospitalizaciones pediátricas registradas entre mayo de 2023 y mayo de 2024 en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad. La recolección de datos se realizó mediante revisión de expedientes electrónicos institucionales (SIAH) y se analizaron el uso de IBP, el diagnóstico de cada paciente, la indicación médica y los días de administración con la finalidad de identificar las indicaciones documentadas y su relación con la línea médica. Se aplicó estadística descriptiva para el análisis de frecuencias y proporciones.

Resultados: Del total de hospitalizaciones, el 64,54% de los pacientes recibió algún inhibidor de la bomba de protones, el omeprazol el más prescrito. De estas indicaciones, el 38,2% se alineó con criterios clínicos reconocidos, como reflujo gastroesofágico, esofagitis erosiva, gastritis, dispepsia, uso concomitante de antiinflamatorios no esteroideos o prevención de efectos gástricos relacionados con la quimioterapia. El 61,8% restante de los casos correspondió a decisiones clínicas no validadas por un diagnóstico documentado, pero se vincularon con consideraciones profilácticas. No se registraron efectos adversos gastrointestinales ni alteraciones electrolíticas atribuibles al uso de estos fármacos durante el periodo de estudio.

Conclusiones: El análisis permite observar que, en un porcentaje considerable de las hospitalizaciones, se administró el IBP, se observó una relación con la prescripción clínica o profiláctica, y se identificó un margen amplio de mejora en términos de documentación diagnóstica y alineación con guías clínicas. Estos hallazgos no pretenden cuestionar la práctica médica, sino contribuir al fortalecimiento de una estrategia institucional de uso racional de medicamentos. Este estudio puede ser útil para futuras estrategias de actualización clínica, protocolos internos y proyectos de mejora continua en beneficio de los pacientes pediátricos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom148

DATOS CLÍNICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN EL NUEVO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA DE JUNIO DE 2022 A JUNIO DE 2024: ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO

J. A. Romano-Velazco, L. E. Flores-Fong, E. V. Estrada-Arce, K. N. Herrera-González, L. I. Mondragón-González, E. M. Mendoza-Osorio, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* en pediatría muestra diferencias importantes respecto de los adultos, por ejemplo en su presentación clínica, diagnóstico y tratamiento. Las guías recientes de la ESPGHAN y la NASPGHAN señalan que el objetivo principal de la investigación clínica de los síntomas gastrointestinales es determinar la causa subyacente de los síntomas y no tan sólo demostrar la presencia de infección por *H. pylori* que, en caso de encontrarse, el tratamiento debe iniciarse y la erradicación confirmarse. Entre los factores de riesgos descritos en las publicaciones médica figuran el aspecto social y el contexto geográfico en los países en desarrollo; la prevalencia puede alcanzar un 30%, en contraste con los países desarrollados en los que puede ser de 12%. Acorde a los diferentes estudios, la transmisión ocurre de persona a persona por vía oral-oral y fecal-oral; el hacinamiento y el nivel socioeconómico bajo son factores para perpetuar la infección debido a la convivencia estrecha de los familiares.

Objetivo: Describir las características clínicas y sociodemográficas de pacientes pediátricos con diagnóstico positivo a *Helicobacter pylori* atendidos en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara de junio de 2022 a junio de 2024.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de tipo cohorte que incluyó a 18 pacientes con biopsia positiva a *H. pylori* por endoscopia; ésta fue positiva por presencia del microorganismo y se evaluó en el servicio de anatomía patológica del hospital.

Resultados: Se identificó a 18 pacientes con *H. pylori*, en los cuales no hubo diferencia genérica; con respecto al grupo etario, el 22,2% correspondió a preescolares, el 44,4% a escolares y el 33,3% a adolescentes. En la presentación clínica, el dolor abdominal crónico (44,4%) y el sangrado del tubo digestivo alto (33,3%) fueron la presentación clínica más común. El nivel socioeconómico bajo (61,1%) prevaleció en la mayoría de los pacientes y, con respecto a su escolaridad, se identificó que la mayoría de los padres tenía secundaria completa, la madre con 44,4% y el padre con 61,1%; otro factor de riesgo, cuya importancia se ha demostrado, es el hacinamiento que resultó positivo en un 72,2% y negativo en 27,7%, lo que lleva sospechar su vinculación con la infección de *Helicobacter pylori*.

Conclusiones: Este estudio descriptivo permitió caracterizar el perfil clínico y sociodemográfico de una cohorte de pacientes pediátricos con diagnóstico positivo a *Helicobacter pylori* atendidos en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara. Se observó una distribución relativamente homogénea entre los grupos etarios y por sexo, con predominancia de los síntomas gastrointestinales como dolor abdominal crónico y STDA. Asimismo, se identificó una elevada proporción de pacientes provenientes de contextos socioeconómicos bajos, con condiciones de hacinamiento y baja escolaridad de los padres, lo cual sugiere posibles factores relacionados con el riesgo de infección. Aunque no se realizó un análisis inferencial, los hallazgos aportan una base útil para futuras investigaciones analíticas y refuerzan la importancia del abordaje integral en poblaciones pediátricas vulnerables.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 17 de noviembre de 2025

Neurogastroenterología III

Lun149

ESTUDIO EXPLORATORIO DE LOS PARÁMETROS MANOMÉTRICOS DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA ENTRE LAS HERNIAS POR DESLIZAMIENTO Y PARAESOFÁGICAS

C. I. Zubía-Nevárez, M. Herrera-Sato, D. I. Carmona-Guerrero, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La unión esofagagástrica (UEG) es una estructura de barrera compleja que incluye el esfínter esofágico inferior (EEI) y la crura diafragmática (CD). La manometría esofágica de alta resolución (ME-AR) evalúa algunos componentes de este complejo como a) la presión de relajación integrada (IRP), b) el punto de inversión respiratoria (PIR), c) la presión en reposo del EEI, d) el tipo de separación del EEI y CD, y en los últimos años, e) la integral contráctil de la UEG (IC-UEG). Este último parámetro no se ha integrado en la práctica clínica debido a discrepancias en el método de medición y punto de corte para discernir los casos con mayor riesgo de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Objetivo: Explorar los parámetros manométricos de la UEG en pacientes diagnosticados por endoscopia con hernia hiatal (HH) por deslizamiento (tipo 1) y paraesofágica (tipo 2-4).

Material y métodos: Estudio exploratorio y transversal. Se incluyó a pacientes que contaran con ME-AR diagnosticados con hernia hiatal en el periodo del año 2017 hasta el 2025, en un centro de tercer nivel. Se incluyeron variables sociodemográficas y parámetros manométricos: presión en reposo del EEI, PIR, IRP-EEI, IRP-CD, IC-UEG ajustada a presión gástrica, IC-UEG-EEI, IC-UEG-CD, presión intrabolo (PIB) y presión transhernia. Se compararon con tipo de hernia, tiempo de exposición al ácido (TEA), entre otros. Se definieron variables con pruebas de normalidad, frecuencias mediante medianas y rango intercuartílico (RIC). Para el análisis estadístico se usaron las pruebas de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney para variables no paramétricas. Se empleó la curva ROC para definir puntos de corte UEG-IC.

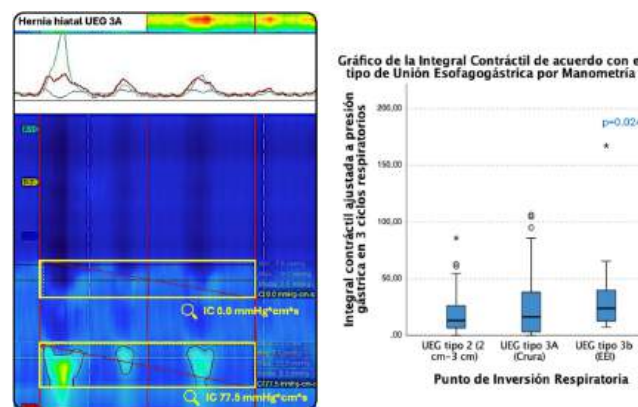
Resultados: De 505 estudios de ME-AR realizados con UEG tipos 2 y 3 se analizaron 126 estudios que cumplían con una UEG tipos 2 y 3 con visualización clara del EEI y la CD. El sexo femenino fue el más frecuente con 67,5%. La mediana de edad fue de 60 (48-68) años. La indicación más común fueron los síntomas típicos de ERGE (78,6%), seguidos de disfagia (16,7%). La HH

tipo 1 se diagnosticó en 105 casos (83,3%), la HH tipo 3 en 20 (15,9%), un caso de HH tipo 2 y no se registraron casos de HH tipo 4. Cerca de la mitad de los pacientes tenía una endoscopia normal. Hasta 81 casos contaban con una pH-metría basal. La motilidad esofágica normal y la motilidad esofágica inefectiva fueron los hallazgos manométricos predominantes con 80% y 16%, respectivamente. La mediana del TEA con una IC-UEG < 11,9 mmHg*cm*s fue de 27,62 (16,9-42,67) comparada con 3,48 (0,68-6,90) en pacientes con IC-UEG > 11,9 mmHg*cm*s, $p = 0,012$. La disminución del IRP-EEI se relacionó con un TEA > 6%, $p = 0,018$. En la **Figura 1** se observan las diferencias entre los subtipos de UEG y la IC-UEG.

Conclusiones: Los parámetros por ME-AR son herramientas útiles que complementan el abordaje de las HH. Las mediciones menores de la IC-UEG se vinculan con TEA mayores. Por otro lado, no se encontró relación entre el tipo de hernia por endoscopia y el TEA. Este estudio destaca la utilidad de diferenciar mediciones en el complejo de la UEG (EEI y CD) para comprender los diferentes mecanismos de barrera en los distintos tipos de HH.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Ejemplo de medición de la integral contráctil (IC) del esfínter esofágico inferior y la crura (ajustado a tres ciclos respiratorios) y relación de la IC con el tipo de unión esofagagástrica por punto de inversión respiratoria. (Lun149)



Lun150

EL PAPEL MODULADOR DE LA RESILIENCIA EN LA RELACIÓN ENTRE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS DE LA INFANCIA Y EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

S. A. Reyes-Díaz, B. A. Priego-Parra, E. L. Núñez-Jiménez, H. R. Ordaz-Álvarez, C. Meneses-Ramírez, C. L. Dorantes-Nava, F. Higuera-De-la-Tijera, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Las experiencias adversas en la infancia (ACE) se relacionan con el síndrome de intestino irritable (SII). La resiliencia se define como la capacidad del individuo para adaptarse positivamente y recuperarse frente a sucesos adversos. En diversas poblaciones se ha señalado que la resiliencia actúa como un factor protector que mitiga los síntomas del SII.

Objetivo: Evaluar la forma en que la resiliencia modula la relación entre las ACE y el SII.

Material y métodos: Estudio transversal y analítico en el que se incluyó a individuos con diagnóstico de SII y CS en el Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana entre agosto de 2024 y abril de 2025. Los participantes respondieron la Escala de gravedad de síntomas de SII (IBS-SSS), la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), la Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) y el Cuestionario de experiencias adversas en la infancia (ACE). Las variables numéricas se describieron con medidas de tendencia central, y las categóricas con frecuencias y porcentajes. Se evaluó la normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la homogeneidad de varianzas con la prueba de Levene. Para las comparaciones entre grupos se usaron la prueba t de Student o Wilcoxon, y ANOVA o Kruskal-Wallis para comparaciones múltiples. Las variables categóricas se analizaron con ji cuadrada o prueba exacta de Fisher. Las correlaciones se evaluaron mediante los coeficientes de Pearson o Spearman. Se construyeron modelos de regresión logística binaria multivariada ajustados por variables clínicas, sociodemográficas y psicológicas. La muestra se estratificó de acuerdo con el nivel de resiliencia (resiliencia baja/resiliencia alta), y se calcularon *odds ratios* (OR) e intervalos de confianza al 95% en modelos independientes por subgrupo. El análisis se realizó en R Studio 4.4.3, con $p < 0,05$ como criterio de significancia.

Resultados: Se incluyó a 348 individuos (mediana de edad de 33 años, 64,1% de hombres), de los cuales 18,1% tenía SII. El grupo con SII presentó

ansiedad ($p < 0,000$), depresión ($p < 0,000$), gravedad de síntomas ($p < 0,0001$) y número de experiencias adversas ($p = 0,018$) en comparación con los CS, sin diferencias en la puntuación de resiliencia. Al comparar por sexos, las mujeres con SII tuvieron mayores grados de ansiedad ($p < 0,0001$), gravedad de los síntomas ($p = 0,01$) y experiencias adversas de la infancia ($p = 0,006$) en comparación con sus contrapartes. Tener más de 4 ACE se relacionó con SII (OR, 2,4; IC95%, 1,1-5,1; $p = 0,020$). Al estratificar por grado de resiliencia, la relación entre tener más de 4 ACE y SII fue significativa únicamente en el grupo con baja resiliencia (OR, 3,19; IC95%, 1,02-9,67; $p = 0,041$) (Figura 1). Ciertas categorías específicas de ACE se relacionaron de forma negativa con subescalas de resiliencia.

Conclusiones: La resiliencia modula la relación entre las ACE y el riesgo de desarrollar SII y actúa como un factor protector en individuos con alta resiliencia. Se recomienda integrar herramientas de evaluación de resiliencia en la práctica clínica, junto con intervenciones psicosociales para optimizar el tratamiento integral del SII y mejorar la calidad de vida de los individuos.

Financiamiento: Ninguno.

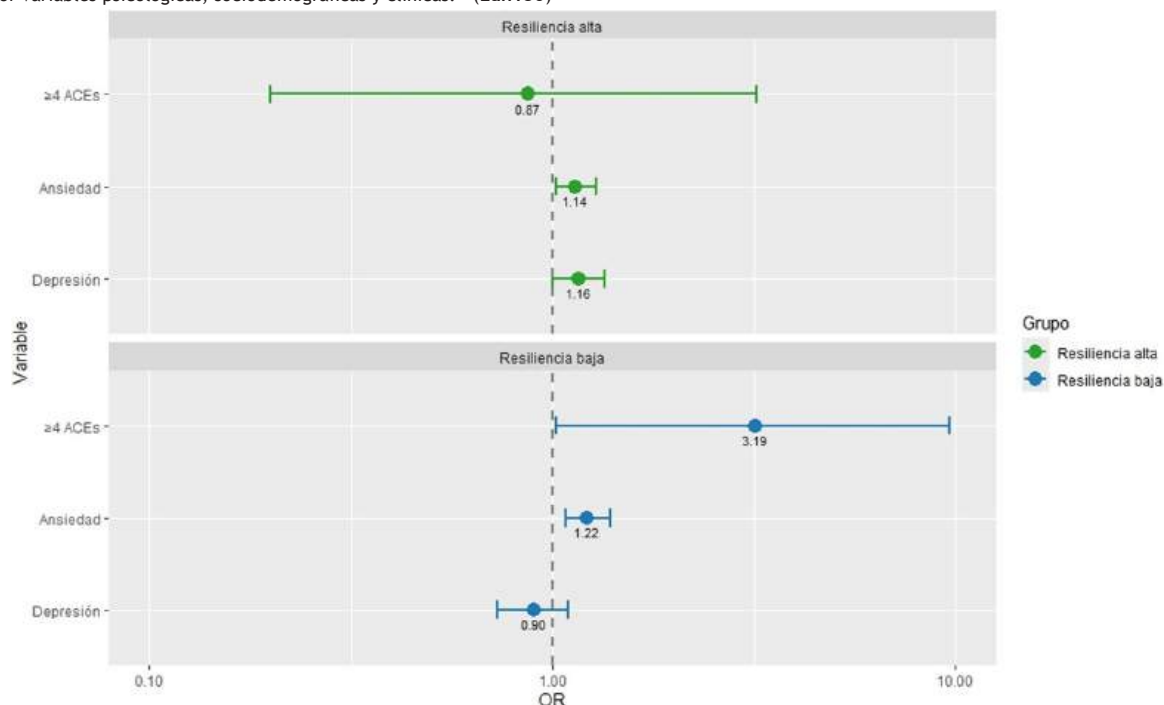
Lun151

EVALUACIÓN DE LA CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE EL REPORTE MÉDICO Y EL REPORTE DIGITAL DE SMART BREATH® EN PRUEBAS DE ALIENTO DE SIBO E IMO

J. L. Vargas-Basurto, N. B. Noriega-García, M. Suárez-Fernández, H. R. Ordaz-Álvarez, S. Navar, L. Steniberg, L. Pereyra, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) y el sobrecrecimiento metanógeno intestinal (IMO) son tópicos emergentes en la gastroenterología que requieren pruebas de aliento (PA) para su diagnóstico. Sin embargo, la interpretación y la elaboración de informes pueden resultar laboriosos, demandar tiempo y estar sujetas a errores humanos. Se ha propuesto el uso de herramientas digitales como una alternativa rápida y eficaz que podría facilitar la interpretación y la redacción de los informes.

Figura 1. Relaciones entre niveles de resiliencia y experiencias adversas de la infancia. Se aplicaron modelos de regresión logística binaria multivariada y se ajustó por variables psicológicas, sociodemográficas y clínicas. (Lun150)



> 4 ACE, más de cuatro experiencias adversas de la infancia.

Objetivo: Evaluar la concordancia diagnóstica entre el informe médico y el informe de una nueva herramienta digital de la prueba de aliento utilizada en el diagnóstico de SIBO e IMO.

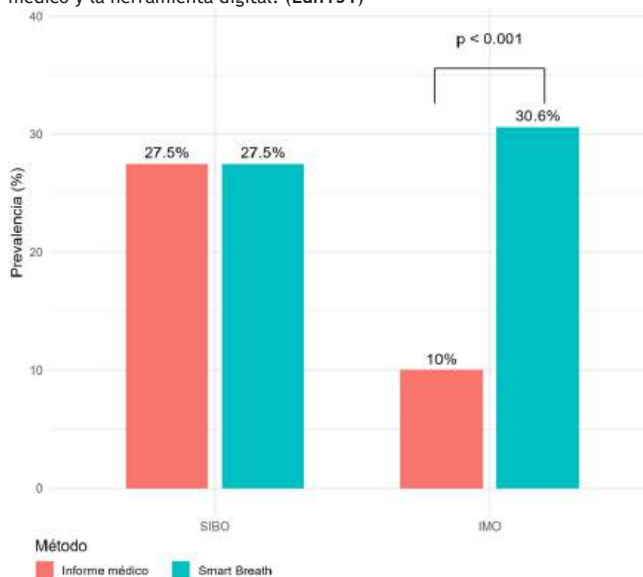
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico en 40 sujetos asintomáticos que acudieron a la realización de las PA para un estudio de reproducibilidad de éstas en el Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, durante el periodo de enero de 2023 a mayo de 2024. A cada individuo se les realizó de forma basal PA con glucosa y lactulosa (de acuerdo con ACG) en días separados y esta evaluación se repitió 15 días después. Se evaluó la concordancia diagnóstica entre los informes de la herramienta digital Smart Breath® (Digital Means, Argentina) y los emitidos por un gastroenterólogo experto. Smart Breath® se basa en las guías del ACG y se consideró diagnóstico de SIBO si se observaba un aumento de $H_2 \geq 20$ ppm sobre el basal en cualquier momento durante los primeros 90 minutos, y diagnóstico de IMO si el metano era ≥ 10 ppm en cualquier momento en el mismo intervalo. Los criterios aplicados en este centro son equivalentes para SIBO; para IMO se define como metano ≥ 10 ppm sobre el basal en cualquier momento durante el mismo intervalo. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes. La concordancia se analizó mediante el coeficiente kappa de Cohen. La comparación de proporciones se realizó con la prueba ji cuadrada; para las correlaciones se utilizó el instrumento de Spearman. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se efectuó con SPSS V. 26

Resultados: Se incluyó a 40 sujetos, de los cuales el 55% correspondió a mujeres, con una mediana de edad de 29 años (intervalo, 21-35) y un IMC promedio de $24,4 \pm 2,9$ kg/m². Se analizó un total de 160 PA, de las cuales 50% se realizó con glucosa y el 50% con lactulosa. Se evaluó la concordancia diagnóstica para SIBO entre el informe médico y la aplicación digital, con un valor de kappa de 1,0 ($p \leq 0,001$), y para IMO con una kappa de 0,402 ($p \leq 0,001$). La prevalencia de SIBO fue de 27,5% para ambos métodos. La prevalencia de IMO fue menor en el informe médico en comparación con la herramienta digital (10% vs. 30,6% $p \leq 0,001$) (Figura 1). Se observó una correlación moderada ($r = 0,502$, $p \leq 0,0001$), entre el resultado de IMO mediante informe médico y el de *Smart breath*. La herramienta digital permitió la emisión inmediata del informe al finalizar la prueba, en contraste con el método convencional, que requiere aproximadamente nueve minutos

Conclusiones: Estos hallazgos respaldan la adopción de Smart Breath® como apoyo sistemático en el diagnóstico de SIBO y con criterios cuidadosamente armonizados. Su implementación puede optimizar flujos de trabajo, reducir errores y estandarizar los informes. Se observó una mayor prevalencia de IMO al aplicar los criterios de la ACG, posiblemente por la presencia de individuos con metano basal (hasta el 30% de la población asintomática es metanógeno). Esto podría llevar a sobreestimar el diagnóstico en individuos productores de metano asintomáticos. Una conclusión secundaria es la necesidad de replantear la definición de IMO.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Comparación de la prevalencia de SIBO e IMO entre el informe médico y la herramienta digital. (Lun151)



Lun152

EVALUACIÓN DEL PUNTAJE DE MILÁN Y DEL GRADO DE MOTILIDAD INEFECTIVA COMO PREDICTORES DE EXPOSICIÓN ÁCIDA ANORMAL

M. Herrera-Sato, C. I. Zubía-Nevárez, D. I. Carmona-Guerrero, S. Olivos-Castillo, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La manometría esofágica de alta resolución ha permitido identificar alteraciones que contribuyen a la fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), como la motilidad esofágica inefectiva (MEI) y la disfunción de la unión esofagagástrica (UEG). A partir de estos hallazgos se desarrolló la puntuación de Milán como una herramienta de apoyo para predecir ERGE por un tiempo de exposición al ácido (TEA) $> 6\%$ y alcanzar áreas bajo la curva (AUC) entre 0,83 y 0,86. La MEI que toma en cuenta la puntuación de Milán es dicotómica (presencia o ausencia), sin evaluar su gravedad.

Objetivo: Evaluar el rendimiento diagnóstico de la puntuación de Milán para predecir una exposición patológica al ácido y su relación con el grado de ondas inefectivas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, exploratorio y observacional. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años con síntomas indicativos de ERGE con manometría esofágica de alta resolución con maniobra de elevación de pierna recta y pH-metría de 24 horas entre julio de 2024 y junio de 2025. Se excluyó a los pacientes con cirugía esofágica, esclerodermia o trastornos de tipo acalasia. Se calculó la puntuación de Milán a partir de la IC-UEG, morfología de la UEG y respuesta a la maniobra. Los grados de MEI se clasificaron en 70, 80, 90 y 100%. Las variables cuantitativas se describieron como media $\pm$ DE o mediana (RIC), de acuerdo con su distribución; y las categóricas como frecuencias absolutas y porcentajes. Se usaron las pruebas de Shapiro-Wilk, U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, exacta de Fisher y correlación de Spearman. Se construyó una curva ROC para evaluar la capacidad diferenciadora de la puntuación.

Resultados: Se analizó a 39 pacientes, 69,2% de ellos mujeres. La UEG más frecuente fue la de tipo II (48,7%). La motilidad esofágica fue inefectiva en el 33,3% y el 38,5% tuvo TEA $> 6\%$. El 84,6% realizó adecuadamente la maniobra. Los grupos de ondas inefectivas fueron: $< 70\%$ ($n = 24$), 70% ($n = 2$), 80% ($n = 4$), 90% ($n = 4$), 100% ($n = 5$). De los 15 pacientes con TEA $> 6\%$, la puntuación de Milán identificó correctamente sólo a siete. No hubo diferencias significativas en la mediana de la puntuación entre grupos ($p = 0,558$) ni correlación con TEA ($p = 0,556$). El AUC fue de 0,558 (IC95%, 0,378-0,739; $p = 0,544$), lo que indica pobre capacidad diferenciadora. La MEI fue más frecuente en pacientes con TEA $> 6\%$ (53,3% vs. 20,8%), pero sin significancia estadística ($p = 0,089$). Las ondas peristálticas inefectivas del 100% tuvieron TEA $> 6\%$ (20% vs. 0) en todos los casos ($p = 0,023$; Tabla 1). No hubo diferencias significativas en el TEA entre los distintos grados de MEI ($H = 6,294$; $gl = 4$; $p = 0,178$).

Conclusiones: La puntuación de Milán no demostró utilidad para diferenciar a pacientes con exposición patológica al ácido. Aunque hubo relación entre ondas peristálticas inefectivas del 100% y TEA $> 6\%$, debe interpretarse con cautela por el tamaño muestral y la baja sensibilidad del modelo. Se requieren estudios con mayor tamaño de muestra para confirmar estos hallazgos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun153

VALIDACIÓN DEL PUNTAJE DE LYON EN UNA COHORTE MEXICANA: UNA HERRAMIENTA PARA EVALUAR LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN LA ERGE

R. A. Jiménez-Castillo, F. A. Félix-Téllez, K. D. González-Gómez, M. Suárez-Fernández, J. L. Vargas-Basurto, Z. P. Álvarez-Tiburcio, C. P. Gyawali, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La definición y el enfoque diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) han evolucionado en la última década, principalmente a través del primer consenso de Lyon. En fecha reciente, Gyawali

Tabla 1. Parámetros manométricos de la puntuación de Milán y grados de MEI comparados con el tiempo de exposición al ácido. (Lun152)

Medición		TEA > 6% (n = 15)	TEA < 6% (n = 24)	Valor de p
Puntuación de Milán	Mediana (RIC)	128,2 (91,8-185,4)	107,40 (74,25-185,35)	p = 0,558
Delta de EPR		9,6 (1,61-21,27)	8 (0-31,4)	p=0.943
IC-UEG	Media ± DE	45,68 ± 28,09	40,77 ± 26,24	p = 0,618
Tipo UEG:				p = 0,762
Tipo I		5 (33,3)	6 (25)	
Tipo II		6 (40)	13 (54,2)	
Tipo III		4 (26,7)	5 (20,8)	
Riesgo Milán:	N (%)			p = 0,617
Extremadamente improbable		0	0	
Muy improbable		4 (26,7)	10 (71,4)	
Improbable		4 (26,7)	3 (12,5)	
Probable		2 (13,3)	2 (8,3)	
Muy probable		5 (33,3)	9 (37,5)	
Extremadamente probable		0	0	
Delta de EPR > 11 mmHg		7 (46,7)	11 (45,8)	p = 1
Motilidad esofágica:				p = 0,089
Normal		7 (46,7)	17 (70,8)	
MEI		8 (53,3)	5 (20,8)	
Contractilidad ausente		0	2 (8,3%)	
Grados de MEI:				
> 70%		2 (13,3)	0	p = 0,142
> 80%		3 (20)	1 (4,2)	p = 0,279
> 90%		0	4 (16,7)	p = 0,146
100%		3 (20%)	0	p = 0,023
Predicción de TEA > 6% con Milán		AUC 0,558 (IC95%: 0,378-0,739)		p = 0,544

EPR, elevación de pierna recta; IC-UEG, integral contráctil de la unión esofagogastrica; MEI, motilidad esofágica inefectiva; TEA, tiempo de exposición al ácido.

et al. propusieron la puntuación de Lyon para predecir la respuesta al tratamiento con base en parámetros esofágicos objetivos derivados del consenso de Lyon 2.0. Esta novedosa herramienta se validó en poblaciones europeas, asiáticas y estadounidenses; sin embargo, aún no se ha explorado su utilidad en pacientes mexicanos.

Objetivo: Documentar la efectividad de la puntuación de Lyon para predecir la respuesta al inhibidor de la bomba de protones (IBP) en una cohorte mexicana con pirosis o regurgitación evaluada de acuerdo con el consenso de Lyon 2.0 y comparar su efectividad frente a la puntuación de DeMeester y el cuestionario GERD-Q.

Material y métodos: Se recopiló la información de pacientes con síntomas de pirosis o regurgitación que acudieron al Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana durante el periodo comprendido entre los años 2019 y 2025. El abordaje diagnóstico se llevó a cabo de acuerdo con el consenso de Lyon 2.0 mediante endoscopia superior, manometría esofágica de alta resolución (HRM) y vigilancia de pH-impedancia (pH-MII) de 24 horas (≥ 7 días sin IBP). Para calcular la puntuación de Lyon se incluyeron las siguientes variables: presencia o ausencia de esofagitis durante la endoscopia (clasificación de Los Ángeles), tiempo de exposición al ácido (TEA), número de episodios de reflujo, impedancia basal nocturna media (MNBI), probabilidad de relación de síntomas (SAP) e índice de síntomas (SI) mediante pH-MII de 24 horas y la presencia o ausencia de hernia hiatal en la HRM. La puntuación de Lyon osciló entre 0 y 18,5 puntos. La respuesta sintomática al tratamiento antisecretores se evaluó mediante una pregunta subjetiva en la que se preguntaba a los pacientes si habían experimentado una mejoría $\geq 50\%$ tras ocho semanas de inicio del tratamiento. Para evaluar el rendimiento predictivo de la puntuación de Lyon, la puntuación de DeMeester y el cuestionario GERD-Q a la respuesta al tratamiento antisecretores se realizó un análisis de la curva característica operativa del receptor (ROC). Se compararon las áreas bajo la curva (AUC) mediante la prueba de DeLong.

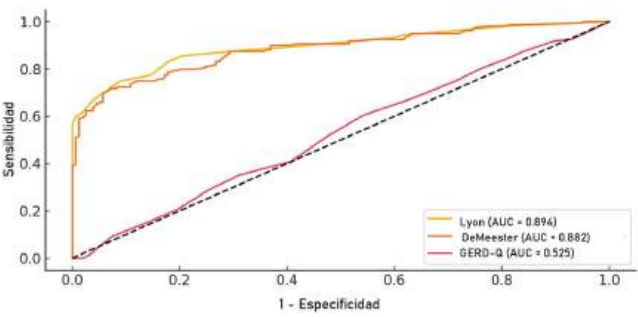
Resultados: Se analizó a un total de 316 pacientes, el promedio de edad fue de 50,4 años y 213 (67,4%) fueron mujeres. De la totalidad de la cohorte, 159 (50,4%) pacientes respondieron a IBP y el resto no lo hizo. Tras el análisis

de curva ROC se obtuvieron los puntos de corte con mayor rendimiento en la predicción de respuesta a IBP. El punto de corte de la puntuación de Lyon fue de 6,0 (AUC, 0,89; sensibilidad, 0,74; especificidad, 0,91), la puntuación de DeMeester tuvo un punto de corte de 10,9 (AUC, 0,88; sensibilidad, 0,71; especificidad, 0,93) y la puntuación de GERD-Q tuvo un umbral de 8,0 puntos (AUC, 0,53; sensibilidad, 0,60; especificidad, 0,45). Al comparar el AUC no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación de Lyon y la puntuación de DeMeester. Sin embargo, ambas puntuaciones fueron significativamente superiores en comparación con la puntuación de GERD-Q (Figura 1).

Conclusiones: La puntuación de Lyon demostró ser un buen predictor de la respuesta al tratamiento antisecretores en esta cohorte mexicana, con un rendimiento comparable al de la puntuación de DeMeester y superior al cuestionario GERD-Q.

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno.

Figura 1. Comparación de la curva ROC del cuestionario GERD-Q, la puntuación de DeMeester y la puntuación de Lyon para predecir la respuesta al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. (Lun153)





REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 17 de noviembre de 2025

Esófago

Lun154

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA IMPEDANCIA BASAL MEDIA NOCTURNA EN LA ZONA GRIS DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

J. I. Mazadiego-Cid, E. A. San Vicente-Parada, R. C. Guerrero-Barrera, R. Zapata-Arenas, A. Díaz-García, R. Vázquez-Pérez, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

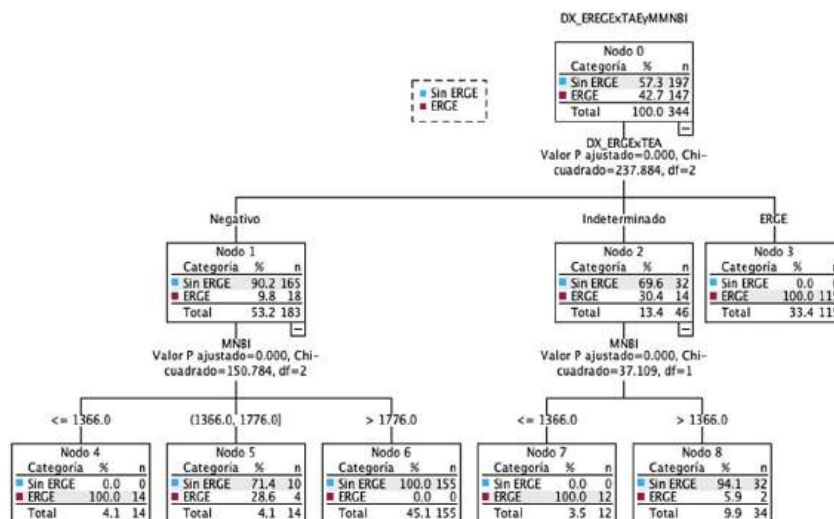
Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) muestra dificultades diagnósticas en pacientes con tiempo de exposición al ácido (TEA) entre 4% y 6%, un intervalo conocido como “zona gris”. La impedancia basal media nocturna (MNBI) se ha propuesto como herramienta auxiliar para mejorar la precisión diagnóstica en estos casos.

Figura 1. Árbol de decisión generado por el algoritmo *Exhaustive CHAID* para la clasificación diagnóstica de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) basado en la combinación de los parámetros tiempo de exposición al ácido (TEA) e impedancia basal nocturna media (MNBI). El nodo inicial (nodo 0) representa la distribución global de la cohorte (n = 344), con una prevalencia de ERGE del 42,7% y de no ERGE del 57,3%. A partir de este nodo, el primer nivel de ramificación clasifica a los pacientes en tres grupos según el TEA: diagnóstico positivo de ERGE (TEA > 6%, nodo 3), indeterminado (TEA 4-6%, nodo 2) y negativo (TEA < 4%, nodo 1). Dentro de los nodos “indeterminado” y “negativo” se aplica una segunda división de acuerdo con el valor del MNBI, lo que genera puntos de corte en $\leq 1366 \Omega$, entre 1366 y 1776 Ω , y $> 1776 \Omega$. Cada caja del árbol muestra la proporción (%) y el número absoluto (n) de sujetos con y sin diagnóstico de ERGE. El color azul representa la categoría “Sin ERGE”, mientras que el color rojo representa “ERGE”. Los porcentajes indican la distribución relativa dentro de cada subdivisión, calculadas mediante la prueba ji cuadrada. Se observa que todos los pacientes con MNBI $\leq 1366 \Omega$ en el grupo indeterminado y negativo se reclasificaron como ERGE (100 % de probabilidad diagnóstica). (Lun154)

Objetivo: Evaluar la utilidad de la MNBI para diferenciar a pacientes con ERGE y TEA en “zona gris” en el contexto de la ERGE.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico en 344 pacientes con pH-impedancia ambulatoria. Se aplicó un modelo de árbol de decisión (algoritmo *Exhaustive CHAID*) para identificar puntos de corte diagnósticos de MNBI. Se emplearon las pruebas ji cuadrada y coeficiente kappa para evaluar la relación y concordancia entre TEA y MNBI.

Resultados: El modelo de árbol de decisión basado en el algoritmo *Exhaustive CHAID* identificó a la MNBI como un factor clave para la reclasificación diagnóstica en pacientes con TEA en el área gris. Los resultados evidenciaron que un valor de MNBI $\leq 1366 \Omega$ se vinculó con una probabilidad del 100% de diagnóstico de ERGE, mientras que valores $> 1776 \Omega$ lo hicieron con ausencia total de la enfermedad. El modelo se encuentra en la **Figura 1**. La relación entre TEA y MNBI fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 144,951$, gl = 4; $p < 0,001$), lo cual valida el valor diferenciador de la MNBI en esta cohorte. No obstante, la concordancia entre ambas variables fue baja (índice kappa = -0,072; $p < 0,001$).



Conclusiones: EL MNBI aporta valor diagnóstico en pacientes con TEA en zona gris y permite una reclasificación más precisa. Este hallazgo apoya la incorporación de MNBI en algoritmos diagnósticos para pacientes con síntomas resistentes y TEA no concluyente. Estos hallazgos deben evaluarse mediante estudios prospectivos y multicéntricos adaptados a diferentes poblaciones para ajustar los puntos que se utilizan actualmente.

Financiamiento: Propio del equipo de investigación.

Lun155

LA MIOTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE HELLER CON PULL-DOWN MEJORA EL RESULTADO CLÍNICO DE LA ACALASIA SIGMOIDEA AVANZADA

G. Torres-Villalobos, N. M. Barrón-Cervantes, A. Stenner-Escalante, C. A. Morales-Herrera, E. Coss-Adame, M. A. Valdovinos-Díaz, L. R. Valdovinos-García, D. Aguilar-León, J. Furuzawa-Carballeda, Grupo Colaborativo: Estudio de la Acalasia, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La esofagectomía se ha considerado la primera opción para la acalasia sigmoidea avanzada (ASG; angulación esofágica $< 90^\circ$), mientras que la miotomía laparoscópica de Heller (MLH) tiene un bajo porcentaje de éxito. La técnica de MLH con pull-down (MLH-PD) se ha consolidado como un tratamiento de rescate promisorio y más eficaz para evitar la esofagectomía en los pacientes con acalasia ASG. Sin embargo, los resultados funcionales de la MLH-PD a largo plazo no son concluyentes.

Objetivo: Comparar los resultados de la acalasia ASG ($< 90^\circ$) en pacientes sometidos a la técnica MLH-PD con los de la acalasia no avanzada (naSg; $\geq 90^\circ$) tratados mediante MLH.

Material y métodos: Es un estudio ambispectivo realizado en una cohorte anidada del INCMNSZ, iniciada en 2014 y actualizada hasta junio de 2025 para la investigación clínica prospectiva sobre la acalasia (criterios de Chicago v4.0). Los criterios de exclusión incluyeron enfermedad de Chagas, estenosis esofágica, esclerodermia esofágica, cáncer gástrico o esofágico, estenosis péptica, otros trastornos de la motilidad esofágica, puntuación ASA de 4, hernia hiatal mayor de 5 cm, contraindicaciones para abordaje laparoscópico, pacientes

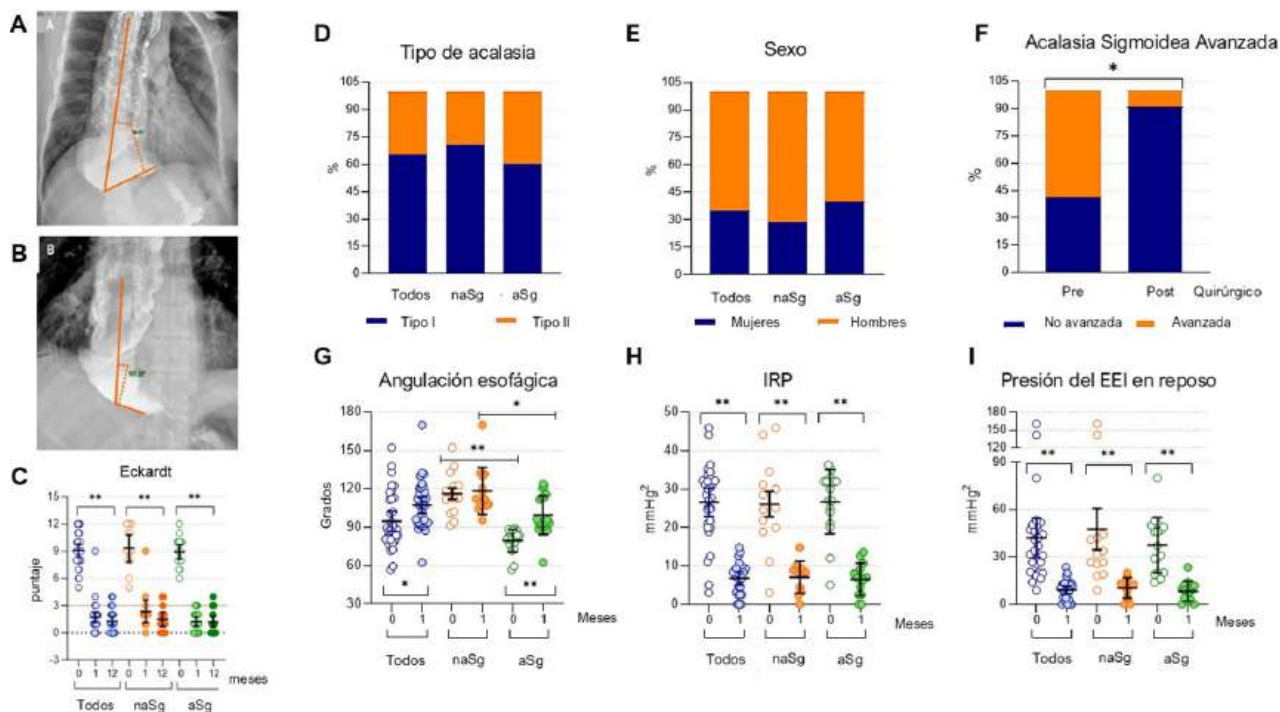
embarazadas o con enfermedad hematológica, cáncer activo, enfermedad renal o hepática grave, infección en curso, pacientes en tratamiento a base de ácido acetilsalicílico, anticoagulantes o tratamiento con esteroides, así como todos los pacientes que presentaron registros de historia clínica electrónica incompletos. Se evaluó a 34 pacientes adultos (45 ± 13 años) con acalasia y megaesófago (dilatación esofágica > 6 cm; sistema de clasificación japonés para la acalasia esofágica), divididos en dos grupos: (a) ASG ($n = 20$; 59%) tratados mediante la técnica de MLH-PD-funduplicatura parcial, y (b) naSg o recto ($n = 14$; 41%) tratados con MLH-funduplicatura. La angulación esofágica se midió al trazar una línea media paralela al eje esofágico y extenderla hasta el punto más bajo de la curvatura esofágica. Posteriormente se trazó una segunda línea desde este punto hasta el punto más alto de la curvatura esofágica. El ángulo formado por la intersección de éstas representa la angulación esofágica (Figura 1A,1B). Todos los pacientes se valoraron clínica y manométricamente antes y a los 1 y 12 meses posteriores a la cirugía. Los criterios de mejoría se centraron en lograr una angulación esofágica $\geq 90^\circ$ y una puntuación del cuestionario de Eckardt < 3 (Figura 1C).

Resultados: El 65% de los pacientes correspondió a hombres (Figura 1E) y tenía acalasia tipo I (Figura 1D). La angulación esofágica basal en los pacientes con ASG fue de $79,6 \pm 8,8^\circ$ y en naSg de $116,3 \pm 16,3^\circ$. Después de la cirugía, la angulación de los pacientes con ASG mejoró significativamente y alcanzó un promedio de $99,5 \pm 15,2^\circ$; 17/20 pacientes (85%) se reclasificaron como naSg (Figura 1F,1G). Las características de los tres pacientes con ASG que experimentaron fracaso a la intervención quirúrgica incluían ser varones, padecer acalasia tipo I, presentar mayor presión de relajación integrada y del esfínter esofágico inferior en la evaluación preoperatoria, tener una edad más avanzada y una duración de la enfermedad mayor en comparación con los casos de éxito (Figuras 1H y 1I). Asimismo, la puntuación de síntomas del cuestionario Eckardt al mes ($1,2 \pm 1,3$) disminuyó en grado significativo en comparación con la preoperatoria ($8,9 \pm 1,6$; Figura 1C).

Conclusiones: Estos hallazgos sugieren que la MLH-PD es un tratamiento eficaz para la ASG con una tasa de éxito del 85%. Si bien la técnica requiere un mayor tiempo quirúrgico, sus beneficios en cuanto a la corrección anatómica y al alivio sintomático justifican su uso en casos de ASG. Sin embargo, se necesitan más estudios con cohortes más amplias y seguimientos mayor de un año para confirmar estos resultados.

Financiamiento: Fondos departamentales.

Figura 1. (A) Determinación de la angulación esofágica preoperatoria, (B) angulación esofágica posoperatoria, (C) evaluación de síntomas mediante el cuestionario Eckardt, (D) tipos de acalasia en el subtipo no avanzado (naSg) y avanzado o sigmoideo (ASG), (E) sexo, (F) porcentaje de pacientes con acalasia sigmoidea avanzada antes y después de la cirugía, (G) grados de angulación esofágica en los pacientes con acalasia sigmoidea avanzada antes y después de la cirugía e (I) presión del esfínter esofágico inferior en reposo de los pacientes con acalasia sigmoidea avanzada antes y después de la cirugía. (Lun155)



Lun156

COMPARACIÓN DE LA MORFOLOGÍA DE LA UNIÓN ESOFAGO-GÁSTRICA EVALUADA POR ENDOSCOPIA Y MANOMETRÍA ESOFÁGICA DURANTE LA RESPIRACIÓN BASAL Y FORZADA

C. I. Zubía-Nevárez, M. Herrera-Sato, D. I. Carmona-Guerrero, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

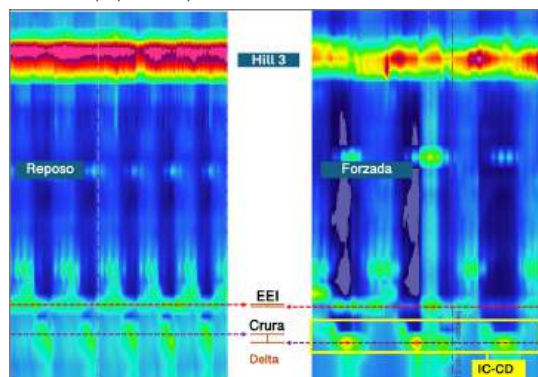
Introducción: La unión esofagogastrica (UEG) constituye la principal barrera anatómica y funcional que previene el reflujo gastroesofágico; algunos componentes que se evalúan en la UEG son el esfínter esofágico inferior (EEI) y la crura diafragmática (CD), los cuales actúan sinérgicamente durante la respiración y la deglución. La endoscopia digestiva alta a través de la clasificación de Hill permite una evaluación del grado de coaptación del pliegue esofagogastrico durante los movimientos de la respiración. Por otro lado, la manometría esofágica de alta resolución (ME-AR) hace posible evaluar durante la respiración basal y forzada la contractilidad e incursión diafragmática. Aunque ambas técnicas aportan información relevante, su grado de concordancia en la evaluación de la morfología y competencia de la UEG, especialmente en distintas fases respiratorias, no está completamente esclarecido.

Objetivo: Comparar la morfología de la UEG evaluada por endoscopia digestiva alta mediante la clasificación de Hill con los parámetros de integral contráctil e incursión de la UEG-CD con ME-AR durante la respiración basal forzada.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes adultos > 18 años que tenían indicación de realizarse una ME-AR con endoscopia esofágica previa en un centro de tercer nivel, en el periodo de abril a julio del 2025. Se registró la clasificación de Hill visualizada por endoscopia. En la ME-AR se estandarizaron las tres respiraciones a través de una boquilla con diámetro de 10 milímetros e inspiración mantenida por 2 segundos. Se recolectaron variables de la ME-AR convencional y la incursión en milímetros del EEI-CD en respiración basal y forzada, la integral contráctil de la crura diafragmática (IC-CD, medida y ajustada a tres ciclos respiratorios). Para el análisis estadístico se establecieron frecuencias y proporciones de acuerdo con pruebas de normalidad. Se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis para la comparación entre medianas según el número de variables.

Resultados: Se incluyó a 27 pacientes con estudio endoscópico previo y ME-AR. Las mujeres representaron el 92,59%, con una mediana de edad de 62 (53-73) años y de IMC de 24,43 (22,93-29,21). En los hallazgos endoscópicos destaca que la mayoría de los pacientes se encontraba dentro de la clasificación de Hill 1 y 2 con 9 (33,3%) y 12 (44,4%), respectivamente. Más de la mitad tenía hernia hiatal tipo 1. En la ME-AR, la incursión en reposo en milímetros obtuvo una mediana de 15 (8-20) y en forzada de 29 (20-30) milímetros. La delta de las mediciones (basal-forzada) fue de 11 (9-19) milímetros (Figura 1). No se hallaron diferencias entre las medianas de la delta en milímetros y el tipo de hernia por endoscopia ($p = 0,97$) ni por la clasificación de Hill ($p = 0,73$). Se observó que las medianas de la IC-CD son menores cuanto mayor es la clasificación de Hill con una $p = 0,017$. La IC-DC fue mayor en pacientes sin hernia respecto de la hernia hiatal: 84,18 (25,1-130,56) vs. 27,42 (17,34-30,69), $p = 0,068$. No se encontró relación entre IC-CD y tipo de hernia.

Figura 1. Manometría esofágica de un paciente con hernia hiatal por endoscopia y clasificación de Hill 3. Se marca la delta en milímetros del esfínter esofágico inferior (EEI) y la crura durante la respiración en reposo y forzada. Se delimitó la integral contráctil de la crura (IC-CD) en respiración forzada (cuadro amarillo). (Lun156)



Conclusiones: Los pacientes con una clasificación de Hill 1 tienen una mayor integral contráctil en comparación con 2, 3 y 4. Existe una tendencia de tener menor IC-CD en pacientes con hernia. No se identificó una relación entre el Hill y la delta en milímetros de la incursión diafragmática entre respiración de reposo o forzada. Es necesario incrementar el número de la muestra para fortalecer esta relación.

Financiamiento: Ninguno.

Lun157

VALORES DE NORMALIDAD PARA LA PH-IMPEDANCIA AMBULATORIA DE 24 HORAS CON BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS CON POTASIO (PCAB)

J. L. Vargas-Basurto, F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, L. R. Valdovinos-García, K. D. González-Gómez, M. Suárez-Fernández, Z. P. Álvarez-Tiburcio, H. R. Ordaz-Álvarez, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La introducción de los bloqueadores de ácido competitivos con potasio (PCAB) ha revolucionado el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). De manera similar a lo ocurrido con los inhibidores de la bomba de protones (IBP), se espera que la pH-impedancia ambulatoria de 24 horas se convierta en el método preferido para evaluar a los pacientes resistentes al tratamiento con PCAB. En este contexto es esencial establecer valores de referencia normales para los parámetros de la pH-impedancia durante el tratamiento con PCAB.

Objetivo: Evaluar el efecto de la dosis diaria estandarizada de dos PCAB diferentes: tegoprazán (TEGO) y fexuprazán (FEXU) sobre los parámetros de pH-impedancia de 24 horas durante una semana de tratamiento y establecer valores de referencia normales durante el tratamiento con PCAB en sujetos sanos.

Material y métodos: Se realizó un estudio clínico aleatorizado, simple ciego, controlado, cruzado y prospectivo, en individuos asintomáticos sometidos a tres vigilancias de pH-impedancia de 24 horas mediante un catéter con dos sensores (gástrico y esofágico). Inicialmente se realizó un estudio basal (sin tratamiento) y con posterioridad los participantes se aleatorizaron para recibir 50 mg de TEGO o 40 mg de FEXU diarios durante una semana. Inmediatamente tras recibir la última dosis del fármaco se realizó una segunda vigilancia de pH-impedancia. Tras un periodo de lavado de dos semanas, todos los participantes cruzaron al brazo alterno del tratamiento y se efectuó una tercera medición de pH-impedancia luego de recibir la última dosis del fármaco. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y percentiles 5-95°. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. La normalidad de la distribución se evaluó con la prueba de Shapiro-Wilk. Las comparaciones entre dos grupos se realizaron mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas o la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, según su distribución. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis se llevó a cabo con SPSS, v. 26

Resultados: Se incluyó a 24 sujetos sanos, de los cuales el 50% correspondió a hombres, con una mediana de edad de 23,5 años (intervalo, 20-41) y un IMC promedio de $24,5 \pm 3 \text{ kg/m}^2$. Se observó una disminución estadísticamente significativa del número total de episodios de reflujo y el tiempo de exposición al ácido (TEA) tras el uso de ambos PCAB en comparación con el estudio basal ($p < 0,05$; Tabla 1). Asimismo, el número de episodios de reflujo ácido evaluado por impedancia se redujo de forma significativa con ambos tratamientos. La mediana de episodios de reflujo con PCAB es de 2 (basal de 11) y en especial la de los episodios de reflujo ácido es de 1 a 3 (basal 16) (Tabla 1). Al comparar TEGO con FEXU, los parámetros de la pH-metría en esófago (incluida la impedancia basal) fueron similares, salvo que el FEXU último mostró un mayor porcentaje de tiempo con pH intragástrico > 4 (54,5 [16,8-82,9] vs. 64 [33,4-100]; $p = 0,004$) a la semana.

Conclusiones: Este estudio establece valores de referencia para los parámetros de pH-impedancia de 24 horas al tomar como referencia a sujetos asintomáticos durante el tratamiento con TEGO y FEXU (< 2 episodios de reflujo "con PCAB"). Con ambos fármacos se redujeron significativamente los episodios de reflujo ácido, disminuyó el TEA y aumentó el tiempo con pH gástrico > 4 . Es necesario realizar estudios en pacientes con ERGE, en especial en la ERGE resistente, para validar los datos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Comparación de parámetros basales de tegoprazán y fexuprazán. Los datos se expresan como mediana y percentiles 5 y 95°. Los valores de p marcados con * corresponden a la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para muestras relacionadas; los valores marcados con † corresponden a la prueba t de Student para muestras relacionadas. (Lun157)

	Basal n = 24	Tegoprazán n = 24	Valor de p (TEGO vs. basal)	Fexuprazán n = 24	Valor de p (FEXU vs. basal)
Episodios totales de reflujo (pH)	11 (0-43,7)	1,5 (0-45,7)	0,009*	2(0-43,5)	0,003*
Porcentaje total de tiempo con pH esofágico < 4	0,5 (0-3,6)	0 (0-0,8)	< 0,001*	0,05 (0-2,9)	0,024*
Calificación de Johnson-DeMeester	3 (0,8-14,7)	0,9 (0,8-3,7)	< 0,001*	0,9 (0,8-10)	0,010*
Porcentaje total de tiempo pH gástrico > 4	8,2 (0,15-83,6)	54,5 (16,8-82,9)	< 0,001*	66,1 (33,1-100)	< 0,001†
Mediana de impedancia basal nocturna	2783 (1098-4885)	2744 (1440-4896)	1,000*	2709 (1845-5739)	0,090†
Episodios totales de reflujo (impedancia)	42,5 (7,5-122,7)	36,5 (1-86,7)	0,536†	29 (1-101)	0,137†
Reflujo ácido	16 (0-46,2)	3 (0-26,7)	< 0,001*	1 (0-25)	< 0,001†
Reflujo no ácido	20 (5,2-88,2)	32,5 (2,5-84,5)	0,060†	27,5 (1-85)	0,628†

Lun158

RELEVANCIA CLÍNICA DE LA IMPEDANCIA BASAL NOCTURNA MEDIA EN PACIENTES CON HIPERSENSIBILIDAD AL REFLUJO. ESTUDIO COMPARATIVO

M. Suárez-Fernández, R. A. Jiménez-Castillo, Z. P. Álvarez-Tiburcio, J. L. Vargas-Basurto, A. A. Ceballos-Carrasco, K. D. González-Gómez, F. A. Félix-Téllez, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La hipersensibilidad al reflujo (HR) es un diagnóstico frecuente al realizar una pH-metría con impedancia (pH-MII) en la evaluación de pacientes con síntomas indicativos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La HR se caracteriza por un tiempo de exposición al ácido (TEA) normal y una relación positiva entre síntomas (pirosis y dolor torácico) y episodios de reflujo. Algunos estudios previos señalan que la impedancia basal nocturna media (MNBI) tiende a ser menor en pacientes con HR frente a pacientes con pirosis funcional. Sin embargo, existe poca información sobre los distintos hallazgos obtenidos durante la manometría esofágica de alta resolución (HRM), la pH-MII y la prevalencia de hipervigilancia en pacientes con HR y MNBI normal o anormal.

Objetivo: Documentar y comparar la puntuación de GERD-Q, HADS (escala de ansiedad y depresión hospitalaria) y la escala de ansiedad e hipervigilancia esofágica, así como los hallazgos de pH-MII y HRM en pacientes con HR y MNBI normal o anormal.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional y comparativo. Inicialmente se seleccionó a pacientes con síntomas típicos de ERGE, ausencia de esofagitis durante la endoscopia y respuesta incompleta al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP). A cada paciente se le aplicaron los cuestionarios GERD-Q, HADS y la escala de ansiedad e hipervigilancia esofágica. Con posterioridad cada uno fue objeto de HRM y pH-MII de 24 horas en el Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de Veracruz. Sólo los pacientes con diagnóstico de HR se incluyeron en el análisis. Se consideró MNBI anormal < 1 500 ohmios.

Resultados: Se incluyó a 110 pacientes con diagnóstico de HR. La MNBI media fue de 3 083,0 ohmios (DE ± 1341). Hasta 15 (12,7%) pacientes presentaron MNBI anormal y 96 (87,3%) MNBI normal. La media del TEA en individuos con MNBI normal fue de 1,66 (DE ± 1,08) frente a 2,63 (DE ± 0,97) en aquéllos con MNBI anormal (p = 0,002). La puntuación media de DeMeester fue de 7,04 (DE ± 3,93) en pacientes con MNBI normal y de 10,25 (DE ± 5,02) en aquéllos con MNBI anormal (p = 0,007). En la manometría esofágica de alta resolución, el diagnóstico de motilidad esofágica ineficaz (MEI) se observó en el 7,9% de los sujetos con MNBI normal frente al 33,3% con MNBI anormal (p = 0,040). La unión esofagagástrica (UEG) tipo III estuvo presente en el 11,4% de los individuos con MNBI normal y en el 38,5% de los que presentaron MNBI anormal (p = 0,038). Las puntuaciones medias en el GERD-Q, el cuestionario de ansiedad

y depresión y la escala de hipervigilancia esofágica no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

Conclusiones: Los pacientes con HR y MNBI anormal muestran una TEA y puntuaciones de DeMeester significativamente más elevadas, lo que subraya una sólida relación entre el MNBI anormal y el aumento de la exposición ácida esofágica. Esto refuerza el valor del MNBI como marcador de alteración en la integridad mucosa. Los trastornos de motilidad esofágica, como la MEI y la UEG tipo III, podrían contribuir a la lesión mucosa y a las alteraciones del MNBI en un subgrupo de pacientes con HR. Se requieren más estudios para evaluar la respuesta a los IBP en este grupo específico, lo que resalta que no todos los casos de HR son iguales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno.

Lun159

CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE MODELOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y GASTROENTERÓLOGOS EN LA RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS SIMULADOS

J. I. Mazadiego-Cid, M. R. Herrero-Maceda, P. M. Diego-Salazar, R. Zapata-Arenas, J. Pérez-Escobar, M. F. Higuera-De-la-Tijera, E. A. San Vicente-Parada, Y. M. Velasco-Santiago, R. Y. López-Pérez, Grupo colaborativo: Hospital Juárez de México, Hospital General de México, Hospital Ángeles Lomas

Introducción: Las herramientas de procesamiento de lenguaje basadas en inteligencia artificial (IA) han mostrado potencial clínico, con resultados variables según la especialidad y el contexto de su uso. En la gastroenterología no hay estudios que evalúen su desempeño en escenarios clínicos.

Objetivo: Determinar la concordancia entre las respuestas de distintos modelos de IA y los médicos especialistas en la resolución de casos clínicos de gastroenterología.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y prospectivo que utilizó 20 casos clínicos con cinco preguntas cada uno, comprendidas las subespecialidades de gastroenterología: hepatología, neurogastroenterología, endoscopia, enfermedades pancreáticas y enfermedad inflamatoria intestinal. Un panel de ocho expertos resolvió individualmente los casos y se calculó la validez del instrumento mediante el coeficiente kappa (κ) y el alfa de Cronbach. Las preguntas con baja concordancia se reevaluaron mediante rondas iterativas del método Delphi modificado. Posteriormente se determinó la concordancia entre las respuestas generadas por los modelos de IA y el consenso de expertos mediante un κ.

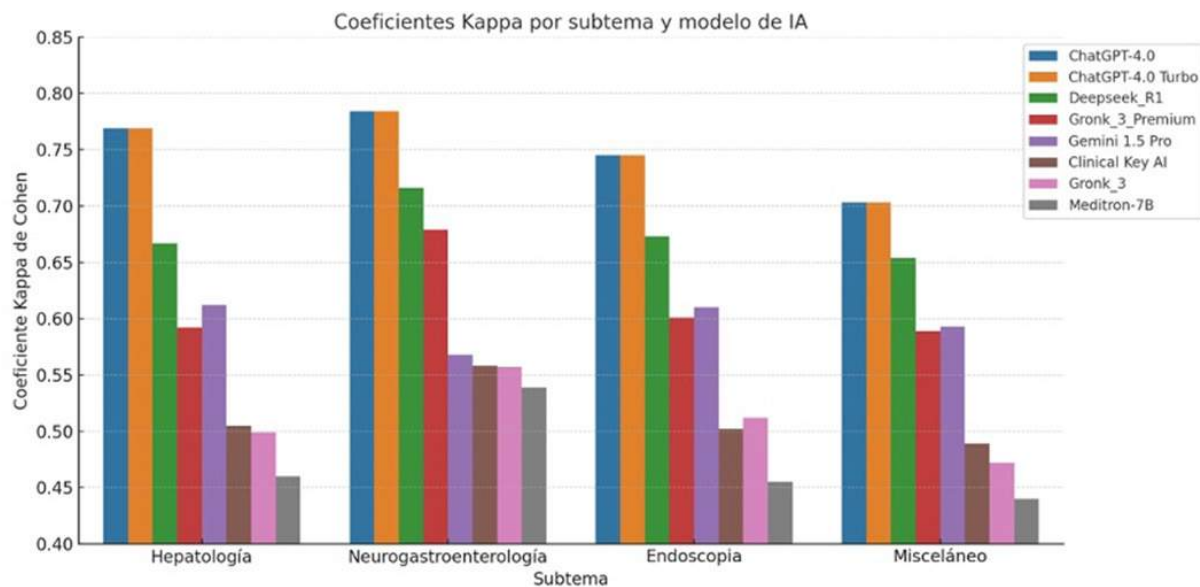
Resultados: El consenso de expertos posterior al método de Delphi modificado mostró una concordancia alta (κ = 0,841). Los modelos de IA registraron concordancias de moderadas a altas y ChatGPT® mostró el mejor desempeño (κ = 0,78). Resultados similares se observaron en todos los subtemas clínicos evaluados (Figura 1).

Conclusiones: En conjunto, estos hallazgos sustentan el uso potencial de modelos de lenguaje de gran escala como herramientas complementarias en la toma de decisiones clínicas, en particular en gastroenterología. Es fundamental recalcar que las IA no reemplazan al juicio clínico médico, sino

que deben integrarse como un soporte adicional cuyo objetivo es optimizar la precisión diagnóstica y la calidad en la atención.

Financiamiento: Propio del equipo colaborativo de investigación.

Figura 1. Concordancia por subtema clínico entre modelos de inteligencia artificial y expertos en gastroenterología. Coeficientes kappa de Cohen obtenidos por ocho modelos de IA en cuatro subespecialidades: hepatología, neurogastroenterología, endoscopia, Ell y páncreas (misceláneo). (Lun159)





REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 17 de noviembre de 2025

Enfermedad inflamatoria intestinal I

Lun160

ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A HOSPITALIZACIÓN POR INFECCIÓN EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

V. A. Venegas-Gómez, F. D. Gutiérrez-Herrera, S. I. Juárez-Cruz, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad de curso clínico heterogéneo que requiere con frecuencia tratamiento con agentes inmunosupresores. Una de sus complicaciones más relevantes son las infecciones, en particular las oportunistas. La evidencia disponible sobre los factores relacionados con el riesgo de hospitalización por infección y los microorganismos causales más frecuentes en pacientes inmunosuprimidos proviene, en su mayor parte, de poblaciones con afecciones distintas de la CUCI.

Objetivo: Identificar los factores relacionados con el requerimiento de hospitalización por procesos infecciosos y caracterizar los tipos de infección más comunes en pacientes con CUCI.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles que incluyó a 162 pacientes con CUCI (81 con antecedente de hospitalización por un episodio infeccioso y 81 controles sin dicho antecedente). Se efectuó un análisis univariado para identificar los factores vinculados con hospitalización por infección. Se construyó un modelo de regresión logística múltiple con las variables que tuvieran significancia. Se consideró estadísticamente significativa un valor de $p < 0,05$ y se calcularon intervalos de confianza del 95%. El análisis se realizó con el software estadístico SPSS versión 28.

Resultados: Se incluyó a 162 pacientes con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa crónica idiopática; 81 (50%) se clasificaron como casos con al menos un episodio de hospitalización por infección y 81 (50%) como controles sin dicho antecedente. Las características demográficas y clínicas de ambos grupos se presentan en la Tabla 1.

Factores de riesgo vinculados con la hospitalización por infección: en el análisis univariado, los factores relacionados con un mayor riesgo de hospitalización por infección fueron bajo peso corporal, colangitis esclerosante primaria (CEP), cirrosis hepática, exacerbación grave en el último año, resistencia a esteroides, menos de un año al diagnóstico, actividad continua, consumo de esteroides sistémicos, dosis ≥ 20 mg de esteroide sistémico, uso concomitante de dos o tres inmunosupresores, hipoalbuminemia y anemia (Tabla 1).

Conclusiones: El consumo de esteroides sistémicos, la hipoalbuminemia y la anemia se identificaron como factores significativamente vinculados con hospitalización por infección en pacientes con CUCI. *Clostridioides difficile* y CMV fueron los agentes infecciosos identificados con más frecuencia.

Financiamiento: Los investigadores no recibieron patrocinio de ningún tipo para la elaboración de este trabajo.

Tabla 1. (Lun160)

Variable	RM	IC95%	Valor de p
Esteroides sistémicos	7,04	2,58-19,22	< 0,001
Anemia	11,5	3,11-42,8	< 0,001
Hipoalbuminemia	31,83	7,84-129,1	< 0,001

RM, razón de momios; IC, intervalo de confianza.

Lun161

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN TERAPIA DE INDUCCIÓN EN MANEJO CON RISANKIZUMAB EN ENFERMEDAD DE CROHN EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN MÉXICO

A. Pacheco-Silva, P. A. Amezcua-Gómez, M. A. Martínez-Vázquez, F. J. Bosques-Padilla, C. G. Virgen-Michel, R. U. Cruz-Neri, H. Manzano-Cortés, E. Martínez-Villaseñor, R. Malé-Velázquez, Instituto de Salud Digestiva, TecSalud Monterrey

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno inflamatorio intestinal crónico. El risankizumab, un anticuerpo monoclonal anti-IL-23 (subunidad p19), ha demostrado eficacia en estudios clínicos de fase 3 (ADVANCE, MOTIVATE, FORTIFY). El estudio GETAID informó un 38% de remisión clínica libre de esteroides en la semana 12. En México, la evidencia en vida real es limitada.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad del risankizumab en pacientes con enfermedad de Crohn posterior a la fase de inducción en México.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en México. Se incluyó a pacientes con EC bajo tratamiento con risankizumab. Las variables analizadas incluyeron datos demográficos, fenotipo de

enfermedad, actividad clínica (índice de Harvey-Bradshaw, HBI), tratamientos previos, biomarcadores (calprotectina y PCR), y se registraron efectos adversos. En el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, pruebas de normalidad de Shapiro-Wilk, t de Student o Wilcoxon pareada, de acuerdo con la distribución; para el análisis de efectividad clínica y bioquímica se consideraron sólo datos pareados con intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Se incluyó a 17 pacientes con edad media de 49,9 años, 88,2% había recibido ≥ 1 biológico (ustekinumab en 52,9%, vedolizumab en 11,8%, anti-TNF en 58,8%). El uso previo de esteroides fue de 76,5%. Antes de la inducción, la actividad clínica fue moderada (52,9%), leve (17,3%), grave (11,8%) y remisión (11,8%) de acuerdo con el HBI. Durante el tratamiento de inducción, un paciente experimentó exacerbación de Crohn que requirió derivación con colocación de ileostomía y actualmente continúa con risankizumab. En los 16 restantes, la puntuación de HBI se redujo (media de 9,9 a 4,9 puntos) tras la inducción (IC95%, -6,84 a -3,28; p = 0,00002; n = 16), lo que señala mejoría clínica significativa al finalizar la fase de inducción; 9/16 (56,3%) tuvieron remisión clínica (HBI ≤ 4), 6/16 (37,5%) remisión clínica libre de esteroides y la mediana de calprotectina fecal disminuyó en grado significativo de 849,5 a 89,5 µg/g (IC95%, -1116,3 a 108,3; p = 0,006; n = 12), y la mediana de PCR de 1,92 a 0,4 mg/L (IC95%, -8,5 a -0,05; p = 0,004; n = 11); la hemoglobina incrementó la media significativamente de 12,64 a 13,63 g/dL (IC95%, 0,27 a 1,72; p = 0,01; n = 12), mientras que la albúmina no mostró cambios relevantes (p = 0,33). Durante la inducción, 5/17 pacientes (29,4%) sufrieron efectos adversos que incluyeron cefalea, artralgias, aumento de evacuaciones, mayor dolor abdominal, alteración del período menstrual y un paciente requirió la suspensión del tratamiento por acné grave (Tabla 1).

Conclusiones: El risankizumab mostró efectividad clínica y bioquímica durante la inducción, incluso en pacientes con EC resistente. Estos hallazgos refuerzan su utilidad como tratamiento eficaz en vida real en la enfermedad de Crohn y establece un precedente para estudios en cohortes más grandes. **Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. (Lun161)	
Variable	Valor
Uso de biológicos previos ≥ 1	88,2%
Actividad clínica antes de la inducción	Moderada (52,9%), leve (17,3%), grave (11,8%) remisión (11,8%)
Harvey-Bradshaw posterior a la inducción	Media de 9,9 a 4,9 (p = 0,00002; IC95%, -6,84 a -3,28; n = 16)
PCR cambios tras la inducción (mg/dl)	Mediana de 1,92 a 0,4 mg/dL (IC95%, -8,5 a -0,05; p = 0,004; n = 11)
Calprotectina, cambios posteriores a la inducción (µg/g)	Mediana de 849,5 a 89,5 µg/g (IC95%, -1116,3 a -108,3; p = 0,006; n = 12)
Remisión clínica libre de esteroides posterior a la inducción	6 (37,5%)
Pacientes con efectos adversos	5 (29,4%)

Lun162

TRASTORNO POR EVITACIÓN Y RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS (ARFID) Y CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

H. R. Ordaz-Álvarez, J. K. Yamamoto-Furusho, J. L. De León-Rendón, J. D. Prieto-Nava, B. A. Priego-Parra, J. L. Vargas-Basurto, A. E. Hernández-Cervantes, F. B. Roesch-Dietlen, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen un riesgo elevado de desnutrición, vinculado con la disminución del apetito, alteraciones hormonales y malabsorción de nutrientes. Para aliviar

los síntomas intestinales, los pacientes adoptan a menudo dietas restrictivas que excluyen frutas y verduras crudas, legumbres y productos lácteos. Si bien estas estrategias buscan controlar los síntomas, muchas veces provocan una ingestión insuficiente de alimentos, deficiencias nutricionales y deterioro en la calidad de vida, lo que puede resultar en un trastorno por evitación y restricción del consumo de alimentos (ARFID).

Objetivo: Comparar el distrés psicológico, calidad de la alimentación y calidad de vida entre pacientes con colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) con ARFID y enfermedad de Crohn (EC) con ARFID.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico en el que se incluyó a pacientes con diagnóstico de EII del Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y el Hospital General de México Eduardo Liceaga durante el periodo de agosto de 2024 a mayo de 2025. Previo consentimiento informado, a los pacientes se les aplicaron los cuestionarios SCOFF, ORTO-11-ES y S-NIAS para la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), la escala de ansiedad y la depresión hospitalaria (HADS), mini-ECCA para la valoración de la dieta y el cuestionario SF12V2 para la calidad de vida. Las variables numéricas se expresan con estadística descriptiva y medidas de dispersión, mientras que las categóricas con frecuencias y porcentajes. La distribución de los datos se evaluó con Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad con la prueba de Levene. La comparación entre grupos se llevó a cabo con las pruebas t de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Se consideró como significancia estadística un valor de p < 0,05. El análisis de los datos se efectuó en el programa estadístico SPSS V.27 y R Studio V 4.4.1.

Resultados: Se incluyó a un total de 104 pacientes con una mediana de edad de 42 años (22-69), predominantemente mujeres (65,4%), de los cuales 19 tuvieron EC y ARFID (edad de 55 años [23-69], mujeres en 68,4%) y 85 CUCI y ARFID (edad de 43 años [22-69], mujeres en 64,7%). En relación con los datos sociodemográficos como IMC (p = 0,169), escolaridad (p = 0,763) y estado civil (0,067), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. En la evaluación de los TCA se observó que el grupo con EC y ARFID registró mayores puntuaciones en el cuestionario S-NIAS (30,5 + 6,9 vs. 29,4 + 4,8, p = < 0,0001) y en las subescalas alimentación selectiva (9,4 + 2,0 vs. 9,2 + 2,4, p = < 0,0001), apetito (11,2 + 4,1 vs. 10,5 + 2,4, p = < 0,0001) y miedo (10,7 + 3,1 vs. 9,6 + 3,0, p = < 0,0001) que los pacientes con CUCI y ARFID (Tabla 1). Por otro lado, no se reconocieron diferencias en las evaluaciones de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y ortorexia nerviosa. En la evaluación de ansiedad y depresión mediante el cuestionario HADS no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, al igual que en la evaluación de calidad de la alimentación y calidad de vida.

Conclusiones: En este estudio, los pacientes con EC y ARFID mostraron mayor afectación en la conducta alimentaria, sobre todo en la alimentación selectiva, el apetito y el miedo relacionado con la ingestión de alimentos, en comparación con aquellos con CUCI y ARFID. Sin embargo, no se evidenciaron diferencias en el distrés psicológico, calidad de la dieta ni calidad de vida entre ambos grupos. Por tal motivo es importante de evaluar y abordar de forma integral a pacientes con EII, para optimizar el control clínico y prevenir complicaciones.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Comparación de características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y ARFID y pacientes con colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) y ARFID. Los datos cuantitativos se presentaron como medias con desviación estándar (DE) o como medianas con rangos intercuartílicos (RIQ), según correspondiera. Los datos cualitativos se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. La normalidad de la distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad con la prueba de Levene. Según fuera la distribución de los datos, las comparaciones entre dos grupos se realizaron mediante la prueba t de Student o la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para variables numéricas. Las variables categóricas se analizaron con las pruebas χ^2 o exacta de Fisher, según la adecuación de los supuestos. (Lun162)

Variable	Enfermedad de Crohn con ARFID n = 19	CUCI con ARFID n = 85	Valor de p
Edad	55 (23-69)	43 (22-69)	0,951
Sexo			
Hombre	6 (31,6%)	30 (35,3%)	0,249
Mujer	13 (68,4%)	55 (64,7%)	

IMC	23,7 (20,3-27,0)	23,6 (21,6-25,1)	0,169
Escolaridad			
Primaria	4 (21,1%)	11 (12,9%)	
Secundaria	5 (26,3%)	20 (23,5%)	
Preparatoria/ técnico	5 (26,3%)	21 (24,7%)	0,763
Licenciatura	5 (26,3%)	17 (20%)	
Posgrado	0 (0%)	16 (18,8%)	
Estado civil			
Soltero	6 (31,6%)	39 (45,9%)	0,067
Casado	13 (68,4%)	46 (54,1%)	
SCOFF			
Anorexia nerviosa	1 (5,3%)	2 (2,4%)	0,273
Bulimia nerviosa	2 (10,5%)	10 (11,8%)	
S-NIAS			
Puntuación total	30,5 ± 6,9	29,4 ± 4,8	< 0,0001
Alimentación	9,4 ± 2,0	9,2 ± 2,4	< 0,0001
selectiva	11,2 ± 4,1	10,5 ± 2,4	< 0,0001
Apetito	10,7 ± 3,1	9,6 ± 3,0	< 0,0001
Miedo			
ORTO-11-ES			
Ortorexia nerviosa	5 (26,3%)	29 (34,1%)	0,557
Puntuación total	27 (24-29)	27 (24-29)	0,338
Factor cognitivo	9 (8-10)	9 (8-10)	0,805
Aspectos clínicos	8 (8-9)	8 (7-9)	0,069
Factor emocional	10 (8-12)	10 (8-11)	0,934
HADS-A	6 (3-7)	5 (3-9)	0,214
HADS-D	5 (3-7)	5 (1,5-6,5)	0,199
Mini-ECCA			
Puntuación total	9 (8-10)	9 (7-10)	0,776
Muy buena	8 (42,1%)	35 (41,2%)	
Buena	9 (47,4%)	37 (43,5%)	0,418
Baja	1 (5,3%)	12 (14,1%)	
Muy baja	1 (5,3%)	1 (1,2%)	
Salud			
Muy mala	0 (0%)	1 (1,2%)	
Mala	4 (21,1%)	9 (10,6%)	0,109
Ni buena ni mala	5 (26,3%)	41 (48,2%)	
Buena	7 (36,8%)	27 (31,8%)	
Muy buena	3 (15,8%)	7 (8,2%)	
SF-12-v2			
Salud general			
Excelente	2 (10,5%)	1 (1,2%)	
Muy buena	3 (15,8%)	14 (16,5%)	0,476
Buena	9 (47,4%)	36 (42,4%)	
Regular	5 (26,3%)	33 (38,8%)	
Mala	0 (0%)	1 (1,2%)	0,544
PCS-12	46,6 (38,3-54,4)	49,3 (39,7-55,6)	0,744
MCS-12	49,7 (37,3-57,5)	45,7 (35,9-55,4)	

IMC, índice de masa corporal; SCOFF, Cuestionario para detección de trastornos de la conducta alimentaria; S-NIAS, *Selective eating, neophobia, and appetite scale*; ORTO-11-ES, versión española del Cuestionario para ortorexia nerviosa; HADS, *Hospital anxiety and depression scale*; mini-ECCA, Minievaluación de la calidad de la alimentación; SF-12v2, Cuestionario de salud de 12 ítems versión 2.

Lun163

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA MEDIANTE IBD DISK EN PACIENTES POSOPERADOS POR ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

P. Rosales-Téllez, R. E. González-López, H. Rodríguez-Cruz, V. Hernández-Antolín, J. A. Chida-Romero, E. Contreras-Avilés, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una afección progresiva e incurable que altera de forma significativa la calidad de vida del paciente. Aunque la intervención quirúrgica puede ser necesaria en distintos momentos de la evolución de la enfermedad, especialmente ante complicaciones o resistencia al tratamiento médico, sus efectos sobre la funcionalidad física, emocional y social no siempre se traducen en una mejoría integral. En este contexto, el *IBD Disk* representa una herramienta útil y validada para evaluar la discapacidad percibida por el paciente en 10 dominios de la vida diaria. Su aplicación en el periodo posoperatorio permite identificar áreas de afectación que requieren atención interdisciplinaria.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida mediante el instrumento *IBD Disk* en pacientes con EII posoperados por cirugía intestinal o perianal, atendidos en una clínica especializada de un hospital de tercer nivel, e identificar los dominios con mayor afectación y diferencias entre tipos de intervención quirúrgica.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico realizado en 26 pacientes con EII con antecedente de cirugía intestinal o perianal, atendidos en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México Eduardo Liceaga. Se recabaron variables clínicas y demográficas. La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario *IBD Disk*, que califica 10 dominios funcionales de 0 (sin afectación) a 10 (afectación máxima). El análisis estadístico se efectuó con IBM SPSS v.26. Se evaluó la distribución de los datos con pruebas de normalidad. Las variables con distribución normal se expresaron como media ± desviación estándar (DE), y aquellas con distribución no normal como mediana e intervalo intercuartílico (RIC). Se aplicaron pruebas no paramétricas para análisis comparativo, tras considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de $46,5 \pm 13,3$ años y el 53,8% correspondió a hombres. En cuanto al tipo de cirugía, 42,3% fue intervenido por enfermedad perianal, 30,8% mediante resección intestinal con anastomosis primaria y 26,9% con cirugía derivativa. El 76,9% de los pacientes se encontraba bajo tratamiento avanzado con agentes biológicos o inmunomoduladores, de acuerdo con la **Tabla 1**. Del análisis de los dominios del *IBD Disk* se identificaron diferencias estadísticamente significativas en dos áreas:

Actividad profesional: mostró mayor afectación en pacientes con anastomosis primaria respecto de la cirugía derivativa ($p = 0,009$). Energía vital: resultó más comprometida en pacientes con anastomosis primaria comparados con aquellos sometidos a cirugía perianal ($p = 0,041$). Los otros dominios evaluados revelaron afectación clínica variable, sin diferencias estadísticas significativas entre los grupos quirúrgicos. Sin embargo, algunos como sueño, percepción corporal y estrés reflejaron valores elevados que sugieren afectación funcional persistente.

Tabla 1. Percepción de la calidad de vida según *IBD Disk* en pacientes posoperados por EII. (Lun163)

Variable	Total (n = 26)	CUCI (n = 8)	EC (n = 18)	Valor de p
Género, n (%)				
Masculino	14 (53,8%)	7 (87,5%)	7 (38,9%)	-
Femenino	12 (46,2%)	1 (12,5%)	11 (61,1%)	-
Edad†	46,5 ± 13,3	39 ± 11,5	49 ± 13,2	-
Tipo cirugía, n (%)				
Intestinal derivativa	7 (26,9%)	3 (37,5%)	4 (22,2%)	-
Intestinal con anastomosis primaria	8 (30,8%)	2 (25%)	6 (33,3%)	-
Perianal	11 (42,3%)	3 (37,5%)	8 (44,4%)	-
Tipo de tratamiento, n (%)				
Tratamiento convencional	6 (23,1%)	3 (37,5%)	3 (16,7%)	-
Tratamiento avanzado	20 (76,9%)	6 (62,5%)	15 (83,3%)	-
Dominios del <i>IBD Disk</i>				
Dolor abdominal*	1 (0-5)	1 (0-6)	1,5 (0-5)	0,6
Frecuencia evacuatoria*	1,5 (0-5)	1 (0-7,5)	1,5 (0-5,2)	0,3
Vida social*	4,5 (0-8)	4,5 (0-7,2)	4 (0-8,5)	0,6
Actividad profesional*	5 (1,5-9,2)	5 (3,5-9)	5 (0-10)	0,009**

Sueño*	5 (3,5-8,5)	7,5 (4,5-8)	5 (1,7-10)	0,8
Energía*	5 (3-10)	4 (2,2-8,2)	6,5 (4,5-10)	0,041
Estrés/ansiedad*	5 (2-8)	4 (0,7-8)	5 (2-9,2)	0,06**
Percepción corporal*	4 (0-8,2)	1 (0-4,5)	5 (0-9,2)	0,1
Sexualidad*	3 (0-9,2)	3 (1,2-8,5)	2,5 (0-10)	0,2
Dolor articular*	2 (0-8)	3,5 (0,2-7,2)	1,5 (0-8,5)	0,7

*Los resultados se expresan en medianas y rangos intercuartílicos. † Variable cuantitativa expresada como media ± desviación estándar. **Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. IBD, *Inflammatory bowel disease*.

Conclusiones: Los dominios de actividad profesional y energía vital fueron los más significativamente afectados, en particular en aquéllos sometidos a resección intestinal con anastomosis primaria. A pesar del control inflamatorio logrado mediante la cirugía, persisten limitaciones funcionales y psicosociales. El uso sistemático del *IBD Disk* en la evaluación posoperatoria permite identificar dimensiones de discapacidad no evidentes en la exploración clínica habitual, lo que destaca así la necesidad de un modelo de atención integral e interdisciplinario que incluya el seguimiento clínico y la rehabilitación funcional, reinserción laboral y acompañamiento emocional como parte del abordaje global de los pacientes con EII.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Lun164

DESENLACE CLÍNICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL E INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIODES DIFFICILE*: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA

J. C. Aguilar-De La O, F. Arreola-Banda, D. H. Acosta-Sandoval, K. A. Miyagui-Adame, M. Castillo-Barradas, F. Martínez-Silva, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La incidencia de infección por *Clostridioides difficile* se ha incrementado en grupos de alto riesgo como los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, con riesgo hasta dos veces mayor que la población general; también se han descrito características diferentes, además de que el tratamiento de la enfermedad puede elevar el riesgo por esta infección. La ICD empeora los resultados de la EII, dado que se acompaña de mayor morbilidad y mortalidad, con mayores tasas de visitas al servicio de urgencias, mayor tiempo de estancia hospitalaria, mayor recurrencia y mayores tasas de colectomía.

Objetivo: Describir las características clínicas y demográficas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal e infección por *Clostridioides difficile*, desenlaces (recurrencia, mortalidad y colectomía) en un hospital de tercer nivel en México.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, analítico y longitudinal de pacientes mayores de 18 años, de enero de 2020 a enero de 2025 con diagnóstico establecido de EII e ICD, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza.

Resultados: Se incluyó a un total de 42 pacientes, 23 mujeres (54,8%) y 19 hombres (45,2%). Con un intervalo de edad de 18 a 72 años (y una media de 46,02 años). El 90,5% (38 pacientes) no tenía otros antecedentes de importancia para ICD. El 90,5% de los pacientes tenía diagnóstico de colitis ulcerosa

(38 pacientes) y 4 (9,5%) individuos de enfermedad de Crohn. El tiempo promedio del diagnóstico de la EII fue de $7,8 \pm 6,5$ años, con intervalos de seis meses a 25 años. La media de la puntuación de Truelove y Witts en pacientes con CU fue de 14,89 (corresponde a brote moderado) y la de CDAI en pacientes con EC de 322, lo cual corresponde con actividad moderada. El total de pacientes con tratamiento inmunosupresor (azatioprina, tofacitinib, tratamiento biológico, esteroide) fue de 47,6% (20 pacientes). El sitio de adquisición de la infección por *Clostridioides difficile* correspondió a la adquirida en la comunidad en 66,7% (28 pacientes). En cuanto a la gravedad de la infección por *Clostridioides difficile*, el 81% de los pacientes (34) se catalogó como un episodio inicial no grave, el 11,9% (5) como un episodio inicial grave y sólo el 7,1% (3) como colitis fulminante. La tasa de recurrencia se observó en apenas 5 (11,9%) casos. Respecto de la mortalidad, sólo 2 (4,8%) pacientes fallecieron por el episodio de *Clostridioides difficile*, clasificados como colitis fulminante. Sólo 1 (2,4%) paciente se sometió a colectomía por colitis fulminante y sobrevivió (Tabla 1).

Conclusiones: De esta muestra, la mayoría correspondió a pacientes con colitis ulcerosa e individuos más jóvenes, con mayor tasa de infecciones adquiridas en la comunidad y un cuadro de menor gravedad; esta relación podría deberse a la ausencia de comorbilidades y a que los cuadros nosocomiales tienden a ser de mayor gravedad. Destaca la disparidad de la muestra, lo que no permite diferenciar desenlaces entre CU y EC, como principal debilidad de la muestra.

Financiamiento: No se obtuvo financiamiento para esta investigación.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal e infección por <i>Clostridioides difficile</i> (n = 42). (Lun164)	
Variable	
Edad (años)	46,02 (± 16,9)
Género, n = (%) (proporción)	
Masculino	19 (45,2%)
Femenino	23 (54,8%)
IMC (kg/m ²); M	23,9 (± 3,8)
Comorbilidades, n = (%) (proporción)	
Ninguna	38 (90,5%)
Diabetes tipo 2	2 (4,8%)
Neoplasia activa	2 (4,8%)
Tipo de enfermedad inflamatoria intestinal, n = (%) (proporción)	
CUCI	38 (90,5%)
EC	4 (9,5%)
Tiempo de diagnóstico; M (años)	7,8 (± 6,5)
Tratamiento específico, n = (%) (proporción)	
Aminosalicilatos	22 (52,4%)
Adalimumab	3 (7,1%)
Infliximab	1 (2,4%)
Tofacitinib	2 (4,8%)
5 ASA + esteroide	3 (7,1%)
5 ASA + biológico	2 (4,8%)
5 ASA + biológico + esteroide	4 (9,5%)
Azatioprina	5 (11,9%)
CDAI; M	322 (± 104,9)
TLW; M	14,89 (± 4,01)

IMC, índice de masa corporal; CUCI, colitis ulcerosa crónica inespecífica; EC, enfermedad de Crohn; 5-ASA, 5 aminosalicilatos; TLW, Truelove y Witts; CDAI, índice de la actividad de la enfermedad de Crohn.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 17 de noviembre de 2025

Endoscopia II

Lun165

DIFERENCIAS EN EL PRONÓSTICO EN PACIENTES CON TOMA DE CULTIVO DE BILIS DURANTE LA COLANGIO-PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON COLANGITIS AGUDA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

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

Introducción: La colangitis aguda según la *Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery* se define como infección del tracto biliar, normalmente 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 más frecuentes son gramnegativos, seguidos de los grampositivos. Las guías de Tokio 2018 recomiendan la obtención de cultivo de líquido biliar en todos los casos de colangitis aguda, excepto en grado leve. Asimismo, los hemocultivos no deben realizarse de manera sistemática en la colangitis leve.

Objetivo: Conocer el valor de la toma de cultivo de bilis durante la colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) sobre el pronóstico hospitalario en pacientes con diagnóstico de colangitis aguda.

Material y métodos: Observacional, retrolectivo, comparativo y analítico. Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de colangitis, en quienes se realizó CPRE con toma de cultivo de líquido biliar en el periodo de enero de 2018 a diciembre de 2024 en el Hospital Español. Los criterios de inclusión son pacientes mayores de 18 años atendidos por el servicio de endoscopia con colangitis aguda Tokio ≥ 2 . Se excluyó a aquellos con colangitis leve, enfermos cuyo motivo principal de ingreso no correspondía a colangitis y CPRE no exitosa.

Resultados: Se estudió a un total de 83 pacientes con colangitis aguda. La mediana de edad fue de 75 años (RIC, 59-82), con predominio del sexo masculino (55,4%). La coledocolitiasis fue la afección relacionada más frecuente en un 83,1%. El 68,7% de los pacientes presentó colangitis moderada y el 31,3% grave. La mediana de días desde el ingreso hasta la realización de la CPRE fue de un día (RIC, 0-2). Se obtuvieron cultivos biliares en 39 (47%) y hemocultivos en 19 (22,9%). El 28,9% de los pacientes ingresó a UTI, con una mediana de estancia de tres días (RIC, 2-7). La mortalidad hospitalaria

fue del 10,8%. Al comparar los grupos con cultivo (n = 39) y sin cultivo de biliar (n = 44) no se registraron diferencias estadísticamente significativas en la edad, sexo, trastornos relacionados, gravedad, ni días de estancia hospitalaria. La toma de hemocultivo fue significativamente más frecuente en el grupo con cultivo biliar (48,7% vs. 0%; $p < 0,001$). La estancia en UTI fue significativamente más prolongada en el grupo con cultivo biliar, 5 (RIC, 2-24) vs. 3 (RIC, 2-6) días, $p = 0,026$ (Tabla 1). Se obtuvieron 39 cultivos biliares, de los cuales 38 tuvieron resultados positivos (97,4%). Los hemo-

Tabla 1. Diferencias entre los pacientes con colangitis, con y sin cultivo biliar. (Lun165)

	Con cultivo de bilis n = 39	Sin cultivo de bilis n = 44	Valor de p
Edad	69 (RIC, 59-79)	77 (59-83)	0,14+
Sexo			
Masculino	23 (59%)	23 (52%)	0,54*
Trastorno relacionado			
Coledocolitiasis	31 (79,5%)	38 (86,4%)	0,47*
Tumor de páncreas	7 (17,9%)	6 (13,6%)	
Colangiocarcinoma	1 (1,2%)	1 (2,6%)	
Gravedad de colangitis			0,39*
Moderada (grado 2)	25 (64,1%)	32 (72,7%)	
Grave (grado 3)	14 (35,9%)	12 (27,3%)	
Días desde ingreso a CPRE	1 (RIC 0-1)	1 (RIC 0-2)	0,3+
Toma de hemocultivo	19 (48,7%)	0	< 0,001*
Días de estancia hospitalaria	9 (RIC 6-13)	8 (5-11)	0,12+
Ingreso a UTI	10 (25,6%)	14 (31,8%)	0,53*
Días de estancia en UTI	5 (RIC 4-24)	3 (2-6)	0,026+
Muerte	4 (10,3%)	5 (11,4%)	0,87*

cultivos se tomaron sólo en casos de cultivo biliar y 10 fueron positivos (52,6%). Existió una coincidencia entre microorganismos aislados en bilis y sangre del 60%. El tratamiento empírico se consideró apropiado en el 73,7% de los casos con cultivo biliar positivo. En el 26,3% de los casos, el resultado del cultivo llevó a cambiar el tratamiento: escalar el esquema en el 70% y desescalarlo en el 30%.

Conclusiones: El factor decisivo en la evolución de los pacientes con colangitis aguda es todavía la descompresión biliar oportuna mediante CPRE, y no necesariamente la toma de cultivos biliares. Si bien los cultivos pueden guiar ajustes en el esquema antimicrobiano, su efecto en términos de mortalidad y desenlaces clínicos parece limitado. Estos hallazgos confirman la importancia de priorizar la intervención endoscópica temprana como eje central del tratamiento, y sugieren la necesidad de conducir estudios adicionales que definan con mayor precisión los subgrupos de pacientes para identificar las variables necesarias para determinar si la realización de cultivos genera en realidad un beneficio en el paciente.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento de ninguna empresa.

Lun166

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA NEOPLASIA ASOCIADA A ESÓFAGO DE BARRETT: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN MÉXICO

A. E. Lara-Reyes, F. Valdovinos-Andraca, G. Grajales-Figueroa, R. Barreto-Zúñiga, A. F. Romano-Munive, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El esófago de Barrett (EB) es un precursor del cáncer esofágico. El tratamiento endoscópico multimodal, con ablación por radiofrecuencia (ARF) y resección endoscópica (RE), ya sea con disección endoscópica de la submucosa (DES) o resección endoscópica de la mucosa (REM), ofrece una alternativa de mínima invasión para el tratamiento de la neoplasia relacionada con EB. Sin embargo, no existen estudios publicados que evalúen la seguridad y eficacia de este tratamiento en México.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento endoscópico multimodal para la neoplasia relacionada con esófago de Barrett en un centro de atención terciaria en México.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico histológico de neoplasia relacionada con esófago de Barrett que recibieron tratamiento endoscópico entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2023.

Resultados: Treinta y cinco pacientes con neoplasia relacionada con esófago de Barrett recibieron tratamiento endoscópico. La cohorte fue masculina en un 71,4% (n = 25), con una media de edad de 65 años. La mayoría (86,7%, n = 30) tenía sobrepeso u obesidad; más del 50% (n = 18) presentaba hernia hiatal; y el 40% (n = 13) tenía antecedente de tabaquismo. El Praga inicial promedio fue de C 4,3 cm (1-13), M 5,4 cm (2-13). La displasia de bajo grado (57%, n = 20) y el carcinoma intramucoso (23%, n = 8) fueron los hallazgos histológicos más frecuentes. Se realizó un total de 106 sesiones de ablación por radiofrecuencia (ARF) (media 3,02/paciente; DE 1,8) y 11 procedimientos de resección endoscópica (6 REM y 5 DES). Cuatro pacientes se excluyeron del análisis final: tres debido a edad avanzada y pérdida de seguimiento (edad > 88 años), y una muerte por endocarditis durante el tratamiento. Ocho individuos continúan en tratamiento activo. Hasta 23 completaron el tratamiento y se incluyeron en el análisis final (mediana de seguimiento de cinco años). Se logró la erradicación completa de la metaplasia intestinal en el 90,9% (n = 20) y la tasa de erradicación de displasia fue del 100%. La recurrencia de esófago de Barrett se presentó en el 18,18% (n = 4) y se trató de forma exitosa con ARF. No se observó progresión al adenocarcinoma. Todos los pacientes con carcinoma intramucoso se mantienen en remisión hasta la fecha. La estenosis fue la complicación más común (17,14%, n = 6) y el tratamiento fue exitoso mediante dilatación endoscópica.

Conclusiones: El tratamiento endoscópico multimodal, que combina técnicas de ARF y resección endoscópica, demuestra ser eficaz y seguro para la atención de la neoplasia relacionada con EB en México. Este abordaje ofrece una elevada tasa de remisión y erradicación tanto de la metaplasia intestinal como de la displasia, con complicaciones manejables, y representa una opción terapéutica importante para los pacientes con EB en México.

Financiamiento: Ninguno.

Lun167

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE PÓLIPOS COLORRECTALES MEDIANTE LA CLASIFICACIÓN JNET EN RESIDENTES DE ENDOSCOPIA

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

Introducción: La clasificación JNET permite caracterizar lesiones colorrectales con alta precisión mediante NBI y magnificación óptica, pero su adopción global es limitada por la falta de capacitación y acceso a tecnología específica.

Objetivo: Evaluar el efecto de un programa de capacitación educativa en el rendimiento diagnóstico de residentes de endoscopia gastrointestinal con uso de imágenes tomadas con la tecnología NBI y *Near Focus* de Olympus.

Material y métodos: Diseño de estudio cuasi experimental de tipo antes-después. Población de estudio: se incluyó a residentes de endoscopia de primer y segundo años que concedieron su consentimiento para participar en el estudio. Se excluyó a aquéllos con entrenamiento previo formal en clasificación JNET o que no completaron todas las fases del protocolo.

Las evaluaciones se realizaron con colonoscopios Olympus 190 EVIS EXERA III y magnificación óptica y *Narrow Band Imaging* (NBI) en modo *Dual Focus*. El procedimiento incluyó la siguiente secuencia:

1. Evaluación inicial: cada participante clasificó un conjunto estandarizado de imágenes endoscópicas de lesiones colorrectales obtenidas con *Dual Focus* y NBI. Se registraron sus diagnósticos para análisis de sensibilidad, especificidad y concordancia interobservador.

2. Intervención (capacitación). El programa de capacitación consistió en sesiones teóricas y talleres prácticos enfocados en principios de NBI y *Dual Focus*; reconocimiento de patrones vasculares y de superficie de acuerdo con la clasificación JNET; e interpretación de imágenes endoscópicas con ejemplos representativos y discusión interactiva.

3. Evaluación posterior a la capacitación: los mismos participantes clasificaron un conjunto equivalente de imágenes, comparable en número y dificultad, para medir cambios en su rendimiento diagnóstico. Para el análisis estadístico se emplearon pruebas estadísticas apropiadas para comparar proporciones (prueba de McNemar para sensibilidad y especificidad antes y después), así como el coeficiente kappa para medir la concordancia interobservador. El análisis estadístico se efectuó con el software R (The R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: El rendimiento diagnóstico de JNET antes de la capacitación mostró una sensibilidad de 67%, especificidad de 85%, precisión global del 80% e índice kappa de 0,51, con amplia variabilidad entre los residentes. Los errores frecuentes incluyeron sobrediagnóstico de pólipos hiperplásicos y confusiones entre categorías JNET 2a y 2b. Tras la capacitación, la sensibilidad aumentó a 79%, la especificidad a 91,0%, la precisión global a 88% y el índice kappa a 0,69, con reducción significativa de los errores más críticos.

Conclusiones: La capacitación estructurada tiende a mejorar los indicadores diagnósticos, disminuir la variabilidad interobservador y corregir errores frecuentes, lo que refuerza la importancia de los programas educativos formales. Los estudios previos han demostrado resultados similares y destacan el valor de la enseñanza estructurada, la práctica deliberada y la simulación para adquirir competencias diagnósticas avanzadas en endoscopia.

Financiamiento: Ninguno.

Lun168

IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS INICIALES HACIA LAS PRUEBAS DE TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL EN PERSONAS EN EDAD DE ESCRUTINIO EN EL NOROESTE DE MÉXICO: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PRUEBA INMUNOQUÍMICA FECAL Y COLONOSCOPIA

M. A. Vargas-Hernández, C. R. Elías-Ortega, E. Ledesma-Martínez, M. M. García-Favela, C. O. Morales-Gómez, M. A. Sánchez-Escandón, J. Félix-Gurrola, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una de las principales causas de incidencia y mortalidad por cáncer a nivel mundial, con un aumento

significativo en México, especialmente en estados del norte como Baja California. A pesar de que el tamizaje temprano mediante la prueba inmunológica fecal (FIT) o la colonoscopia puede reducir en grado significativo la mortalidad, la participación en programas de detección en el país es baja. Esta situación se agrava por el limitado conocimiento sobre las pruebas y el efecto de factores como el miedo y la baja percepción de riesgo, lo que dificulta la implementación de estrategias educativas efectivas.

Objetivo: Explorar las actitudes iniciales y las barreras percibidas hacia la prueba FIT y la colonoscopia como métodos de tamizaje de CCR en adultos en edad de cribado en Mexicali, Baja California.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de junio a julio de 2025, en el que se aplicó un cuestionario a 788 personas de 45 a 80 años. Antes de recibir información detallada se les preguntó sobre su disposición a realizarse una prueba FIT y una colonoscopia y se les ofrecieron opciones como “Sí me la haría”, “No sé qué es”, “No me interesa”, “No la necesito”, “No sé cómo se hace” y “Tengo miedo”. Se utilizaron análisis univariado y regresión logística multivariada para identificar las relaciones entre las variables sociodemográficas y la disposición al tamizaje.

Resultados: Se extrajo una muestra de 1 000 personas, de la cual se analizaron las respuestas de 788 participantes, debido a que el resto contaba con escrutinio para CCR previo. El 49,6% (391) mostró disposición a someterse a la prueba FIT, mientras que sólo el 30,6% (241) estaría dispuesto a una colonoscopia. El conocimiento sobre la prueba FIT fue muy bajo (apenas 5,1% la conocía), a diferencia de la colonoscopia (72,7% la conocía). La prueba FIT mostró mayor aceptación, relacionada de manera significativa con el conocimiento (OR, 0,005; $p < 0,001$), el interés personal (OR, 0,003; $p = 0,003$) y la afirmación “sí me la haría” (OR, 93,894; $p < 0,001$). Aunque la colonoscopia fue menos aceptada, su disposición también se relacionó con la afirmación “sí me la haría” (OR 8.563; $p < 0,001$). Sin embargo, la aceptación de la colonoscopia se vio negativamente afectada por el miedo (OR, 0,024; $p < 0,001$) y la falta de información (OR, 0,621; $p = 0,042$). Para ambas pruebas, no recibir una indicación médica también redujo la probabilidad de aceptación, para FIT (OR, 0,113; $p = 0,013$) y para colonoscopia (OR, 0,215; $p = 0,034$).

Conclusiones: La disposición a realizarse el tamizaje de CCR se encuentra influida por factores psicosociales como el conocimiento, el interés y el miedo. A pesar de ser menos conocida, la prueba FIT mostró mayor potencial de aceptación que la colonoscopia, lo que sugiere su viabilidad en entornos con recursos limitados. La falta de indicación médica destacó el papel crucial del personal de salud en la promoción del tamizaje. Estos hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar intervenciones personalizadas que aborden las barreras cognitivas y emocionales, y que promuevan una comunicación clara y culturalmente adaptada para mejorar la cobertura de tamizaje en Mexicali.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun169

MODELO DE LENGUAJE GENERATIVO EN LA CLASIFICACIÓN DE PÓLIPOS COLORRECTALES MEDIANTE IMÁGENES ENDOSCÓPICAS

C. J. Toranzo-González, A. M. Mijangos-Trejo, F. Rojas-Mendoza, N. A. Aguilar-Olivos, Médica Sur

Introducción: La inteligencia artificial (IA) ha mejorado la calidad de la colonoscopia mediante los sistemas CADE y CADx. En paralelo, los modelos de lenguaje como ChatGPT han mostrado potencial para apoyar tareas clínicas, aunque su aplicación en endoscopia digestiva aún carece de validación suficiente.

Objetivo: Evaluar el desempeño de los modelos ChatGPT (GPT-3.5, GPT-4 y GPT-4 MiniHigh) en la clasificación de lesiones colorrectales a partir de imágenes endoscópicas reales, al comparar con un endoscopista capacitado y otro sin capacitación formal.

Material y métodos: Estudio comparativo transversal con imágenes obtenidas con un colonoscopio Olympus 190 HQ EVIS EXERA III (NBI y *Near focus*), clasificadas según la calificación de París, determinación de tamaño, NICE y JNET. Las interpretaciones de modelos y endoscopistas se compararon con el coeficiente kappa.

Resultados: El endoscopista capacitado obtuvo el mejor desempeño global. Los modelos, especialmente GPT-4 MiniHigh, mostraron resultados

destacados en determinación del tamaño (exactitud de 0,879; kappa de 0,612) y clasificación NICE (exactitud de 0,630; kappa de 0,366), mayores que los registrados en el observador no capacitado en estas áreas. Sin embargo, sí tuvieron limitaciones en las calificaciones de París y JNET.

Conclusiones: Los modelos de lenguaje pueden complementar la práctica endoscópica y mejorar la estandarización en áreas específicas, pero no reemplazan la experiencia ni el criterio de un endoscopista entrenado.

Financiamiento: Ninguno.

Lun170

USO DE N-ACETILCISTEÍNA Y SIMETICONA PARA MEJORAR LA VISIBILIDAD DE LA ENDOSCOPIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN BASE A LA PUNTUACIÓN DE LA LIMPIEZA GASTROINTESTINAL SUPERIOR DE TORONTO (TUGCS)

A. M. García-Baca, I. E. Gerónimo-Coronado, H. D. Flores-Peñúñuri, S. Hidalgo-Muñoz, K. A. Gámez-Leyva, L. A. Sánchez-Pérez, F. Téllez-Ávila, P. Valdez-Hernández, J. A. Camacho-Escobedo, Hospital General de Mexicali

Introducción: La endoscopia del tubo digestivo alto es el método diagnóstico de elección para la evaluación del tracto gastrointestinal superior. La presencia de secreciones, espuma y burbujas puede limitar la visualización adecuada. Diversos estudios han evaluado agentes antiespuma como la simeticona y la N-acetilcisteína como mucolíticos preendoscópicos para mejorar la limpieza durante la evaluación endoscópica con resultados discordantes o estudios con pobre diseño metodológico. La puntuación de limpieza gastrointestinal superior de Toronto (TUGCS) es una herramienta objetiva y estandarizada para evaluar la limpieza durante la endoscopia.

Objetivo: Evaluar si el uso combinado de N-acetilcisteína y simeticona mejora la visibilidad de la mucosa gastrointestinal durante la endoscopia alta.

Material y métodos: Se realizó un estudio clínico aleatorizado, controlado, doble ciego y multicéntrico en dos hospitales de Mexicali, Baja California (Hospital General y Hospital Almatér) entre octubre de 2024 y julio de 2025. Fue aprobado por el comité de ética del Hospital Almatér. Se asignaron pacientes aleatoriamente (1:1) a un grupo de intervención (N-acetilcisteína 600 mg + simeticona 100 mg vía oral) o placebo, administrados 30 min antes de la endoscopia. La preparación y codificación de soluciones se realizaron por personal externo para asegurar el cegamiento. Se evaluó la limpieza gástrica mediante el TUGCS y se consideró buena visibilidad una puntuación ≥ 8 . El análisis estadístico se realizó en R y Epi Info, con $p < 0,05$ como significativo. Se usaron t de Student o U de Mann-Whitney para TUGCS, y χ^2 o Fisher para variables cualitativas. El tamaño de muestra calculado fue de 66 por grupo.

Resultados: Se analizó a 88 pacientes, 48 en el grupo placebo y 40 en el grupo que recibió la premedicación (N-acetilcisteína y simeticona), 25 pacientes femeninos en el grupo placebo y 26 en el grupo de intervención con una edad media de 64 y 55 años, respectivamente. No existió diferencia en las características basales de los pacientes incluidos en cada grupo. La mediana de duración de endoscopia fue de 6,4 minutos del grupo placebo y 5,7 minutos; la duración total del procedimiento fue de 2,9 minutos y 2,8 minutos, respectivamente.

Con respecto al tiempo destinado a la visualización de la mucosa, se observó una diferencia estadísticamente significativa; el tiempo de visualización fue menor en el grupo intervención con una mediana de 3,0 minutos (RIC, 2,5-3,7) en comparación con 4,1 minutos (RIC, 3,0-4,9) con valor de $p = 0,002$.

En cuanto a la calidad de la limpieza del tracto gastrointestinal que se evaluó mediante la escala TUGCS (*Toronto upper gastrointestinal cleaning score*), la mediana de puntuación fue de 11 (RIC, 10-12) en el grupo de intervención y 10 (RIC 8-11) en el grupo de placebo ($p \leq 0,001$).

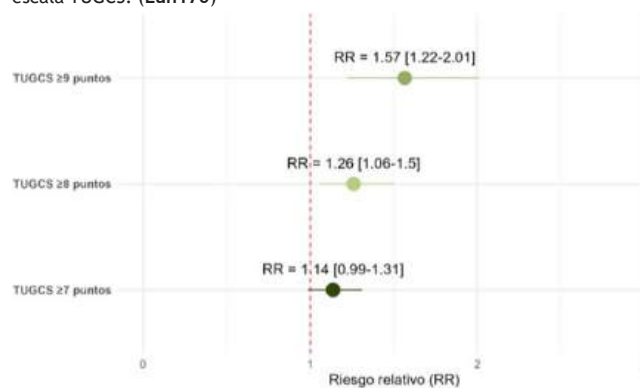
Por último, se tomaron dos puntos de corte en la puntuación de TUGCS, 9 puntos como excelente visualización y 8 como visualización óptima. Con puntuación de corte TUGCS ≥ 7 puntos se obtuvo un riesgo relativo (RR) de 1,14 (IC95%, 0,99-1,31), mientras que con la puntuación TUGCS ≥ 8 el RR fue de 1,26 (IC95%, 1,06-1,5), y con la puntuación TUGCS ≥ 9 el RR fue de 1,57 (IC95%, 1,22-2,01) (Figura 1).

Conclusiones: La administración de N-acetilcisteína y simeticona preendoscópica mejora significativamente la limpieza gástrica medida por la puntuación TUGCS en comparación con el placebo y reduce el tiempo de visualización de la mucosa. Los resultados respaldan el uso de esta combinación

farmacológica como una estrategia eficaz para optimizar la visibilidad en estudios endoscópicos de rutina.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Diagrama de bosque comparativo de la puntuación obtenida en la escala TUGCS. (Lun170)





REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 17 de noviembre de 2025

Colitis y neurogastroenterología IV

Lun171

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS GASTROINTESTINAL EN UN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

A. P. Escobedo-Zúñiga, L. E. Escobedo-Jaimes, F. Higuera-De-la-Tijera, Y. Velasco-Santiago, B. Jiménez-Bobadilla, B. Ortega-Flores, L. E. Graniel-Palfox, M. L. Hernández-Mendel, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: A nivel mundial se informa que un tercio de la población mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis* y 5 a 10% desarrollará la enfermedad. En 2023 se registraron 10,8 millones de casos y 1,25 millones fallecieron. Hasta 85% de los casos ocurrió en países con ingresos medianos y bajos. La principal afectación es pulmonar (85%); las formas extrapulmonares representan 15 a 30% de los casos y la afectación gastrointestinal 1 a 3%. En México se notifican 25 936 casos, 80,8% pulmonares y 17,1% extrapulmonares, con 1,7% de formas intestinales y peritoneales. La localización más frecuente es la ileocecal, seguida de colon, esófago, estómago y vesícula. Sus síntomas no son específicos y pueden confundirse con otros diagnósticos, como enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer o abdomen agudo. El diagnóstico es un reto porque son formas paucibacilares y se confirma mediante tinciones especiales, baciloscopia, PCR, secuenciación o cultivos positivos para micobacterias. Al ser una anomalía poco frecuente y de difícil diagnóstico es importante caracterizar y describir los casos principalmente en regiones endémicas, como este país, para considerar infección por tuberculosis como un diagnóstico diferencial.

Objetivo: Describir las principales características demográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico confirmado de tuberculosis gastrointestinal atendidos en el Hospital General de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional; se tomó en cuenta a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de tuberculosis gastrointestinal entre los años 2021 y 2024. Se empleó estadística descriptiva para el análisis de datos y se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas; para las variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se incluyó a 60 pacientes, de los cuales 34 fueron hombres (56,66%) y 26 mujeres (43,33%). El promedio de edad fue de 36,75 ($\pm$ 13,70), como se observa en la Tabla 1. El sitio más frecuente fue la región ileocecal (29 pacientes; 48,33%) y los puntos menos comunes fueron estómago y esófago (1,66%; 1 paciente). El microorganismo más aislado fue *Mycobacterium*

bovis en 37 de los casos (61,66%). El síntoma gastrointestinal más frecuente fue dolor abdominal en 31 pacientes (51,66%), seguido de oclusión intestinal o perforación en el 30% de los casos (18 pacientes). El síntoma extraintestinal más común presentado fue fiebre con 38 pacientes (63,33%), seguido de la pérdida de peso en 16 pacientes (26,66%). Hasta el 41,66% (25 pacientes) refiere consumo de lácteos no pasteurizados, lo que representa un factor modificable importante. El 65% de los pacientes presentaba alguna comorbilidad, la más frecuente de las cuales fue el diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana. La mayoría de los diagnósticos se estableció con baciloscopia o tinciones especiales para micobacterias (63,33%), mientras que 6,66% mediante adenosindeaminasa (ADA) positiva o desarrollo de cultivo (6,66%). La mortalidad notificada fue del 25% (15 pacientes).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de pacientes con diagnóstico de tuberculosis gastrointestinal. (Lun171)

Sexo	Frecuencia (n = 60)	%
Hombres	34	56,66
Mujeres	26	43,33
Sitio de diagnóstico		
Región ileocecal	29	48,33
Peritoneo	16	26,66
Colon y recto	8	13,33
Hígado	3	5
Esófago	2	3,33
Estómago	1	1,66
Bazo	1	1,66
Microorganismo aislado		
<i>Mycobacterium bovis</i>	37	61,66
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	17	28,33
Complejo MAC (<i>M. avium</i> , <i>M. colombiense</i>)	4	6,66
<i>Mycobacterium abscessus</i>	1	1,66
Micobacteria no identificada	1	1,66

Síntoma gastrointestinal		
Dolor abdominal	31	51,66
Oclusión/perforación intestinal	18	30
Diarrea crónica	5	8,33
Rectorragia	3	5
Dispepsia/hemorragia digestiva alta	2	3,33
Estreñimiento	1	1,66
Método diagnóstico		
Biopsia con tinción positiva/BAAR +	38	63,33
Gene Xpert	14	23,33
ADA	4	6,66
Cultivo	4	6,66
Consumo de productos lácteos no pasteurizados		
Sí	25	41,66
No	35	58,33
Presencia de comorbilidades		
Sí	39	65
No	21	35
Mortalidad		
Sí	15	25
N	45	75

Conclusiones: La tuberculosis intestinal es un diagnóstico poco frecuente; sin embargo, puede ser letal por lo que es importante caracterizar a los pacientes para tomar en cuenta los hallazgos más frecuentes en esta población y considerarla como diagnóstico diferencial en casos clínicos similares. El consumo de lácteos no pasteurizados fue un factor modificable presente en un gran porcentaje de los individuos, por lo que deben implementarse medidas sanitarias para evitar esta exposición futura y de esta manera reducir el riesgo de esta enfermedad con una elevada mortalidad, la cual fue similar en este estudio a la registrada en las publicaciones médicas nacionales.

Financiamiento: Ninguno.

Lun173

AGENTES ETIOLÓGICOS CAUSANTES DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA INFECCIOSA EN POBLACIÓN URBANA EN MÉXICO, DETECTADOS POR PANEL MOLECULAR MÚLTIPLEX GASTROINTESTINAL

A. S. Ríos-Del Río, M. E. López-Acosta, F. Lajud-Barquín, F. Zamarripa-Dorsey, A. Jasqui-Bucay, D. L. Núñez-Elizondo, R. Rodríguez-Sandoval, P. Escamilla-Llano, Hospital Ángeles Lomas

Introducción: La enfermedad diarreica aguda (EDA) aún representa una causa importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, en particular en menores de cinco años. En México se notifican millones de casos anuales y su etiología puede ser viral, bacteriana o parasitaria. El diagnóstico etiológico oportuno permite optimizar el tratamiento y evitar complicaciones, pero las técnicas convencionales poseen baja sensibilidad. El panel molecular Múltiplex gastrointestinal constituye una herramienta diagnóstica de alta sensibilidad y especificidad.

Objetivo: Analizar la prevalencia y distribución por grupo etario de los agentes etiológicos causantes de EDA identificados mediante panel molecular Múltiplex gastrointestinal en la población urbana mexicana atendida en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y transversal realizado entre enero y junio de 2024 en un hospital privado de tercer nivel del área metropolitana de la Ciudad de México. Se analizaron 436 estudios del panel molecular efectuados a pacientes con diarrea aguda. Se describieron las

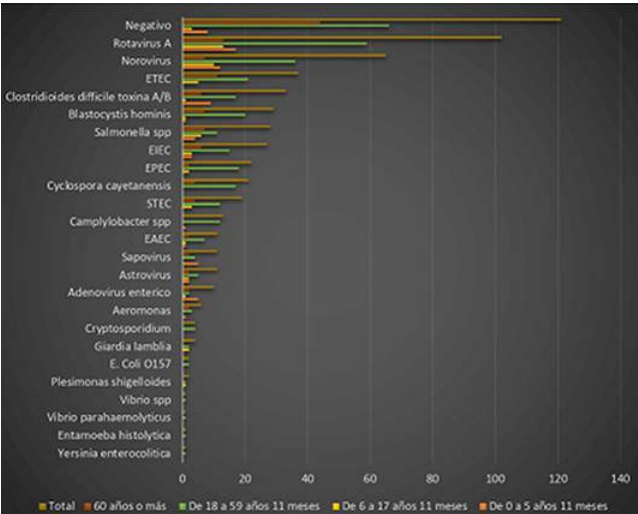
características clínicas, etiológicas y demográficas, estratificadas por grupo etario, y se aplicó estadística inferencial para evaluar las relaciones.

Resultados: Se procesaron 436 paneles gastrointestinales. En 315 pacientes (72,25%) se identificó al menos un patógeno, mientras que en 121 (27,75%) no se detectó ningún agente etiológico. Entre los casos positivos, 198 correspondieron a mono infecciones (62,86%) y 117 a coinfecciones (37,14%), para sumar un total de 461 patógenos identificados. La edad media de la población fue de 41,2 ± 24,4 años; 54,8% correspondió a mujeres. La distribución por grupo etario de los casos positivos fue: 0 a 5 años (12,7%), 6 a 17 años (10,2%), 18 a 59 años (59,0%) y ≥ 60 años (18,1%). El patógeno más frecuente fue rotavirus tipo A, seguido de norovirus, *Escherichia coli* enterotoxigénica, *Blastocystis hominis*, *Cyclospora cayetanensis* y *Salmonella* spp. (Figura 1). En los casos de mono infección, los virus fueron los agentes predominantes (49,5%), seguidos por bacterias (33,3%) y parásitos (17,2%). El análisis por grupo etario mostró que los virus fueron más comunes en menores de seis años, las bacterias en adultos mayores, y las coinfecciones en adultos jóvenes (p = 0,0026). La edad no se vinculó significativamente con la probabilidad de coinfección ni se observaron diferencias significativas por sexo. Destaca la detección de *Cyclospora cayetanensis* en 4,56% de las mono infecciones, una prevalencia superior a lo informado en estudios previos nacionales e internacionales, lo que sugiere una posible subestimación de su carga en contextos urbanos.

Conclusiones: El uso del panel molecular Múltiplex permitió identificar un agente causal en más del 70% de los pacientes con EDA, lo que revela una alta carga de infecciones virales, una proporción considerable de coinfecciones, y una frecuencia relevante de parásitos emergentes como *Cyclospora cayetanensis*. Estos hallazgos podrían contribuir al diseño de guías terapéuticas más específicas por grupo etario. A pesar de su alto costo, esta herramienta representa un avance significativo en el diagnóstico etiológico oportuno y preciso en pacientes con EDA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para este estudio.

Figura 1. (Lun173)



EIEC, *Escherichia coli* enteroinvasiva/Shigella; EAEC, *Escherichia coli* enteroagregativa; EPEC, *Escherichia coli* enteropatogénica; ETEC, *Escherichia coli* enterotoxigénica; STEC, *Escherichia coli* productora de toxinas tipo Shiga.

Lun174

ESTUDIO PILOTO DEL DESCENSO PERINEAL POR TACTO RECTAL Y SU RELACIÓN CON LA PRUEBA DE EXPULSIÓN POSITIVA POR MANOMETRÍA ANORRECTAL

C. I. Zubía-Nevárez, M. Herrera-Sato, D. I. Carmona-Guerrero, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El descenso perineal excesivo es una disfunción del piso pélvico relacionada con trastornos como el estreñimiento crónico, la disineria anorrectal y la incontinencia fecal. Ocurre cuando el periné se desplaza de forma exagerada durante el pujo o incluso en reposo, lo que puede afectar

la eficacia evacuatoria y la continencia. Su evaluación clínica suele ser subjetiva y poco estandarizada. Por ello se ha propuesto un método práctico y reproducible: la medición del desplazamiento perineal con un guante de exploración estándar con marcas en centímetros, desde la base hasta la punta del dedo índice durante el tacto rectal.

Objetivo: Explorar si la medición del descenso perineal en milímetros a través del tacto rectal de manera protocolizada se relaciona con prueba de expulsión positiva en la manometría anorrectal.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes adultos mayores de 18 años que tuvieran indicación para un estudio de manometría anorrectal de alta resolución (MAAR) en el periodo de marzo a julio del 2025 en un centro de tercer nivel. En la fase de tacto rectal se determinó primero la percepción del descenso perineal; posteriormente, con el guante calzado, se marcaron los puntos por centímetros para el registro del descenso en milímetros con marcas de referencia en el guante y la cama del paciente. En una segunda fase se efectuó el estudio de MAAR y la prueba de expulsión de balón, que fue positiva si no se expulsó el balón o si el paciente tardó más de 60 segundos en expulsar. Sólo cinco pacientes contaban con estudio de defecografía, de los cuales en uno se informó la medición del descenso perineal.

Resultados: Se incluyó a 26 pacientes con medición del descenso perineal estandarizado. El sexo femenino fue el más frecuente con 21 (80,76%). La media de edad fue de $56,96 \pm 18,92$ años. La mediana de IMC fue de 24,57 (22,63-29,21). La indicación principal fue estreñimiento con 16 (61,53%) e incontinencia fecal con 10 (38,46%). Durante el tacto rectal (Figura 1), la percepción del descenso perineal disminuido o normal se acompañó de menor desplazamiento en milímetros registrado de 3 (0-5) contra 30 (10-30), $p = 0,006$. No se encontró diferencia entre las medianas de presión en reposo, Valsalva, presión del esfínter durante la contracción, presión anal residual y porcentaje de relajación en comparación con la expulsión del balón. La presión media rectal y el índice PRM/PAR fueron menores en los pacientes que no expulsaron el balón con PRM de 11,45 (0,0-25,52) vs. 35,05 (29,3-62,35), $p = 0,001$, e índice PRM/PAR de 0,16 (0,0-0,41) vs. 0,88 (0,53-1,18), $p = 0,002$, respectivamente. Los pacientes que no expulsaron el balón tienden a relacionarse con menor descenso en milímetros que los casos en los que la expulsión del balón fue positiva, 5,0 (0,0-10,0) vs. 10,0 (5,75-10,0), con una $p = 0,095$.

Figura 1. Gradificación en guante calzado y medición del descenso perineal con marcas de referencia (verdes). (Lun174)



Conclusiones: La estandarización de la medición en milímetros del descenso es una medida fácil, accesible y ambulatoria para determinar aquellos casos que tengan mayor riesgo de obtener una prueba de expulsión de balón positiva. Es necesario mayor inclusión de pacientes, así como la comparación del descenso por defecografía para determinar un punto de corte adecuado.

Financiamiento: Ninguno.

Lun175

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CONDUCTUALES Y DIGITALES EN ADULTOS JÓVENES CON Y SIN ESTREÑIMIENTO: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Z. P. Álvarez-Tiburcio, M. Suárez-Fernández, B. A. Priego-Parra, M. M. Pérez-Guzmán, E. L. Núñez-Jiménez, J. Domínguez-Silva, D. Grajales-Velázquez, D. A. Castillo-Zavala, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: En los últimos años, el uso de tecnologías digitales ha crecido de manera significativa y generado efectos en diversos órganos y sistemas, incluidos aquellos relacionados con la gastroenterología, cuyos efectos aún no son claros por completo.

Objetivo: Evaluar los hábitos defecatorios y las conductas digitales durante la evacuación, así como explorar su relación con la gravedad de los síntomas de estreñimiento.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y analítico que incluyó a sujetos con estreñimiento y participantes sanos (CS). Se recopilaron variables sociodemográficas (edad, sexo, IMC), así como información sobre el uso de dispositivos digitales (presencia, tipo y tiempo de uso) y las actividades realizadas durante la defecación. Se utilizaron pictogramas para evaluar posturas defecatorias. Para la caracterización clínica se aplicaron los cuestionarios Roma IV para el diagnóstico de estreñimiento funcional (EF) y síndrome de intestino irritable (SII). Además, se utilizaron las siguientes escalas: gravedad del dolor abdominal (IBS-SSS), ansiedad y depresión (HADS), gravedad del estreñimiento (Wexner) y calidad de vida relacionada con el estreñimiento (PAC-QoL). En el análisis estadístico, las comparaciones entre grupos se realizaron mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, según correspondiera. Para las correlaciones se utilizó la prueba de Spearman. Se consideró significativa una $p < 0,05$. Todo el análisis se llevó a cabo en el software SPSS versión 27.

Resultados: Se incluyó a 130 individuos (60,8% de mujeres, mediana de edad de 25 años; RIQ, 23-30). Del total, 62 participantes (47,7%) presentaban estreñimiento, mientras que 68 (52,3%) se consideraron CS. Dentro del grupo con estreñimiento, 41 individuos (31,5% del total) cumplían criterios para SII y 21 (16,2%) para EF. El uso de dispositivos electrónicos al acudir al baño se informó en 87% de los participantes ($n = 129$), sin diferencias significativas entre los grupos ($p = 0,42$). Las actividades más frecuentes durante la defecación incluyeron: uso de redes sociales (78,5%), ver videos (41,5%), leer (18,5%), jugar videojuegos (3,8%) y sólo defecar (13,8%). Se encontró una mayor prevalencia de estreñimiento en mujeres que en hombres (72,6% vs. 27,4%; $p = 0,008$). Además, las mujeres permanecían más tiempo sentadas en el baño, con una proporción de tiempos ≥ 10 minutos (12,7% vs. 3,9%; $p = 0,016$). En ausencia de dispositivos electrónicos, los sujetos sanos permanecían menos de cinco minutos en el baño con mayor frecuencia que aquellos con estreñimiento (73,5% vs. 56,5%). Por el contrario, sentarse por más de 10 minutos fue más común entre los participantes con estreñimiento (12,9% vs. 5,9%; $p = 0,034$). En la evaluación con pictogramas, el tipo 1 fue el más común, especialmente en controles sanos (69,1% vs. 59,7%). El tipo 2 también predominó en sanos (25% vs. 21%). Los tipos 3 y 4 fueron más frecuentes en el grupo con estreñimiento (4,8% vs. 1,5%), al igual que el tipo 5 (9,7% vs. 2,9%; $p = 0,041$) (Figura 1). Adicionalmente, el 9,7% ($n = 6$) de los participantes con estreñimiento refirió el uso de maniobras manuales para facilitar la defecación. Las personas con estreñimiento tuvieron mayores puntuaciones en HADS-A ($p = 0,012$), IBS-SSS ($p < 0,0001$), Wexner ($p < 0,0001$) y PAC-QoL ($p < 0,0001$). No hubo diferencias en las puntuaciones de síntomas de acuerdo con el uso o tiempo de dispositivos electrónicos ($p > 0,05$).

Conclusiones: Aunque el uso de dispositivos electrónicos durante la defecación fue común en todos, no se hallaron diferencias entre grupos ni relación con las puntuaciones evaluadas. Esto sugiere que, pese a su elevada prevalencia, podría tratarse de un hábito normalizado sin efecto clínico o conductual aparente.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Figura 1. Pictograma que muestra las posturas adoptadas durante la defecación. (Lun175)





REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 17 de noviembre de 2025

Hígado y vías biliares

Lun176

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ACLF EN PACIENTES CON CIRROSIS E INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS

O. M. Fierro-Angulo, V. J. Ornelas-Arroyo, B. M. Román-Calleja, A. Ruelas-Villavicencio, F. J. Sandoval-García, J. Sifuentes-Osornio, R. U. Macías-Rodríguez, A. Ruiz-Margáin, Grupo Colaborativo: MICTLAN Network/Liver fibrosis and nutrition lab, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las infecciones en pacientes con cirrosis son una causa bien establecida de mayor morbilidad y mortalidad. Las infecciones de piel y tejidos blandos (SSTI) representan un grupo importante, pero por lo general subestimado. Estas infecciones son difíciles de reconocer y están poco caracterizadas, por lo que es fundamental comprender sus signos clínicos y desenlaces para la implementación de un tratamiento oportuno y mejorar los desenlaces. Además, existe poca información sobre la evolución clínica de las SSTI en la cirrosis y su relación con el desarrollo de falla hepática aguda sobre crónica (ACLF). Al mismo tiempo, los predictores de desenlaces adversos aún no están bien definidos.

Objetivo: Evaluar las características clínicas de las SSTI en pacientes con cirrosis y analizar su vinculación con el desarrollo de ACLF y la mortalidad.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a 171 pacientes con cirrosis y SSTI hospitalizados en un centro de tercer nivel en la Ciudad de México entre enero de 2000 y junio de 2024. Se analizaron datos clínicos, microbiológicos y de laboratorio. Los desenlaces incluyeron el desarrollo de ACLF, falla orgánica y mortalidad. Se utilizaron modelos de regresión logística y de Cox para identificar factores relacionados con ACLF y mortalidad, respectivamente.

Resultados: Entre los 171 pacientes (edad promedio de 57 ± 13 años; 60,8% de mujeres), las causas más frecuentes de la cirrosis fueron infección por VHC (32,2%), enfermedad hepática esteatósica vinculada con disfunción metabólica (21,6%) y enfermedades hepáticas autoinmunes (20,9%). Las SSTI afectaron de forma predominante a las extremidades inferiores y se relacionaron con frecuencia con bacterias gramnegativas, en especial *E. coli* y *P. aeruginosa*. Se identificaron patógenos multirresistentes en el 46,9% de los aislamientos. El ACLF se desarrolló en el 30,4% de los pacientes,

típicamente dentro de las primeras 24 horas del ingreso y se acompañó de altas tasas de choque séptico (29,6%) y mortalidad intrahospitalaria (73,1%). Los predictores independientes de ACLF incluyeron la puntuación MELD-Na, creatinina al ingreso, localización de la SSTI en extremidades inferiores, presencia de flictenas y uso de antibióticos por más de siete días. En el análisis multivariado, el desarrollo de ACLF, la diabetes, la obesidad y la presencia de flictenas se relacionaron de manera independiente con un mayor riesgo de mortalidad. Una puntuación MELD 3.0 > 27 y una PCR > 7,6 mg/dL al ingreso fueron sólidos predictores de mortalidad y ACLF, respectivamente.

Conclusiones: Las SSTI son una complicación grave y muchas veces subestimada en pacientes con cirrosis, casi siempre vinculada con ACLF y elevada mortalidad. El reconocimiento temprano de hallazgos en la piel (p. ej., ampollas), la presencia de comorbilidades (diabetes, obesidad) y el uso de herramientas como el MELD 3.0 y la PCR pueden ayudar a identificar a pacientes de alto riesgo y mejorar los desenlaces mediante una atención multidisciplinaria oportuna.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun177

AYUNO PROLONGADO COMO FACTOR DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS

S. López-Moreno, M. López-Caracas, R. S. Montemayor-Salazar, A. Sánchez-Gómez, M. Barrat-Remes, B. M. Román-Calleja, N. C. Flores-García, R. U. Macías-Rodríguez, A. Ruiz-Margáin, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En pacientes con cirrosis hepática hospitalizados, los periodos prolongados de ayuno son frecuentes debido a procedimientos, complicaciones o inestabilidad clínica. Estos periodos de ayuno aceleran la pérdida de masa muscular y agravan la desnutrición, lo que contribuye a un deterioro funcional relacionado con mayor morbilidad hospitalaria.

Objetivo: Evaluar la frecuencia y las indicaciones del ayuno hospitalario en pacientes con cirrosis hepática, así como su vinculación con la mortalidad.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo realizado en 228 pacientes con cirrosis hospitalizados entre 2023 y 2025. Se recopiló información clínica, bioquímica, escalas de función hepática, evaluación

nutricional, ángulo de fase e índice de fragilidad hepática. Se registraron requerimientos dietéticos, consumo real, uso de complementos orales y duración acumulada (frecuencia). Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la distribución de los datos, así como estadística descriptiva e inferencial. El desenlace primario fue la mortalidad.

Resultados: Se incluyó a 228 pacientes de 58 (50-66) años y las principales causas fueron MASLD (17,1%), alcohol (16,2%) y VHC (11%). El 48,2% correspondió a Child-Pugh B y 38,2% a Child-Pugh C. El 46,1% presentó ascitis y 25,1% encefalopatía. La ingestión promedio de 1 049,6 $\pm$ 480,7 kcal fue inferior a la prescrita de 1 600 (1 400-1 700) kcal. El 72,4% recibió complementación oral. El 81,6% tuvo al menos un ayuno hospitalario, con mediana de 3 (1-5) días. La población se dividió según fuera la duración del ayuno hospitalario, < 6 días (n = 187) o $\geq$ 6 días (n = 41). Los pacientes con ayuno $\geq$ 6 días presentaron una estancia hospitalaria significativamente mayor (34 [23,25-48,75] vs. 14 [9-23] días, p = 0,001), menor circunferencia de brazo (23,1 [20-26,8] vs. 25 [22-28,5] cm, p = 0,018) y menor ángulo de fase posterior al ayuno (2,9 [2,5-3,7] vs. 3,8 [3,1-4,6], p = 0,001). La mortalidad fue de 32,5%. El ayuno $\geq$ 6 días se relacionó con mayor riesgo de mortalidad ajustado (HR 2,161; IC95%, 1,10-4,24; p = 0,024).

Conclusiones: El ayuno hospitalario prolongado en pacientes con cirrosis se acompaña de mayor deterioro nutricional y funcional con un incremento significativo de la mortalidad hospitalaria, cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad.

Financiamiento: No aplica.

Lun178

APLICACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA DETECTAR ALTERACIONES LINGÜÍSTICAS EN ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA MEDIANTE EL TEST SIMPLIFICADO DE DENOMINACIÓN DE ANIMALES

A. D. Santana-Vargas, L. Eguíluz-Del Ángel, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, E. R. Bojorges-Valdez, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La prueba simplificada de nominación de animales (S-ANT) se ha validado como herramienta de tamizaje para la detección de encefalopatía

hepática mínima (EHM). Esta prueba, que exige la evocación rápida y estructurada de palabras pertenecientes a una categoría semántica (animales), permite evaluar de forma indirecta procesos neurocognitivos complejos como la fluidez verbal, el acceso léxico y la organización semántica. Las alteraciones en su desempeño pueden reflejar deterioro de funciones ejecutivas y cognitivas superiores, con frecuencia comprometidas en la EHM.

Objetivo: Explorar el valor diagnóstico del S-ANT mediante análisis automatizado con IA, enfocados en métricas de fluidez verbal y latencia, para distinguir a sujetos con EHM de pacientes con cirrosis sin EHM y controles sanos.

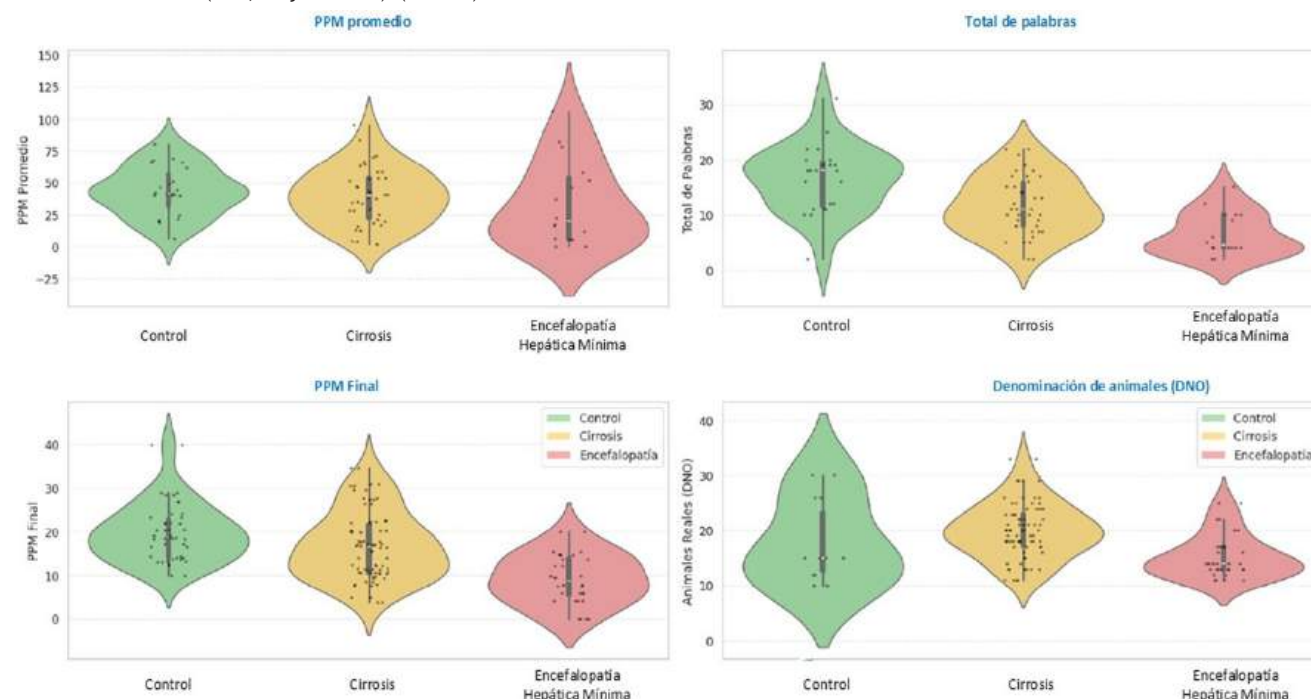
Material y métodos: Se analizaron videos del S-ANT de 77 participantes: 38 con cirrosis, 16 con EHM y 23 controles. Con uso de la librería Pyannote y el modelo Whisper Large V3, ambos basados en aprendizaje profundo, se cuantificaron las palabras por minuto promedio (PPM), el total de palabras, las palabras por minuto entre la penúltima palabra y la final (PPM final) y el número de animales total en un minuto (DNO). Se compararon las medias de cada variable mediante ANOVA de una vía y pruebas *post hoc* de Tukey; se consideró un nivel de significancia p < 0,05.

Resultados: En la fluidez verbal, promedio de PPM, se observaron diferencias significativas entre los grupos: controles (42,3 $\pm$ 19,1), cirrosis (39,9 $\pm$ 22,5) y EHM (33,9 $\pm$ 33,1), lo que revela un deterioro progresivo de la velocidad de producción verbal. En la Figura 1 se observan el número total de palabras y su dispersión en gráficas de violín, que fue significativamente menor en el grupo con EHM (6,5 $\pm$ 3,9), en comparación con cirrosis (11,7 $\pm$ 5,3) y controles (16,5 $\pm$ 6,1), con diferencias significativas tanto entre EHM y cirrosis como entre cirrosis y controles (p < 0,001). Asimismo, la fluidez verbal final (PPM final) fue menor en EHM (9,1 $\pm$ 5,7) comparada con la cirrosis (16,7 $\pm$ 7,8; p < 0,001), sin diferencias entre controles (19,8 $\pm$ 6,8) y cirrosis. La denominación de animales DNO fue menor estadísticamente significativa en EHM (15,3 $\pm$ 4) que en cirrosis (20,5 $\pm$ 5; p < 0,001), sin diferencias con controles (18 $\pm$ 8) ni entre cirrosis y controles.

Conclusiones: El análisis automatizado del S-ANT mediante herramientas de IA permite identificar patrones lingüísticos alterados en pacientes con EHM, que podrían pasar inadvertidos con evaluaciones clínicas tradicionales. Estos hallazgos preliminares apoyan el uso de IA como estrategia no invasiva, ágil y reproducible para mejorar el tamizaje y la caracterización neurocognitiva en la cirrosis.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Comparación entre los grupos de encefalopatía hepática mínima, cirrosis y controles mediante gráficas de violín para palabras por minuto promedio (PPM) (arriba izquierda), total de palabras (arriba derecha), palabras por minuto entre la penúltima y última palabra (PPM final; abajo izquierda) y número de animales denominados (DNO; abajo derecha). (Lun178)



Lun179

POTENCIAL EVOCADO P300 Y PRUEBAS PSICOMÉTRICAS COMO INDICADORES DE RESPUESTA A L-ORNITINA L-ASPARTATO EN PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA

A. D. Santana-Vargas, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La encefalopatía hepática mínima (EHM) se caracteriza por alteraciones cognitivas sutiles, como déficits en atención sostenida y velocidad de procesamiento, que no siempre se detectan con herramientas clínicas convencionales. El potencial evocado P300 se ha utilizado como marcador neurofisiológico para evaluar estas alteraciones, particularmente mediante la latencia y la amplitud. Mientras que la latencia ha mostrado mejoría con diversos tratamientos, la amplitud del P300, relacionada con la activación funcional de redes corticales, se ha explorado poco como marcador de respuesta terapéutica.

Objetivo: Analizar el efecto del tratamiento con L-ornitina L-aspartato sobre la activación funcional de redes corticales, a través de la amplitud del P300, en pacientes con encefalopatía hepática mínima, con y sin respuesta clínica.

Material y métodos: Se incluyó a 16 pacientes con encefalopatía hepática mínima (EHM), diagnosticados mediante la puntuación psicométrica PHES (≤ -4 desviaciones estándar) y la frecuencia crítica de centelleo (FCC < 39 Hz), así como 16 controles sanos. La PHES se conformó con las siguientes pruebas: prueba de conexión numérica A (NCT-A), prueba de conexión numérica B (NCT-B), prueba de símbolos y dígitos (DST), prueba de puntuado en serie (SDT) y prueba de trazado de líneas (LTT).

Los pacientes con EHM recibieron tratamiento con L-ornitina L-aspartato (LOLA) durante 30 días (18 g/día). Todos los participantes realizaron las pruebas PHES, FCC y una tarea auditiva de discriminación con tonos puros (estímulo estándar vs objetivo en proporción 80:20), se registró el componente P300 del potencial evocado y se comparó su amplitud antes y después del tratamiento.

Resultados: La media de edad del grupo EHM fue de $57,2 \pm 5,2$ años (68,8% mujeres) y la del grupo control de $39 \pm 11,4$ años (43,8% de mujeres). Trece pacientes respondieron al tratamiento con una media de amplitud de P300 de $2,1 \pm 1,4$ μ V. Tres pacientes no respondieron, con amplitud de $1,2 \pm 0,8$ μ V. Los controles registraron una amplitud de $3,9 \pm 1,9$ μ V. En la Figura 1 se

muestran las diferencias en el PHES en las pruebas de atención. Las comparaciones por pares entre respondedores y no respondedores respecto de los controles fueron estadísticamente significativas ($p < 0,01$). En la prueba PHES hubo diferencias en NCT-A y NCT-B ($p < 0,01$) y también normalización de la prueba FCC ($p = 0,005$).

Conclusiones: El tratamiento con L-ornitina L-aspartato se relacionó con un incremento de la amplitud del potencial P300 en pacientes con EHM que respondieron clínicamente, lo cual refleja una posible mejora en la activación cortical. Las diferencias en pruebas de atención del PHES y la FCC sugieren que estas herramientas pueden complementar la evaluación de la respuesta terapéutica desde una perspectiva neurofisiológica y psicométrica.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Lun180

EL USO DE OMEGA-5 NANO COMO ADYUVANTE MODULA EL PUNTAJE MELD-Na, REDUCE EL ESTRÉS OXIDATIVO E INFLAMACIÓN EN PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA SEVERA

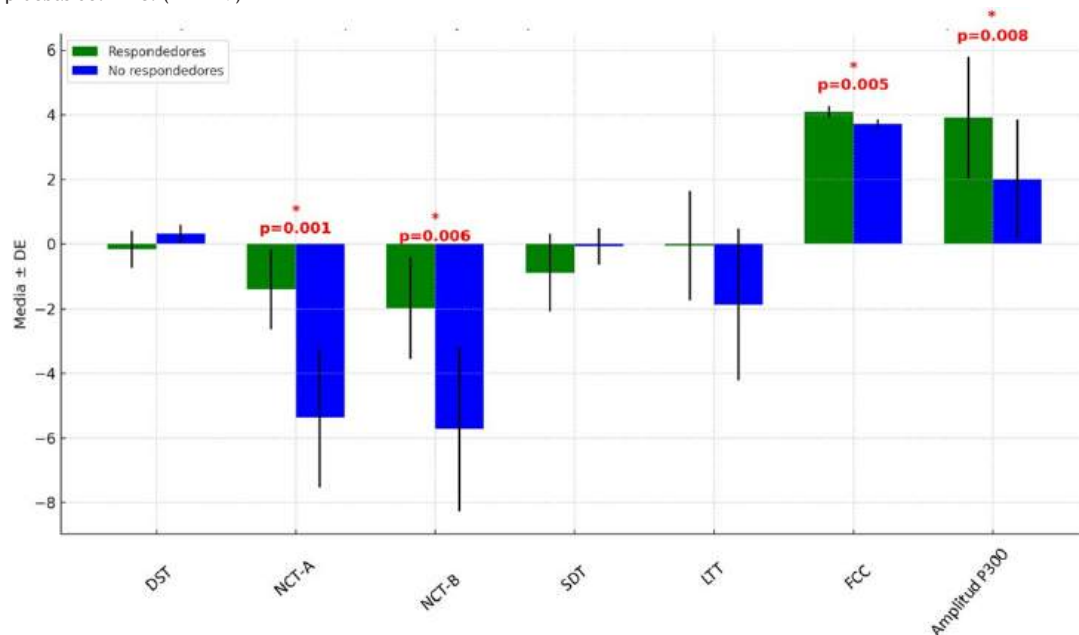
M. Martínez-Castillo, J. Córdova-Gallardo, A. D. Santana-Vargas, E. Bojorges-Valdez, P. Vázquez-Cárdenas, F. D. Martínez-Sánchez, E. K. Tenorio-Aguirre, A. López-Gómez, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: HIPAM, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La puntuación MELD se utiliza para valorar la gravedad y mortalidad en pacientes con hepatitis alcohólica (HA) grave. El uso de antioxidantes ha mostrado reducir la mortalidad, pero su eficacia clínica y los moleculares no están del todo claros.

Objetivo: Evaluar el omega-5 nano como adyuvante en la modulación de la puntuación MELD-Na.

Material y métodos: Estudio clínico de fase I (NCT03732586), aleatorizado y doble ciego que incluyó a dos grupos de pacientes con HA. El grupo 1 recibió prednisona (40 mg/día) + dosis oral de omega-5 nano (1,28 g/día, GranaGard®) ($n = 20$); y el grupo 2 recibió prednisona + placebo ($n = 20$); en ambos se administró la prednisona hasta el día 28. Se evaluaron las escalas de Lille 7, Maddrey, MELD y MELD-Na. Los datos bioquímicos, indicadores de

Figura 1. Comparación entre respondedores y no respondedores al tratamiento con L-ornitina L-aspartato. Las barras representan la media $\pm$ desviación estándar de las pruebas del PHES. (Lun179)



FCC, frecuencia crítica de centelleo (valores divididos entre 10 para su visualización). NCT-A, prueba de conexión numérica A; NCT-B, prueba de conexión numérica B; DST, prueba de símbolos y dígitos; SDT, prueba de puntuado en serie; LTT, prueba de trazado de líneas. *Indica diferencias significativas ($p < 0,05$).

estrés oxidativo (MDA, CP, GSH, GSSG) se evaluaron por espectrofotometría y las citocinas mediante Milliplex (MERCCK®), todos a los días inicial, 7, 14 y 28. Se efectuaron pruebas de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney y ANOVA ($p < 0,05$) y se realizaron correlaciones de Spearman y regresiones lineales. **Resultados:** El grupo 1 incluyó a 10% de mujeres y 90% de hombres, y el grupo 2 a 15% de mujeres y 85% de hombres. La escala de Maddrey para ambos grupos fue > 32 ($p = 0,853$). Los parámetros bioquímicos no mostraron diferencias al día basal. En la puntuación MELD-Na, ambos revelaron reducción al día 28: omega-5 (-8,44, $p < 0,0001$) vs. placebo (-7,71, $p = 0,0012$). Los valores de MDA decrecieron un 65% más en omega-5 ($p = 0,002$), con una correlación negativa con MELD-Na de $r = -0,54$, $p = 0,026$. En placebo, la escala MELD-Na se correlacionó con IL-6 ($r = 0,728$), CXCL-8/IL-8 ($r = 0,689$) e IL-10 ($r = 0,675$), todos con $p < 0,05$, e IL-6 fue predictor ($B = 0,345$, $p = 0,046$; $R^2 = 0,25$).

Conclusiones: El omega-5 no sólo reduce la calificación MELD-Na y la lipoperoxidación de forma significativa, sino que rompe el vínculo con la inflamación sistémica, lo cual indica que inhibir la inflama-oxidación con tratamientos duales afecta el círculo vicioso observado en la HA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun181

EVOLUCIÓN DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA Y DEL RIESGO DE RESISTENCIA A LA INSULINA TRAS 6 MESES DE TARV EN MUJERES QUE VIVEN CON VIH DEL CMN LA RAZA

Y. N. Varela-Martínez, S. Zavala-Villegas, M. Castillo-Barradas, A. Chaparro-Sánchez, J. I. Carrillo-Rojas, S. Santillán-Arroyo, G. Morales-Osorio, N. Guzmán-Rodríguez, K. A. Torres-Barrera, Hospital de Especialidades CMN La Raza

Introducción: La infección por VIH se relaciona con múltiples alteraciones metabólicas, entre las que destacan la esteatosis hepática y la resistencia a la insulina (RI), incluso en individuos sin factores de riesgo metabólicos típicos. Diversos estudios han señalado que la prevalencia de esteatosis hepática en personas que viven con VIH es de un 30% y es notablemente mayor que en la población general, lo que sugiere un papel patogénico propio del virus (efectos citopáticos en los hepatocitos, disfunción mitocondrial, entre otros) y de la terapia antirretroviral (TARV). Asimismo, la RI puede encontrarse hasta en el 60 a 70% de los pacientes y su presencia se ha vinculado con progresión de la enfermedad hepática, desarrollo de diabetes tipo 2 y aumento del riesgo cardiovascular. En este contexto, la identificación temprana de marcadores no invasivos de disfunción metabólica resulta clave para la prevención de complicaciones a largo plazo.

Objetivo: Comparar la prevalencia de la esteatosis hepática medida con el *Fatty liver index* (FLI) y del riesgo de resistencia a la insulina medida con el índice triglicéridos/glucosa (TyG) iniciales y seis meses después del inicio de TARV en mujeres que viven con VIH.

Material y métodos: Estudio prospectivo de cohorte en mujeres que viven con VIH sin tratamiento antirretroviral previo que iniciaron este último (TARV) con BIC/FTC/TAF o DTG/ABC/3TC. Se midieron, antes del inicio y a los seis meses de TARV, el *Fatty liver index* (FLI) y el índice de triglicéridos/glucosa (TyG). Se determinó la presencia de esteatosis hepática mediante una puntuación de FLI ≥ 60 y alto riesgo de resistencia a la insulina con un índice TyG $> 8,73$.

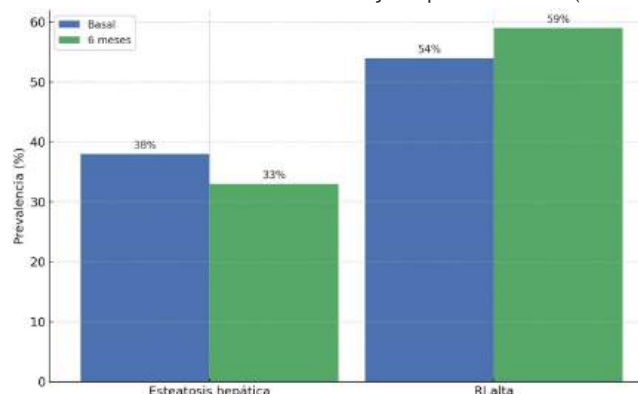
Resultados: Se incluyó a 69 mujeres con edad de $37,7 \pm 10,7$ años. El 34% tuvo normopeso, 39% sobrepeso y 27% algún grado de obesidad. Se identificó diabetes tipo 2 en 7% e hipertensión arterial en 4%. El 58% se encontraba en tratamiento con DTG/ABC/3TC y 42% con BIC/FTC/TAF. Antes del inicio de la TARV, el 37% de las pacientes tenía FLI ≥ 60 y el 54% un índice TyG $> 8,73$. A los seis meses se observó una disminución de la prevalencia de esteatosis hepática a 33% y un incremento de la prevalencia del riesgo alto de RI a 59% (Figura 1). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la progresión entre los dos esquemas de TARV.

Conclusiones: En esta cohorte de mujeres que viven con VIH se identificó una alta prevalencia inicial tanto de esteatosis hepática como de riesgo alto de resistencia a la insulina, incluso en pacientes con normopeso. Tras seis meses de tratamiento antirretroviral se reconoció una ligera reducción de la prevalencia de esteatosis hepática. Esta reducción podría explicarse porque el inicio de TARV ha demostrado mejorar el estado inflamatorio sistémico y reducir la replicación viral, lo que podría atenuar procesos metabólicos relacionados con la esteatosis hepática. Por otro lado, se observó un aumento

del riesgo de resistencia a la insulina. Estos cambios ocurrieron independientemente del esquema de TARV utilizado. Los resultados subrayan la importancia de realizar una evaluación metabólica sistemática desde el inicio del tratamiento con herramientas no invasivas como el FLI y el índice TyG.

Financiamiento: Este estudio no contó con financiamiento.

Figura 1. Prevalencia de esteatosis hepática y alto riesgo de resistencia a la insulina inicial a los seis meses de TARV en mujeres que viven con VIH. (Lun181)



Lun182

DETECCIÓN DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

D. H. Acosta-Sandoval, K. F. Núñez-Román, A. Torres-Castro, M. Castillo-Barradas, S. Zavala-Villegas, Y. N. Varela-Martínez, G. Morales-Osorio, J. I. Carrillo-Rojas, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: Se ha estimado que hasta el 59,2% de los cuidadores primarios experimentan un grado de sobrecarga, y depende de factores como el género, el tipo de enfermedad o la necesidad de hospitalizaciones. En este estudio se buscó establecer la prevalencia de sobrecarga entre cuidadores de pacientes con cirrosis hepática.

Objetivo: Establecer la prevalencia de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con cirrosis hepática.

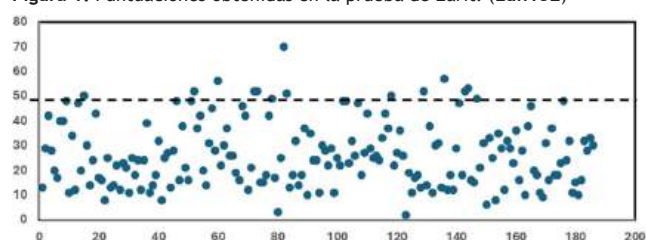
Material y métodos: Estudio transversal en el que se aplicó el cuestionario de sobrecarga de Zarit a los cuidadores primarios que consta de 22 preguntas ponderadas de 0 a 4, con un intervalo total de 88 puntos. Las puntuaciones de 47 a 55 puntos indican sobrecarga leve y las mayores de 55 puntos sobrecarga intensa.

Resultados: De los 186 cuidadores evaluados, 77 (41%) fueron hombres y 109 (59%) mujeres; los principales parentescos fueron cónyuges (47%) e hijos (33%). La edad fue de $48,4 \pm 14,5$ años. El 73% de los cuidadores respondió el cuestionario durante la hospitalización y el resto en la consulta externa. Se obtuvo una puntuación de $26,6 \pm 13,2$; en total, 23 cuidadores (12%) mostraron sobrecarga, que fue leve en 20 personas (87%) (Figura 1). Predominó en mujeres, pero sin ser estadísticamente significativo (64% vs. 36%, $p = 0,895$). No hubo correlación entre la puntuación obtenida y la edad del cuidador, la edad del paciente o el número de descompensaciones.

Conclusiones: La prevalencia de sobrecarga encontrada es menor que la informada en otros estudios y no estuvo vinculada con las características del paciente y su enfermedad, por lo que deben indagarse en estudios posteriores factores propios del cuidador como causa de la sobrecarga.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Puntuaciones obtenidas en la prueba de Zarit. (Lun182)



Lun183

FACTORES DE RIESGO CLÍNICO Y BIOQUÍMICO ASOCIADOS A COMPLICACIONES MÉDICAS TEMPRANAS POSTRASPLANTE HEPÁTICO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO NACIONAL

A. Melgar-Pliego, V. M. Páez-Zayas, A. Sánchez-Cedillo, E. F. Rodríguez-Aguilar, V. López-Ladrón de Guevara, O. Vázquez-Gómez, K. M. Meixueiro-Olivera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El trasplante hepático (TH) es el tratamiento definitivo para la enfermedad hepática avanzada; sin embargo, durante los primeros seis meses posteriores al procedimiento pueden aparecer complicaciones médicas relevantes que afectan el pronóstico del paciente y el injerto. Las infecciones, el rechazo agudo, la insuficiencia renal aguda (IRA) y la toxicidad inmunológica constituyen los episodios más frecuentes. La detección temprana de factores clínicos y de laboratorio relacionados con estas complicaciones permite optimizar el seguimiento, ajustar los esquemas inmunosupresores y reducir los reingresos y la mortalidad.

Objetivo: Describir la frecuencia y el tipo de complicaciones médicas tempranas postrasplante hepático y analizar los principales factores clínicos y bioquímicos vinculados con su aparición en una cohorte nacional.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en pacientes adultos sometidos a TH entre enero de 2019 y diciembre de 2023 en un centro de referencia nacional. Se incluyó a 122 pacientes con seguimiento mínimo de seis meses. Se analizaron variables clínicas (edad, sexo, comorbilidades), tipo de inmunosupresión (tacrolimus, micofenolato, esteroides, mTOR) y parámetros bioquímicos tempranos (leucocitos, creatinina, AST, ALT, bilirrubina). Se consideraron como complicaciones médicas tempranas (CME): infecciones (bacterianas, virales o micóticas), IRA (creatinina $\geq$ 50% del basal), rechazo agudo (clínico o histológico) y toxicidad inmunosupresora (neurológica, hipertensión grave, hepatotoxicidad).

Resultados: Se documentaron 40 CME (32,4%). Las infecciones fueron las más comunes (n = 22; 55,8%): 17 bacterianas (respiratorias y urinarias), cinco virales por citomegalovirus y tres micóticas. Además, se identificaron ocho casos de IRA (20,5%), seis rechazos agudos (14,7%) y cuatro toxicidades inmunosupresoras (8,8%). Los principales factores de riesgo identificados fueron: Leucocitosis temprana ($> 12.000/\mu\text{L}$ en los primeros tres días posoperatorios): relacionada significativamente con infecciones (OR 4,6; IC95%, 1,9-11,2; p = 0,002). Creatinina elevada ($> 1,5 \text{ mg/dL}$ en las primeras 72 h): predictor de IRA (OR 5,3; IC95%, 2,1-13,3; p = 0,001). Edad mayor de 60 años: se vinculó con mayor riesgo global de presentar CME (OR 2,9; IC95%, 1,3-6,5; p = 0,008). Valores bajos de tacrolimus en la primera semana ($< 5 \text{ ng/mL}$): se identificaron en la mayoría de los casos de rechazo agudo. En la **Tabla 1** se muestran las recomendaciones clínicas derivadas del análisis de factores de riesgo.

Tabla 1. Recomendaciones clínicas derivadas del análisis de factores de riesgo. (Lun183)	
Hallazgo	Recomendación
Leucocitosis temprana	Considerar vigilancia activa y cultivos dirigidos
Elevación temprana de creatinina	Hidratación radical, evitar nefrotóxicos, ajustar dosis de inmunosupresores
Edad > 60 años	Estratificación de riesgo pretrasplante y seguimiento estrecho
Valores bajos de tacrolimus	Vigilancia intensiva de los valores, revisión de adherencia y ajustes tempranos

Conclusiones: Las complicaciones médicas tempranas postrasplante hepático ocurrieron en el 32,4% de los pacientes. Los factores de riesgo más importantes identificados fueron la leucocitosis temprana, la elevación de la creatinina en los primeros días, la edad avanzada y la inmunosupresión subóptima. Su reconocimiento permite estratificar el riesgo de manera individualizada, intensificar la vigilancia y ajustar el tratamiento inmunosupresor de forma proactiva. Integrar estos factores en modelos

predictivos puede mejorar los desenlaces clínicos en la etapa crítica postrasplante.

Financiamiento: Ninguno.

Lun184

INVASIÓN LINFOVASCULAR, PERINEURAL Y SATELITOSIS COMO PREDICTORES DE RECURRENCIA POSTRASPLANTE POR HCC

A. Melgar-Pliego, V. M. Páez-Zayas, A. Sánchez-Cedillo, E. F. Rodríguez-Aguilar, V. López-Ladrón de Guevara, O. Vázquez-Gómez, F. Alardín-Gutiérrez, A. Alcocer-Rivello, K. M. Meixueiro-Olivera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El carcinoma hepatocelular (CHC) es una de las principales indicaciones de trasplante hepático en el mundo. La recurrencia tumoral posterior al trasplante representa el episodio más temido en el seguimiento oncológico. Se han descrito múltiples factores de riesgo clínicos y radiológicos, pero los hallazgos histopatológicos del explante podrían ofrecer información valiosa para estratificar el riesgo. La invasión linfovascular, la invasión perineural y la satelitosis tumoral se han vinculado con biología tumoral agresiva en diversas neoplasias.

Objetivo: Evaluar el valor pronóstico de hallazgos histopatológicos (satelitosis, invasión perineural e invasión linfovascular) en el riesgo de recurrencia tumoral posterior al trasplante hepático por CHC.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a 13 pacientes trasplantados por CHC con seguimiento clínico y oncológico entre 2023 y 2025. Se recolectaron variables clínicas, quirúrgicas e histopatológicas del explante. Se definió la recurrencia como la aparición de enfermedad tumoral activa posterior al trasplante. Se construyó un modelo de riesgo histológico simple y se asignó 1 punto por cada hallazgo positivo: satelitosis, invasión perineural o linfovascular (intervalo de riesgo, 0 a 3 puntos). Se analizaron las relaciones con recurrencia tumoral.

Resultados: Se incluyó a 13 pacientes trasplantados por CHC, con una mediana de edad de 61 años (RIC, 55-67). Al aplicar el modelo de riesgo histológico simple la distribución fue: 0 puntos (n = 6; 46,1%), 1 punto (n = 6; 46,1%) y 2 puntos (n = 1; 7,6%). Ningún paciente mostró los tres hallazgos. La recurrencia tumoral postrasplante se documentó en un solo caso (7,6%; IC95%: 0,4-31,5%), correspondiente al único paciente con dos hallazgos positivos (satelitosis e invasión linfovascular). En contraste, no se observaron recurrencias en los pacientes con 0 o 1 punto de riesgo (0%; n = 12), lo que sugiere una relación directa entre la puntuación acumulada y el riesgo de recurrencia, aunque sin significancia estadística debido al tamaño muestral. La media de sobrevida libre de enfermedad fue de 28,3 meses (DE: 5,2; IC95%, 22,3-34,3), y la media de sobrevida global de 27,2 meses (DE: 6,1; IC95%, 20,1-34,3). Aunque la razón de riesgo (RR) no fue calculable por la baja frecuencia de episodios, el modelo mostró una tendencia positiva hacia el mayor riesgo con mayor número de hallazgos histológicos (**Tabla 1**), lo que respalda su posible utilidad clínica como herramienta de estratificación.

Tabla 1. Propuesta de modelo de riesgo histológico postrasplante por CHC. (Lun184)	
Hallazgo positivo	Puntuación asignada
Satelitosis tumoral	1 punto
Invasión linfovascular	1 punto
Invasión perineural	1 punto
Total posible	0-3 puntos

Conclusiones: La presencia de hallazgos histológicos como satelitosis, invasión perineural e invasión linfovascular en el explante hepático puede representar un marcador de biología tumoral agresiva. En esta cohorte, el único caso de recurrencia ocurrió en un paciente con dos de estos hallazgos. Se propone un modelo de riesgo histológico simple que podría utilizarse para estratificar el seguimiento postrasplante. Su validación en series más amplias podría contribuir al diseño de esquemas de vigilancia personalizados.

Financiamiento: Ninguno.

Lun185

SEGUIMIENTO POSTRASPLANTE EN PACIENTES CON HCC: EXPERIENCIA Y VIGILANCIA ESTRUCTURADA EN UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL

A. Melgar-Pliego, V. M. Páez-Zayas, A. Sánchez-Cedillo, E. F. Rodríguez-Aguilar, V. López-Ladrón de Guevara, O. Vázquez-Gómez, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El seguimiento postrasplante en pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) tiene como objetivo la detección temprana de recurrencia tumoral y la mejora de la sobrevida global. Persisten variaciones importantes en los protocolos utilizados y su efecto real en la recurrencia es todavía objeto de estudio. La detección oportuna de recurrencia en el contexto de vigilancia estructurada puede representar una oportunidad para intervenciones terapéuticas más eficaces.

Objetivo: Describir los desenlaces clínicos oncológicos y la recurrencia tumoral en una cohorte de pacientes con CHC trasplantados, sometidos a un esquema sistemático de seguimiento postrasplante en un centro nacional de referencia.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a 18 pacientes trasplantados por CHC con seguimiento de 2023 a 2025. Se analizaron variables clínicas, tumorales y terapéuticas, con base en el protocolo de seguimiento ya establecido, con tomografía computarizada o resonancia magnética toracoabdominal cada tres a seis meses, y medición de alfa-fetoproteína (AFP) en cada control. La recurrencia se definió como cualquier evidencia de neoplasia activa postrasplante. El seguimiento máximo fue de 30 meses.

Resultados: La cohorte incluyó a 18 pacientes; el 66,7% (n = 12) no cumplía criterios de Milán al diagnóstico y se sometió a *downstaging* antes del trasplante. Los seis pacientes restantes se trasplantaron dentro de los criterios de Milán. Durante el seguimiento se documentó una recurrencia tumoral (5,5%), detectada tempranamente gracias al protocolo de vigilancia (Tabla 1). Además, se registró un fallecimiento sin evidencia de recurrencia. La media de sobrevida libre de enfermedad fue de $28,3 \pm 5,2$ meses (IC95%, 25,3-31,3), y la media de sobrevida global fue de $27,2 \pm 6,1$ meses (IC95%, 23,5-30,9). Todos los pacientes completaron al menos dos estudios imagenológicos y tres determinaciones de AFP durante el primer año postrasplante. En esta cohorte, el 100% de los pacientes cumplió con un índice CETS ≥ 252 días de vigilancia acumulada, lo cual podría relacionarse con la elevada tasa de detección oportuna y ausencia de recurrencias tardías.

Conclusiones: Estos resultados muestran una tasa baja de recurrencia y mortalidad en pacientes trasplantados por CHC sometidos a vigilancia estructurada. La recurrencia se detectó en fase temprana, lo que refuerza la utilidad del protocolo aplicado. Este estudio respalda la implementación de esquemas de seguimiento intensivo durante los primeros años postrasplante y promueve el uso de indicadores como CETS para optimizar resultados oncológicos.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Tabla 1. Modalidades de seguimiento recomendadas. (Lun185)		
Modalidad	Frecuencia (0-24 meses)	Frecuencia (24-60 meses)
Tomografía (TC) toracoabdominal	Cada 3-4 meses	Cada 6 meses
Alfa-fetoproteína (AFP)	Cada 3 meses	Cada 6 meses
PET-CT (opcional, casos seleccionados)	Según sospecha clínica	

Lun186

EVALUACIÓN NO INVASIVA DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL EN CIRROSIS HEPÁTICA MEDIANTE RIGIDEZ ESPLÉNICA

M. Baca-García, F. A. Pérez-Cárdenas, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS) marca el inicio de complicaciones graves en la cirrosis hepática: várices esofágicas,

ascitis y encefalopatía hepática. El gradiente de presión venosa hepática (GPVH) es el estándar diagnóstico, pero es invasivo y poco accesible. Si bien la rigidez hepática medida por elastografía transitoria ha demostrado utilidad, su valor puede verse influido por inflamación o fibrosis heterogénea. En contraste, la rigidez esplénica refleja de forma más directa la congestión portal, lo que muestra un mejor rendimiento como marcador no invasivo de HPCS.

Objetivo: Evaluar la utilidad diagnóstica de la rigidez esplénica medida por elastografía de transición como marcador no invasivo de hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS) en pacientes con cirrosis hepática.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal que incluyó a pacientes con cirrosis hepática de cualquier causa con F4 (confirmado por elastografía de transición). La presencia de HPCS se definió por presencia de ascitis, hemorragia digestiva variceal o encefalopatía hepática. Se realizó estadística descriptiva y se utilizaron la prueba de Mann-Whitney, la curva ROC y la regresión logística.

Resultados: La muestra incluyó a 160 pacientes con cirrosis hepática, de los cuales 52,5% correspondió a hombres (n = 84) y 47,5% a mujeres (n = 76). La edad media fue de 57,8 años (intervalo, 27-87 años). Las causas más frecuentes fueron: ALD (41,8%), MASLD (20%), VHC (18,7%), METALD (6,25%), CBP (6,25%), HAI (3,1%), VHB (1,25%), no filiada (1,8%) y CEP (0,63%). El 65% presentó HPCS y un punto de corte de 52,5 kPa mostró una AUC de 0,82, sensibilidad del 78% y especificidad del 72%. La combinación con plaquetas $< 150\,000/\text{mm}^3$ elevó la sensibilidad al 85% y la especificidad al 80%. En el análisis multivariado, la rigidez esplénica (OR 1,05; $p < 0,001$) y el recuento plaquetario (OR 0,98; $p = 0,002$) fueron predictores independientes de HPCS.

Conclusiones: La rigidez esplénica medida por elastografía de transición es una herramienta útil y no invasiva para la detección de HPCS en pacientes con cirrosis hepática. Un punto de corte de 52,5 kPa ofrece una buena sensibilidad y especificidad. La combinación de rigidez esplénica elevada y trombocitopenia mejora la precisión diagnóstica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun187

ÍNDICE DE LOK Y MELD-LAC COMO ESCALAS PRONÓSTICAS DE SANGRADO VARICEAL ESOFÁGICO GRAVE EN PACIENTES CON MASLD, ESTUDIO UNICÉNTRICO

D. G. Lindoro-Barraza, E. G. Salgado-Parra, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

Introducción: La cirrosis hepática secundaria a enfermedad hepática esteatótica relacionada con disfunción metabólica (MASLD) es una de las principales causas de enfermedad hepática crónica a nivel mundial. Entre sus complicaciones más graves se encuentra el sangrado variceal esofágico, que se acompaña de una elevada morbilidad y mortalidad. El índice de Lok contiene entre sus variables la concentración de plaquetas, el tiempo de protrombina y la relación AST/ALT. Estas variables están alteradas en pacientes que tienen hipertensión portal, al margen de que el paciente curse con cirrosis o no. La MELD-lactato es una modificación de la calificación MELD que incorpora la concentración sérica de lactato, un biomarcador sensible al estado de hipoperfusión, hipoxia tisular y estrés metabólico. La elevación del lactato se ha vinculado consistentemente con mayor mortalidad en pacientes cirróticos hospitalizados, en particular en contextos de sangrado, sepsis y fallo hepático agudo sobre crónico. La identificación temprana de pacientes con alto riesgo de sangrado grave es fundamental para mejorar su pronóstico y optimizar el tratamiento clínico. No existe actualmente una escala pronóstica validada de modo específico para esta población.

Objetivo: Evaluar y comparar la capacidad pronóstica de las escalas MELD-Lac e índice de Lok para predecir sangrado variceal esofágico grave en pacientes con cirrosis hepática secundaria a MASLD.

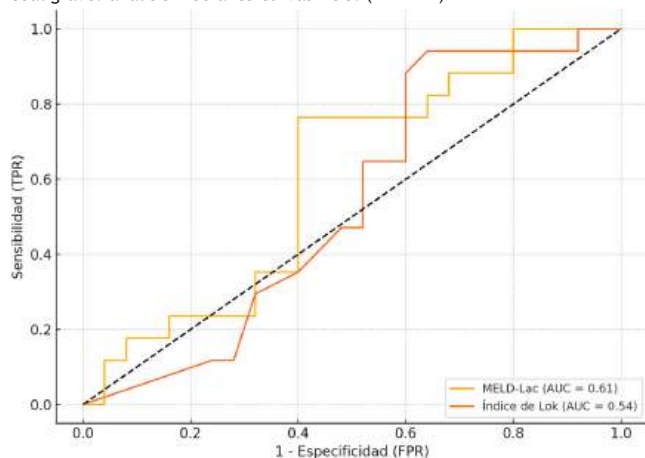
Material y métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal realizado mediante la revisión de expedientes clínicos de pacientes con cirrosis secundaria a MASLD atendidos entre abril de 2022 y diciembre de 2024 en el Hospital Regional ISSSTE Lic. Adolfo López Mateos. Se incluyó a pacientes con sangrado variceal esofágico y se calcularon las puntuaciones MELD-Lac e índice de Lok. Se utilizaron análisis de curvas ROC, sensibilidad, especificidad, puntos de corte óptimos (índice de Youden), *odds ratio* y prueba de DeLong para comparar las áreas bajo la curva.

Resultados: Se incluyó a un total de 42 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática secundaria a MASLD y sangrado variceal esofágico. La edad promedio fue de 61,9 años. En cuanto a la distribución por sexo, el 57,1% correspondió a mujeres y el 42,9% a hombres. Entre los pacientes que cumplieron con la definición de sangrado variceal esofágico grave ($n = 17$), el estadio de Child-Pugh más frecuente fue clase B con 7 puntos, presente en seis pacientes. La MELD-Lac registró un AUC de 0,72 y un punto de corte óptimo de 10,42 (sensibilidad, 76%; especificidad, 60%; OR, 4,88; IC95%, 1,23-19,32). El índice de Lok mostró un AUC de 0,61 y un punto de corte de 0,83 (sensibilidad, 94%; especificidad, 36%; OR, 9,00; IC95%, 1,02-79,55) (Figura 1). La diferencia entre AUC no fue estadísticamente significativa ($p = 0,571$).

Conclusiones: Tanto la MELD-Lac como el índice de Lok demostraron capacidad pronóstica para predecir sangrado variceal esofágico grave en pacientes con cirrosis secundaria a MASLD. La MELD-Lac mostró mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad, mientras que el índice de Lok destacó por su alta sensibilidad. Ambas herramientas pueden ser útiles para estratificar el riesgo y optimizar el tratamiento clínico de esta población; se debe ampliar más la muestra de población estudiada para lograr significancia estadística.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento externo.

Figura 1. Desempeño diagnóstico de escalas pronósticas para sangrado variceal grave: análisis mediante curvas ROC. (Lun187)



Lun188

OMEGA 5 NANO: UN COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS OXIDATIVO EN PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA SEVERA

E. B. Hernández-Cruz, M. Martínez-Castillo, E. Bojorges-Valdez, D. Santana-Vargas, D. Munguía-Ramos, F. D. Martínez-Sánchez, E. K. Tenorio-Aguirre, J. Córdova-Gallardo, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: HIPAM, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La hepatitis alcohólica (HA), un daño hepático agudo sobre crónico, afecta al 35% de los consumidores consuetudinarios de alcohol y en formas graves posee alta mortalidad. El trasplante hepático es la única opción en no respondedores a prednisona. El omega 5 nano, derivado del aceite de granada, actúa como antioxidante que podría potenciar el efecto de la prednisona y reducir el estrés oxidativo (EsOx).

Objetivo: Evaluar la eficacia del omega 5 nano como coadyuvante de la prednisona en la modulación de citocinas inflamatorias y EsOx en HA grave (Maddrey ≥ 32).

Material y métodos: Estudio clínico fase I (NCT 03732586), aleatorizado y doble ciego con 40 sujetos divididos en: a) prednisona 40 mg/día + placebo ($n = 20$) y b) prednisona 40 mg/día + omega 5 nano (1,28 g/día) ($n = 20$), durante 28 días. Se midieron parámetros bioquímicos, citocinas (IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, TNF- α , IFN- γ) y EsOx (glutatión reducido y oxidado, malondialdehído, carbonilos proteicos) en sangre (días, 0, 7, 14 y 28). El análisis estadístico incluyó correlaciones de Pearson ($p < 0,05$) mediante SPSS v22 y Python.

Resultados: No hubo diferencias entre grupos; la población se distribuyó en omega 5 (10% de mujeres, 90% de hombres) y placebo (15% de mujeres, 85% de hombres) con edad promedio de 44 años. El grupo placebo mostró mayor correlación entre variables bioquímicas-citocinas ($r = 0,57$, $p < 0,05$) en el día 28, lo que sugiere que los sistemas involucrados se mantienen activados. En contraste, el grupo omega 5 genera una modulación a la baja en el estrés oxidativo, reflejado en la correlación de variables bioquímicas-EsOx ($r = -0,51$, $p < 0,05$).

Conclusiones: El omega 5 nano como coadyuvante de la prednisona mostró un efecto antioxidante en la HA grave y puede contribuir al tratamiento de episodios que causan alta mortalidad. Sin embargo, es necesario un estudio de fase II para comprender mejor los cambios específicos y determinar el efecto clínico real de esta intervención terapéutica.

Financiamiento: Financiamiento parcial recibido de Distribuidora BioLife S.A. de C.V.

Lun189

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS ENFERMEDADES HEPÁTICAS AUTOINMUNES EN VERACRUZ

Z. P. Álvarez-Tiburcio, M. Suárez-Fernández, R. B. De la Paz-Ibarra, A. D. Cano-Contreras, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad de Veracruz

Introducción: Las enfermedades hepáticas autoinmunes abarcan un grupo heterogéneo de afecciones que representan el 5% de todas las enfermedades crónicas del hígado y suelen presentarse de manera lenta y progresiva, por lo que su diagnóstico se establece casi siempre en etapas avanzadas. Los estudios epidemiológicos en el estado de Veracruz son limitados, lo que recalca la importancia de este trabajo de investigación.

Objetivo: Describir las características clínicas de las enfermedades hepáticas autoinmunes en la ciudad de Veracruz.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyó a sujetos que acudieron al departamento de hepatología del Instituto de Investigaciones Médico Biológicas y del IMSS UMAE, Hospital de Especialidades 14, Centro Médico Nacional Adolfo Ruiz Cortines con diagnóstico de enfermedad hepática autoinmune. Se revisaron expedientes clínicos para obtener las variables de edad de diagnóstico, peso, talla, IMC, diagnóstico, resultados de laboratorio y gabinete. Las variables numéricas se registraron con medidas de tendencia central y dispersión, mientras que las variables categóricas se informaron con frecuencia y porcentaje. La distribución de los datos se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad con la prueba de Levene. El análisis estadístico se realizó con SPSS v. 26.

Resultados: Se incluyó a 49 sujetos con diagnóstico de enfermedad hepática autoinmune en el que predominaron las mujeres con 85,7% y mediana de edad al diagnóstico de 50 años e IMC de $25,23 \pm 3,66$ kg/m². El 34% de los pacientes no presentó fibrosis, mientras que 28% desarrolló fibrosis leve a moderada (F2-F3) y 36,7% fibrosis avanzada (F3-F4). La edad al diagnóstico fue mayor en el grupo con fibrosis avanzada, con una mediana de 63,5 años, comparado con 48 años en pacientes sin fibrosis y 46,5 años en fibrosis leve/moderada. En cuanto al diagnóstico específico, el 46,9% tenía hepatitis autoinmune (HAI), el 38,8% colangitis biliar primaria (CBP) y el 14,3% sobreposición HAI/CBP. La gravedad de la fibrosis varió en cada uno de los grupos: en pacientes sin fibrosis predominó la CBP (47,1%), mientras que en la fibrosis avanzada la HAI fue más común (44,4%). Véase la **Tabla 1**. El tiempo de evolución de la enfermedad fue similar entre los grupos, con un intervalo mediano entre 21 y 28 meses. Respecto de la positividad de autoanticuerpos, el ANA fue el más frecuente, presente en el 68,9% de los pacientes. La positividad de ASMA y AMA fue mayor en individuos con fibrosis avanzada (38,9% para ambos). La presencia de enfermedades autoinmunes relacionadas fue del 38% y las más comunes fueron el hipotiroidismo (20%) y el lupus eritematoso sistémico (8%).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con enfermedad hepática autoinmune en Veracruz se observó predominio significativo en mujeres con una mediana de edad al diagnóstico cercana a los 50 años. La HAI fue la enfermedad más prevalente aunada a la elevada prevalencia de fibrosis avanzada, en tanto que en pacientes con CBP el diagnóstico fue más frecuente en etapas tempranas. La coexistencia de otras enfermedades hepáticas y autoinmunes destaca la complejidad clínica de esta población. Estos hallazgos subrayan la importancia de un diagnóstico temprano y un seguimiento riguroso para prevenir la progresión a fibrosis avanzada y cirrosis. Se recomienda

Tabla 1. Características de los pacientes con enfermedad hepática autoinmune de acuerdo con la presencia y gravedad de la fibrosis hepática. Los datos se expresan como frecuencias y porcentajes, media y desviación estándar, mediana y rango intercuartílico. (Lun189)

	Pacientes sin fibrosis hepática n = 17 (34%)	Pacientes con fibrosis leve/moderada (F2-F3) n = 14 (28%)	Pacientes con fibrosis avanzada (F3-F4) n = 18 (36,7%)
Sexo			
Mujer, n = 42 (85,7%)	16 (94,1%)	9 (64,3%)	17 (94,4%)
Hombre, n = 7 (14,3%)	1 (5,9%)	5 (35,7%)	1 (5,6%)
Peso (kg)	60,23 ± 8,19	69,28 ± 10,72	60,75 ± 14,31
IMC	23,69 ± 3,51	26,44 ± 3,71	25,24 ± 3,48
Enfermedad hepática autoinmune			
HAI, n = 23 (46,9%)	7 (41,2%)	8 (57,1%)	8 (44,4%)
CBP, n = 19 (38,8%)	8 (47,1%)	3 (21,4%)	8 (44,4%)
HAI/CBP, n = 7 (14,3%)	2 (11,8%)	3 (21,4%)	2 (11,1%)
Enfermedad hepática sobrepuesta			
MASLD, n = 4 (8,2%)	1 (5,9%)	2 (14,3%)	1 (5,3%)
MetALD, n = 1 (2%)	1 (5,9%)	-	-
Hepatitis C, n = 1 (2%)	-	1 (7,1%)	-
Positividad de anticuerpos			
ANA	11 (64,7%)	9 (64,3%)	10 (55,6%)
ASMA	3 (17,6%)	2 (14,3%)	7 (38,9%)
AMA	3 (17,6%)	6 (42,9%)	7 (38,9%)
P-ANCA	-	1 (7,1%)	-
Sp100	1 (5,9%)	1 (7,1%)	-
gp210	1 (5,9%)	-	-
Elastografía hepática, n = 24 (48%)			
LSM	6,2 ± 1,2	7,5 ± 2,3	19,6 ± 8,9
CAP	253,5 ± 56,8	228,8 ± 38,7	224,25 ± 38,8
Otra enfermedad autoinmune relacionada, n = 19 (38%)	6 (35,3%)	6 (42,9%)	7 (36,8%)

IMC, índice de masa corporal; HAI, hepatitis autoinmune; CBP, colangitis biliar primaria; HAI/CBP, sobreposición de hepatitis autoinmune/cirrosis biliar primaria; MASLD, enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica; MetALD, esteatosis hepática por disfunción metabólica y alcohol; ANA, anticuerpos antinucleares; ASMA, anticuerpos antimúsculo liso; AMA, anticuerpos antimitocondriales; P-ANCA, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos con patrón perinuclear; LSM, medición de rigidez hepática; CAP, coeficiente de atenuación paramétrica.

ampliar la muestra con el propósito de seguir el estudio de la epidemiología y las características clínicas de las enfermedades hepáticas autoinmunes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun190

REINGRESO HOSPITALARIO POSTERIOR AL TRASPLANTE HEPÁTICO: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA

J. M. Yáñez-Reyes, A. Gutiérrez-Castillo, B. M. Román-Calleja, N. C. Flores-García, J. A. González-Regueiro, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El reingreso hospitalario es común tras el trasplante hepático (TH) y se ha vinculado con menor supervivencia en estudios previos. Sin embargo, la evidencia en la población mexicana es limitada.

Objetivo: Evaluar la frecuencia, causas y desenlaces del reingreso en los primeros 365 días tras TH, con énfasis en la sobrevida global.

Material y métodos: Participaron pacientes sometidos a TH entre 2022 y 2023 en el servicio de hepatología y TH del INCMNSZ, y con seguimiento subsecuente. Tipo de estudio: analítico, longitudinal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, sexo, indicación del TH, presencia de cirrosis hepática (CH) o carcinoma hepatocelular (CHC), escala de Child-Pugh (CP) y MELD, días de hospitalización, reingreso hospitalario, muerte. Análisis estadístico: las variables categóricas se analizaron en términos de frecuencias y porcentajes, y las variables numéricas mediante mediana y rango intercuartílico (RIC). El análisis de sobrevida se realizó con la prueba de log-rank y se comparó la supervivencia global (SG) de los pacientes que reingresaron y los que no.

Resultados: Se analizó a 69 pacientes. La media de edad fue de 46,6 años (intervalo, 19-70) y el 60,9% correspondió al sexo femenino. El 84,1% de

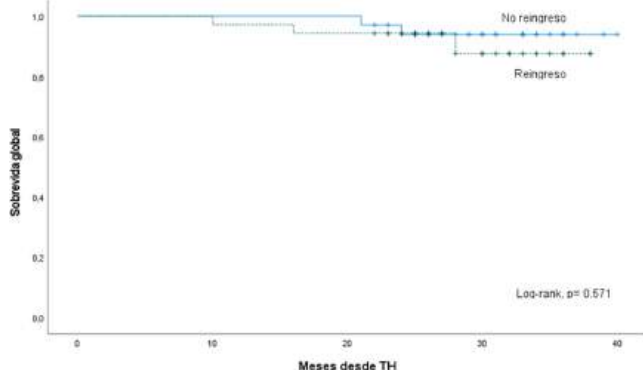
los pacientes tenía diagnóstico de CH y las causas más frecuentes fueron VHC (19,0%), seguido de cirrosis criptogénica (17,2%) y hepatitis autoinmune (10,3%). Los pacientes con cirrosis entraron en la categoría de CP A en 15,8% (9/57), B en 63,2% (36/57) y C en 21,1% (12/57). Del 15,9% que no padecía CH, las indicaciones más frecuentes de TH fueron la falla hepática aguda y la enfermedad hepática poliquística, ambas en tres casos. Las principales complicaciones presentadas por los pacientes antes del protocolo de TH fueron: sangrado variceal (40,6%), ascitis (63,8%) y encefalopatía (53,6%). La mediana de la calificación MELD v3.0 fue de 22,0 (RIC, 20,5-24,0). Un 23,2% tenía evidencia de CHC. Todos los injertos hepáticos provinieron de donantes fallecidos por muerte encefálica. Las dos técnicas quirúrgicas empleadas fueron a) exclusión total de la vena cava en 65,2%, y b) técnica *piggyback* en 34,8%. La mediana de sangrado fue de 1 600 mL, mientras que el tiempo de isquemia fría fue de 421 min (RIC, 369-536), y el de isquemia tibia de 49 min (RIC, 37,5-57,0). Ocho pacientes (11,6%) tuvieron que reintervenirse luego del TH. La mediana de estancia hospitalaria fue de 10 días (RIC 7,5-21,0). Un poco más de la mitad de los pacientes (n = 35/69, 50,7%) requirió un reingreso tras la hospitalización índice. La mediana de tiempo desde el egreso hasta el reingreso fue de 50 días (RIC, 18-107). Cuatro pacientes tuvieron más de un reingreso: dos en tres sujetos y cuatro en uno. Los motivos más frecuentes de reingreso fueron infecciones (n = 17/35, 48,6%), seguidas de complicaciones biliares (5/35, 14,3%); las infecciones más frecuentes fueron la de vías urinarias (n = 5), neumonía (n = 3), CMV (n = 2), e infección del sitio quirúrgico (n = 2). Otras causas de reingreso incluyeron deterioro del estado mental, rechazo del injerto, toxicidad por fármacos, complicaciones quirúrgicas, entre otras. En el periodo de estudio, cinco pacientes fallecieron (7,2%). La Figura 1 muestra la comparación de SG entre quienes se reingresaron una o más veces respecto de los que no: los no reingresados tuvieron una SG del 93,9% a 24 meses, contra 94,3% en quienes sí se reingresaron, y a los 36 meses se mantuvo en 93,9% en los no reingresados contra 87,6% en quienes tuvieron reingreso, sin observarse una diferencia estadísticamente significativa (log-rank, p = 0,571).

Conclusiones: El reingreso hospitalario posterior al TH fue frecuente, sobre todo por infecciones y complicaciones biliares. No se observó una diferencia

estadísticamente significativa en la SG entre pacientes reingresados y no reingresados.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Supervivencia global de pacientes trasplantados según el reingreso hospitalario. La SG a 24 meses fue de 93,9% en pacientes sin reingreso en comparación con 94,3% en quienes reingresaron. A 36 meses, la SG fue de 93,9% vs. 87,6%, respectivamente, sin diferencia estadísticamente significativa (log-rank, $p = 0,571$). (Lun190)



Lun191

COMPARACIÓN ENTRE SISTEMAS PRONÓSTICOS CONVENCIONALES Y EL MODELO AIMAH (ARTIFICIAL INTELLIGENCE MODEL FOR ALCOHOLIC HEPATITIS) PARA PREDECIR LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA

E. M. Tovar-Bojórquez, L. A. González-Torres, C. A. Cortez-Hernández, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La hepatitis alcohólica (HA) es una enfermedad hepática grave relacionada con el consumo excesivo de alcohol, que puede progresar rápidamente a insuficiencia hepática y muerte. Una evaluación precisa de su gravedad es clave para orientar las decisiones terapéuticas oportunas. Aunque existen múltiples modelos pronósticos ampliamente utilizados, su precisión y capacidad predictiva son todavía limitadas. En este contexto, los modelos basados en inteligencia artificial (IA) emergen como una herramienta promisorio para optimizar la predicción clínica.

Objetivo: Determinar si el AIMAH (*Artificial intelligence model for alcoholic hepatitis*), un modelo pronóstico propio desarrollado mediante IA, ofrece una capacidad predictiva superior a la de los sistemas comunes para calcular la mortalidad en pacientes con HA, y proponerlo en su caso como una alternativa innovadora para mejorar la estratificación del riesgo y la atención clínica.

Material y métodos: Se incluyó a 108 pacientes hospitalizados con diagnóstico de HA. Se evaluó el desempeño de modelos pronósticos convencionales, incluidos la función discriminatoria de Maddrey (mDF), la puntuación de hepatitis alcohólica de Glasgow (GAHS) y el modelo ALCHAIN (*ALCOHOLIC Hepatitis Artificial Intelligence*). Estos instrumentos se compararon con el modelo AIMAH. La capacidad predictiva de cada sistema se determinó mediante el área bajo la curva ROC (AUC) para la predicción de mortalidad a los 7, 28 y 90 días.

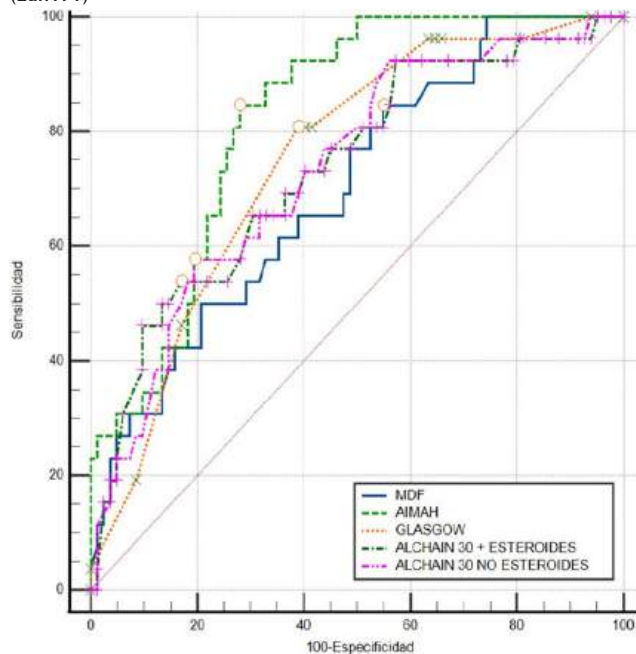
Resultados: La mediana de edad fue de 46 años, con predominio masculino (93,5%). El 100% presentaba consumo crónico de alcohol (mediana, 22,5 años) y el 92,6% tenía cirrosis hepática, en su mayoría sin diagnóstico previo. La mortalidad global a 90 días fue del 41,7%. El modelo AIMAH predijo la mortalidad a los siete días con un punto de corte óptimo de 61,95% [(S 100%, E 76%), AUC 0,863, $p < 0,0001$], e índice de Youden (IY) de 0,76. Al considerar una prevalencia del 6,48%, se obtuvo un VPP de 22,6% y un VPN de 100%. Para los 28 días (Figura 1), el punto de corte óptimo fue de 49,3% [(S 84,6%, E 71,9%), AUC 0,824, $p < 0,0001$], con IY de 0,56, VPP de 48,9% y VPN de 93,6%. A los 90 días se identificó un punto de corte de 25,18% [(S 95,6%, E 60,3%), AUC 0,834, $p < 0,0001$], IY de 0,55, VPP de 63,2% y VPN de 95%.

Conclusiones: El modelo AIMAH mostró un desempeño superior en la predicción de mortalidad a corto (7 y 28 días) y mediano plazos (90 días), con

una capacidad discriminatoria mayor que la de los modelos pronósticos habituales evaluados. Estos resultados respaldan su utilidad como herramienta clínica para optimizar la estratificación del riesgo y la toma de decisiones en pacientes con HA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Mortalidad a los 28 días según los distintos modelos pronósticos. (Lun191)



mDF, función discriminatoria de Maddrey; AIMAH, *Artificial intelligence model for alcoholic hepatitis*; GLASGOW, puntuación de hepatitis alcohólica de Glasgow; ALCHAIN, *ALCOHOLIC Hepatitis Artificial Intelligence*.

Lun192

PATRONES DE RESISTENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA EN PACIENTES CON PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA Y SU IMPACTO EN LA MORTALIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

G. Rangel-Zavala, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, K. Cazarín-Chávez, L. V. Cupil-Escobedo, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Carrillo, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una complicación grave en pacientes con cirrosis hepática y ascitis, con una elevada morbilidad. La resistencia antimicrobiana es un problema creciente que compromete la eficacia del tratamiento y aumenta el riesgo de complicaciones en pacientes con PBE. La falta de datos locales sobre los patrones de resistencia en México subraya la necesidad de estudios específicos en este contexto.

Objetivo: Determinar los patrones de resistencia y susceptibilidad antimicrobiana en pacientes con PBE y cirrosis hepática en el Hospital General de México Eduardo Liceaga, así como el efecto de la resistencia a antimicrobianos en los desenlaces clínicos de pacientes con PBE.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y analítico de pacientes mexicanos mayores de 18 años con diagnóstico de peritonitis bacteriana espontánea con cultivo de líquido peritoneal y antibiograma evaluados por el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga entre enero de 2022 y abril de 2024. Se recopilaron datos clínicos y de microbiología de los archivos clínicos físicos y electrónicos de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. Se analizó la prevalencia de resistencia a antimicrobianos, así como las características clínicas, sociodemográficas, microbiológicas y desenlaces observados en los pacientes con PBE evaluados dentro del periodo de estudio.

Resultados: Se identificó a 58 pacientes con cirrosis hepática y PBE atendidos en el Hospital General de México durante el periodo 2022-2024, con una mediana de edad de 55 años y predominancia del sexo femenino. La causa más común de cirrosis hepática fue el consumo de alcohol, con una tasa de mortalidad intrahospitalaria del 58,6%. En los cultivos de líquido peritoneal, *Escherichia coli* fue el patógeno más frecuente, con una prevalencia de resistencia antimicrobiana de 70,7% a cuando menos un agente y el 50% mostró resistencia a múltiples fármacos. Los antibióticos con mayores tasas de resistencia incluyeron clindamicina y ampicilina, mientras que las tigeciclina y el linezolid mostraron menor resistencia. Los pacientes con PBE causada por organismos resistentes a múltiples fármacos de mayor edad tenían un riesgo aumentado de mortalidad intrahospitalaria (OR 1,14; IC95%, 1,02-1,28; p de interacción = 0,023).

Conclusiones: Se registró una alta resistencia antimicrobiana en pacientes con cirrosis y PBE. Estos hallazgos resaltan la necesidad de estrategias de tratamiento adaptadas a la resistencia local para mejorar los desenlaces clínicos de la PBE en este entorno.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Lun193

PROGRESIÓN DE FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON MASLD, PRIMERA EVALUACIÓN PROSPECTIVA EN MÉXICO

L. I. Ortiz-García, P. Alagón-Fernández del Campo, A. Mijangos-Trejo, N. Chávez-Tapia, B. Driscoll, Médica Sur

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASLD) es la principal causa de hepatopatía crónica a nivel mundial. Su progresión incluye esteatosis, esteatohepatitis, fibrosis y cirrosis, lo que eleva la morbilidad y mortalidad. Se desconoce la evolución de la enfermedad en la población mexicana.

Objetivo: Conocer los factores clínicos y bioquímicos vinculados con la progresión de fibrosis (> 8 kPa), medida por elastografía transitoria.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte longitudinal en el hospital Médica Sur del año 2019 al 2024 que incluyó a pacientes ≥ 18 años, con MASLD por parámetro de atenuación controlada que contaran con al menos dos mediciones de rigidez hepática por elastografía transitoria (FibroScan®) separadas por ≥ 12 meses. Se excluyó a los pacientes con ingestión significativa de alcohol u otra hepatopatía crónica.

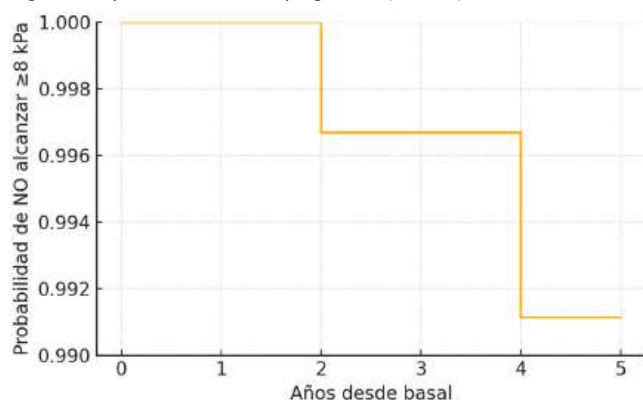
Resultados: Se incluyó a 920 pacientes, de los cuales 284 (30,8%) fueron mujeres, 627 (69,2%) hombres, 86 (22,7%) sufrían diabetes, 66 (17,2%) hipertensión arterial y 279 (73,6%) dislipidemia. La rigidez hepática basal fue de $4,42 \pm 6,10$ Kpa y el parámetro de atenuación controlada de $288,6 \pm 46,9$ dB/m. La mediana de seguimiento fue de cuatro años, con un total de 3 677 personas/año. La tasa de incidencia de progresión a fibrosis hepática fue de 2 casos/1 000 personas/año.

La Figura 1 de curva de Kaplan-Meier muestra que la probabilidad de permanecer libre de progresión a fibrosis fue de 0,991 a cinco años.

Conclusiones: Éste es el primer estudio que demuestra que el avance a fibrosis hepática en pacientes mexicanos con MASLD es baja (< 1% en cinco años). Se requieren estudios en poblaciones de alto riesgo para complementar estos datos.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Figura 1. Supervivencia libre de progresión. (Lun193)



Lun194

EVALUACIÓN DEL PANEL DE IGFBPs Y MMPs COMO BIOMARCADORES NO INVASIVOS EN LA ENFERMEDAD HEPÁTICA POR HEPATITIS C CRÓNICA

A. Hernández-Barragán, M. Martínez-Castillo, A. D. Santana-Vargas, P. Cordeiro-Pérez, L. E. Muñoz-Espinosa, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, D. Kershenobich, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: HIPAM, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: En la era de los antivirales de acción directa es necesario identificar biomarcadores no invasivos para el diagnóstico temprano y el seguimiento de los pacientes con hepatitis C crónica (HCC). Un grupo de interés son las proteínas de unión al factor de crecimiento insulinoide (IGFBP) que han surgido como biomarcadores potenciales en modelos preclínicos de fibrosis, trastornos metabólicos, cáncer y enfermedades cardiovasculares, además de las proteinasas de matriz (MMP) que participan en el remodelamiento de la matriz extracelular.

Objetivo: Evaluar y comparar las proteínas IGFBP y MMP en la fibrosis leve y avanzada por hepatitis C crónica.

Material y métodos: Estudio prospectivo, transversal y multicéntrico. Se incluyó a pacientes con HCC sin tratamiento y se evaluó la fibrosis mediante FibroTest® o FibroScan®. Se determinaron IGFBP-1 a 7, MMP-2, 7 y 9 séricas por arreglo en suspensión múltiple (Milliplex, MERCK®.). El análisis estadístico se llevó a cabo con el área bajo la curva (AUC) y los puntos de corte mediante el índice Youden, con uso del software estadístico SPSS v22.

Resultados: Se incluyó a 237 pacientes, clasificados en F0-F2 (n = 86) y F3-F4 (n = 151). Los mejores discriminadores fueron para F0-F2 vs. F3-F4; IGFBP-2 (cut-off: 0,18 ng/ml), IGFBP-4 (cut-off: 1,01 ng/ml), IGFBP-5 (cut-off: 0,94 ng/ml), IGFBP-6 (cut-off: 0,98 ng/ml) y MMP-7 (cut-off: 0,69 ng/ml), todos con AUC > 0,75, así como sensibilidad y especificidad > 70%. El índice combinado (AUC + F1-score+ MCC) ayudó a determinar los principales cinco biomarcadores.

Conclusiones: Las IGFBP-2, 4, 5, 6 y MMP-7 fueron los mejores discriminadores en la detección de fibrosis avanzada. Los resultados muestran que las IGFBP y MMP-7 destacan como biomarcadores, lo que respalda su uso integrado como panel para mejorar el diagnóstico y vigilancia no invasiva de la fibrosis en hepatitis C crónica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun195

USO DEL PUNTAJE PSICOMÉTRICO DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA (PHES), PRUEBA DE DENOMINACIÓN DE ANIMALES (ANT1) Y QUICKSTROOP PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA (EHM) EN POBLACIÓN MEXICANA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL MANUEL ÁVILA CAMACHO

F. Montoya-Ruiz, A. N. Olivas-Rubio, E. I. González-Bravo, R. A. Cruz-Nieves, R. Milán-Aguirre, A. M. Armenta-Olivas, R. Estupiñán-Martínez, L. A. Castellón-Carbajal, J. A. Aguado-Valerio, UMAE Hospital Heroica Puebla de Zaragoza, IMSS Puebla

Introducción: La encefalopatía hepática mínima (EHM) se infradiagnostica con frecuencia, las consecuencias son múltiples con implicaciones en la calidad de vida y es un precursor de encefalopatía manifiesta que influye directamente en el pronóstico de los pacientes. Por lo regular se ha considerado la puntuación psicométrica de encefalopatía hepática (PHES) como el estándar de oro; sin embargo, su realización requiere tiempo y metodología considerable, por lo que han surgido otras pruebas que implican menor tiempo de realización como la denominación de animales (ANT1) y el QuickStroop.

Objetivo: Determinar la prevalencia de encefalopatía hepática mínima en esta unidad y evaluar el rendimiento diagnóstico de las pruebas ANT1 y QuickStroop, para lo cual se utilizó como estándar de referencia la puntuación psicométrica de encefalopatía hepática (PHES) en la población mexicana.

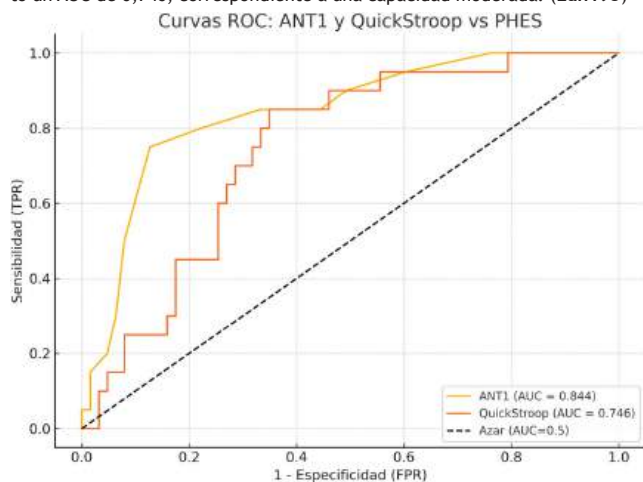
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y unicéntrico de tipo descriptivo. Se incluyó a 83 pacientes con diagnóstico de cirrosis. Se aplicaron tres pruebas: PHES (estándar de oro), denominación de animales en un minuto (ANT1) y QuickStroop, y se tomó como diagnóstico de EHM una puntuación menor a -4 para PHES, ≤ 15 para ANT1 y QuickStroop, cuyo punto de corte se ajustó de acuerdo con la edad y la escolaridad según los valores esperados. Se evaluaron variables como la edad, sexo, IMC, años de educación, causa de la cirrosis, comorbilidades, descompensaciones previas, Child-Pugh y MELD-Na. La prevalencia de encefalopatía hepática mínima (EHM) se calculó mediante proporciones. La capacidad diagnóstica de ANT1 y QuickStroop se evaluó con sensibilidad, especificidad, valores predictivos y curvas ROC.

Resultados: Se incluyó a 83 pacientes con cirrosis hepática. La edad media fue de $59,2 \pm 11,8$ años y el 56% correspondió a mujeres. La prevalencia global de EHM definida por PHES fue de 24,1%. En el análisis comparativo, los pacientes con EHM presentaron un menor número promedio de animales mencionados en la prueba ANT1 y tiempos mayores en QuickStroop. La escolaridad media también fue menor en este grupo. En cuanto a la prueba de denominación de animales (ANT1), se obtuvo una sensibilidad de 75%, especificidad de 87,3%, valor predictivo positivo de 65,2%, valor predictivo negativo de 91,7%, y AUC de 0,844. QuickStroop mostró una sensibilidad de 50%, especificidad de 73%, valor predictivo positivo de 37%, valor predictivo negativo de 82,1% y AUC de 0,746 (Figura 1).

Conclusiones: La prueba de denominación de animales (ANT1) demostró un buen desempeño diagnóstico para la detección de encefalopatía hepática mínima, con una sensibilidad y especificidad superiores al 75% y un alto valor predictivo negativo, lo que respalda su utilidad como herramienta de tamizaje. La prevalencia de EHM en este estudio fue mayor a la habitualmente registrada en la población mexicana pero menor a la publicada en investigaciones recientes. La implementación de pruebas rápidas como ANT1 en la población mexicana, a diferencia de QuickStroop que mostró un rendimiento diagnóstico más bajo, puede facilitar el diagnóstico temprano de EHM y permitir intervenciones oportunas para prevenir la progresión a la encefalopatía hepática manifiesta.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Figura 1. La prueba ANT1 mostró un área bajo la curva (AUC) de 0,844, lo que indicó muy buena capacidad discriminativa, mientras que QuickStroop presentó un AUC de 0,746, correspondiente a una capacidad moderada. (Lun195)



Lun196

FACTORES ASOCIADOS CON EL DESARROLLO DE CÁNCER POSTERIOR AL TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO EN UNA COHORTE DE ADULTOS DEL INCMNSZ, 2010-2020

I. Hurtado-Díaz de León, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El trasplante hepático ortotópico (THO) es una estrategia consolidada en el tratamiento de la enfermedad hepática terminal, con

resultados cada vez más favorables en términos de supervivencia a corto y mediano plazos. Sin embargo, a medida que los pacientes sobreviven por periodos prolongados, las complicaciones crónicas como la aparición de cáncer *de novo* se han convertido en una preocupación creciente. La pérdida de inmunovigilancia inducida por la inmunosupresión, sumada a factores como el antecedente de enfermedades virales hepáticas, la recurrencia de enfermedad hepática o un historial oncológico previo, se han propuesto como posibles determinantes del riesgo oncológico posterior al THO. Pese a la relevancia de este problema, la evidencia local sobre su incidencia y factores relacionados en países de ingresos medios como México es escasa.

Objetivo: Caracterizar la incidencia acumulada y los factores relacionados con el desarrollo de cáncer *de novo* posterior al THO en adultos trasplantados en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) entre 2010 y 2020.

Material y métodos: Se incluyó a 331 adultos con THO y una sobrevivida postrasplante mayor de un año. La incidencia acumulada de cáncer fue de 12,1% a 10 años y de 21,6% a 15 años. El cáncer de piel no melanoma, especialmente el carcinoma basocelular, fue el más frecuente, seguido del cáncer de mama, el linfoma y el hepatocarcinoma recurrente. El tiempo mediano al diagnóstico fue de seis años. El análisis univariado mostró relación entre cáncer posterior al THO y los antecedentes de cáncer previo, infección por hepatitis C y uso de inmunosupresores inductores. Sin embargo, en el análisis multivariado, sólo la inducción inmunosupresora fue significativa: el basiliximab se vinculó con un riesgo 3,45 veces mayor de cáncer, mientras que el uso de la timoglobulina mostró un riesgo 123 veces mayor. Ninguna variable clínica basal, incluidos edad, sexo, causa hepática o recurrencia de enfermedad, se relacionó de forma independiente con el desarrollo de cáncer.

Resultados: Estos hallazgos reafirman el papel central de la inmunosupresión en el riesgo oncológico postrasplante. El efecto particularmente elevado de la timoglobulina, y en menor medida del basiliximab, sugiere que la intensidad del esquema de inducción podría ser determinante en la pérdida de inmunovigilancia antitumoral. Esto es consistente con las publicaciones médicas internacionales en trasplantes renales y hepáticos. A diferencia de lo que algunos estudios sugieren, en esta cohorte mexicana no se encontró relación entre la hepatitis C o la edad avanzada con el riesgo de neoplasias, lo cual podría reflejar un poder estadístico insuficiente o diferencias en la población estudiada. Por otro lado, no fue posible evaluar la relación entre la exposición acumulada a inhibidores de la calcineurina, como el tacrolimus, y el riesgo de cáncer, lo que representa una limitación relevante. Tampoco se contó con información sobre la adherencia al tratamiento inmunosupresor ni sobre el seguimiento oncológico de rutina, factores que pueden influir en la incidencia real de cáncer y su detección oportuna.

Conclusiones: El cáncer posterior al THO representa una complicación frecuente y relevante en la evolución a largo plazo de estos pacientes. Los resultados sugieren que la selección del esquema de inmunosupresión debe considerar el riesgo oncológico individual. Es necesario implementar estrategias de tamizaje oncológico estructurado y evaluar prospectivamente la exposición inmunosupresora para optimizar el equilibrio entre rechazo y riesgo de cáncer en pacientes trasplantados.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Lun197

IMPACTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON CIRROSIS AUTOINMUNE

L. I. Gallardo-González, V. López-Ladrón de Guevara, Y. M. Velasco-Santiago, S. Camacho-Hernández, M. B. Jourdan-Rodríguez, D. B. Lorenzo-Valle, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) y la colangitis biliar primaria (CBP) son enfermedades hepáticas inmunomediadas (EHI). Diversos estudios han demostrado la relación del síndrome de intestino irritable (SII) en pacientes con cirrosis de causa metabólica y alcohólica, lo que modifica la calidad de vida de estos pacientes. La cirrosis de origen autoinmune y el SII comparten factores de riesgos superpuestos, incluidos el microbioma intestinal, los factores dietéticos y las causas mediadas por el sistema inmunológico,

por lo que es importante estudiar la relevancia clínica del síndrome de intestino irritable en esta población.

Objetivo: Evaluar el efecto del SII en la calidad de vida de pacientes con enfermedad hepática crónica de causa autoinmune. Determinar la prevalencia del SII en esta población y si algunos subtipos de SII (estreñimiento, diarrea, mixto) predominan.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal, de febrero a mayo 2025, con muestreo no probabilístico, por conveniencia, en el cual participaron 40 pacientes con cirrosis de causa autoinmune, 19 de los cuales cumplían criterios para SII de acuerdo con los criterios de Roma IV (SII-RIV) y 21 pacientes no cumplían criterios (N-SII). A todos los pacientes se les solicitó completar el cuestionario de salud de 36 ítems para medir la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36). Los grupos se compararon por medio de las pruebas ji cuadrada o t de Student no pareada con análisis de dos colas según correspondiera el caso.

Resultados: Se evaluó a 40 pacientes (56,2 ± 11,62 años, 92% mujeres), Child-Pugh de 6 puntos (5-11), MELD de 3.0 10 puntos (6-23) e IMC de 26 (± 4). En cuanto a las causas, 32 pacientes tenían colangitis biliar primaria (50% SII-RIV y 50% N-SII), cuatro hepatitis autoinmune (50% SII-RIV y 50% N-SII) y cuatro más síndrome de sobreposición (25% SII-RIV y 75% N-SII). La prevalencia de SII en esta población fue de 47%; dentro de este porcentaje, 47% correspondió a SII con estreñimiento (SII-E), 31% a SII subtipo mixto (SII-M) y 21% a SII con diarrea (SII-D). Se observó una diferencia estadística en el componente físico, sobre todo en cuanto al funcionamiento físico (SII-RIV = 60,79, N-SII = 75,24; p = 0,0413) (Tabla 1).

Conclusiones: En esta unidad hospitalaria se observó la presencia de SII en casi el 50% de los pacientes con cirrosis de origen autoinmune. Se reconoció que la presencia de esta alteración incrementa el efecto en su calidad vida, en particular en el funcionamiento físico. Esto es relevante ya que las EHI se relacionan con una disminución de la calidad de vida, por lo que la presencia adicional del SII actúa como un factor que agrava esta situación. Esto subraya la necesidad de considerar la búsqueda de TFD en estos pacientes.

Financiamiento: No se contó con financiamiento para este estudio.

Lun198

DEXMEDETOMIDINA REDUCE LOS REQUERIMIENTOS DE LORAZEPAM EN EL MANEJO DEL SÍNDROME DE SUPRESIÓN ETÍLICA EN PACIENTES CON CIRROSIS POR ALCOHOL

L. I. Gallardo-González, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El lorazepam (L) es el tratamiento de primera línea en pacientes con cirrosis y síndrome de supresión etílica (SSE); sin embargo, en los pacientes con cirrosis y SSE grave se opta con frecuencia por dosis elevadas de lorazepam o bien por el uso de tratamientos alternos o adyuvantes, los cuales incluyen como efecto adverso el riesgo de depresión respiratoria. La dexmedetomidina (DXM) es una de las modalidades alternas disponibles para el SSE, pero su eficacia y seguridad son todavía inciertas en pacientes con cirrosis.

Objetivo: Describir los hallazgos ante el uso de la DXM como alternativa terapéutica en pacientes con cirrosis y síndrome de supresión etílica.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y de cohortes en el que se comparó a un grupo que recibió lorazepam + dexmedetomidina (L+D) con la monoterapia con lorazepam (L) para el control del síndrome de supresión etílica en pacientes con cirrosis por alcohol que ingresaron a un centro de tercer nivel. Los pacientes se parearon por edad, género, tiempo de evolución en cuanto al consumo de alcohol, puntuación de Child-Pugh y MELDNa. Se recopiló información del CIWA-AR basal, 24 y 48 horas tras el ingreso, así como de las dosis administradas de L y L+D, en los días 1, 2 y 3 de tratamiento; aunado a esto, se reunieron los datos de efectos adversos registrados vinculados con el uso de la dexmedetomidina y la creatinina sérica basal y a las 48 horas tras el inicio del tratamiento. De acuerdo con su distribución se compararon variables numéricas mediante t de Student o U

Tabla 1. Análisis comparativo de variables clínicas y de calidad de vida (SF-36) en pacientes con cirrosis de causa autoinmune con presencia y ausencia de síndrome de intestino irritable. (Lun197)				
Variables	Número total	Roma IV SII	No SII	Valor de p (IC95%)
Número de pacientes	40	19 (47,5%)	21 (52,5%)	
Síndrome de intestino irritable por criterios de Roma IV	SII-E	9 (47,36%)	0	
	SII-D	4 (21,05%)	0	
	SII-M	6 (31,57%)	0	
Edad	56 (± 11,6)	52,7 (± 8)	59,2 (± 13)	0,07
Femenino	37	17	20	0,50
Masculino	3	2	1	
Índice de masa corporal	26,9 (± 4,8)	27,3 (± 5,7)	26,5 (± 4)	0,32
Lactulosa	11	6	5	0,87
Rifaximina	7	2	5	0,27
Limitación debido a problemas emocionales		68,42 ± 43,91 (48,68-88,16)	73,05 ± 36,57 (57,41-88,69)	0,7252
Bienestar emocional		65,47 ± 16,12 (58,23-72,72)	68,95 ± 19,4 (60,66-77,25)	0,5535
Funcionamiento social		71,84 ± 23,54 (61,26-82,43)	70,48 ± 26,53 (59,13-81,82)	0,8681
Energía/fatiga		45,79 ± 18,51 (37,46-54,11)	52,62 ± 18,1 (44,88-60,36)	0,2578
Funcionamiento físico		60,79 ± 24,56 (49,74-71,83)	75,24 ± 17,28 (67,85-82,63)	0,0413
Limitación debido a problemas físicos		38,16 ± 43,2 (18,73-57,58)	58,33 ± 42,49 (40,16-76,51)	0,1552
Dolor corporal		65,79 ± 26,29 (53,97-77,61)	73,43 ± 24,21 (63,07-83,78)	0,3570
Salud general		41,32 ± 18,13 (33,17-49,47)	43,57 ± 19,95 (35,04-52,1)	0,7183

de Mann-Whitney; las variables cualitativas se compararon con las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher; se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Se recopiló información de 80 pacientes, 40 en el grupo L+D y 40 en el grupo L, y se encontró que el requerimiento de lorazepam fue significativamente menor en el grupo de L+D el día 1 de tratamiento; en cuanto a la evolución del CIWA-Ar desde el ingreso, 24 y 48 horas, se observó una disminución progresiva de los síntomas en ambos grupos, aunque estadísticamente no significativa. En cuanto a los efectos adversos, dos pacientes sufrieron hipotensión, pero se trataba de pacientes hospitalizados por hemorragia del tubo digestivo variceal (Tabla 1).

Conclusiones: La administración conjunta de L+D mostró ser una estrategia útil para el tratamiento del SSE en pacientes con cirrosis hepática por alcohol, lo que reduce los requerimientos iniciales de lorazepam. Sin embargo, es necesario continuar la investigación de esta alternativa terapéutica mediante estudios clínicos que validen su mayor eficacia y seguridad.

Financiamiento: No se contó con financiamiento para este estudio.

Lun199

EVALUACIÓN DE MARCADORES DE ESTRÉS OXIDATIVO EN ENFERMEDADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL

K. M. Bastida-Guadarrama, V. Hernández-Garza, A. Hernández-Barragán, A. Flores-Sánchez, G. Gutiérrez-Reyes, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Dentro del metabolismo del etanol se incluyen diversos mecanismos de lesión; entre los más importantes destacan el estrés oxidativo, con productos de degradación de los lípidos, proteínas y ADN que son nocivos para el hepatocito. Cada molécula posee electrones que determinan su equilibrio; cuando existe un factor estresante, se genera un electrón desapareado de éstas que forma un radical libre. El estrés oxidativo es un desbalance entre la producción de radicales libres y los antioxidantes endógenos. Y el exceso de radicales libres puede dañar diversas estructuras celulares, incluidas las membranas lipídicas, proteínas y ADN, lo que da lugar a un aumento de la permeabilidad intestinal, se incrementa la proliferación y muerte bacteriana, lo que origina a su vez que los lipopolisacáridos encontrados en las membranas celulares se liberen al torrente sanguíneo. Asimismo se generan productos de reacción de especies reactivas de oxígeno derivado de proteínas y lípidos como el malondialdehído (MDA), el 4 hidroxi-2-2 alquenal (4-HNE) y los carbonilos proteicos (CP).

Objetivo: Determinar el comportamiento de los marcadores séricos de estrés oxidativo en cirrosis por alcohol (CiOH) y hepatitis inducida por alcohol (HA).

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal que incluyó a 300 individuos, divididos en tres grupos: 200 sujetos sanos del grupo control, 50 pacientes con CiOH y 50 con HA. Se midieron marcadores séricos de estrés oxidativo, como CP y MDA que son producto de la peroxidación lipídica y la proteólisis. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS, versión 26. Se compararon de forma individual los CP, MDA y las variables bioquímicas mediante análisis de varianza (ANOVA) de una vía y la prueba de Kruskal-Wallis con los grupos CT, CiOH y HA como factor entre grupos. Las comparaciones pareadas se realizaron con la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, tras considerar un nivel de significancia del 95%.

Tabla 1. Características principales y comparación entre los grupos. (Lun198)

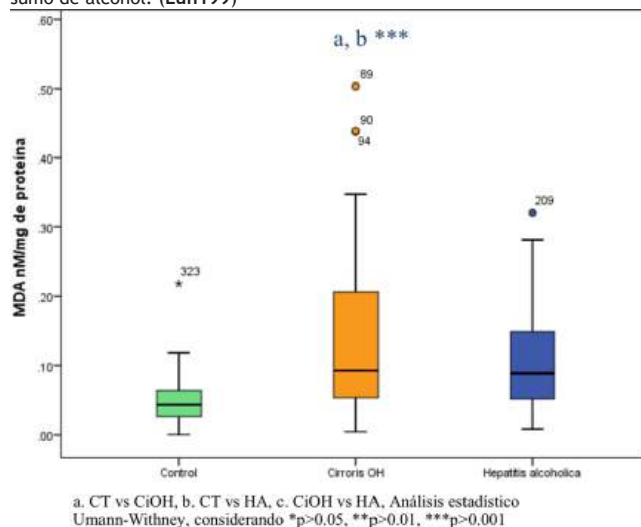
Variables	Grupo de tratamiento	n	Media	Desviación estándar	p
Edad (años)	L	40	45,48	8,224	0,74
	L+D	40	46,18	10,471	
Tiempo de abstinencia de alcohol (días)	L	40	4,83	3,366	0,31
	L+D	40	4,10	3,020	
Estancia intrahospitalaria (días)	L	40	8,50	6,409	0,63
	L+D	40	7,90	4,471	
CIWA-AR al ingreso	L	40	18,53	8,861	0,09
	L+D	40	21,90	8,473	
CIWA-AR 24 horas	L	40	14,15	7,728	0,21
	L+D	40	12,10	6,559	
CIWA-AR 48 horas	L	40	9,63	6,667	0,18
	L+D	40	7,90	4,792	
Dosis DXM día 1 (mcg/día)	L	40	0,0	0,0	< 0,0001
	L+D	40	0,379	0,188	
Dosis lorazepam día 1 (mg/día)	L	40	4,9	2,5	< 0,0001
	L+D	40	2,1	2,9	
Dosis lorazepam día 2 (mg/día)	L	40	4,4	2,6	0,30
	L+D	39	3,7	3,1	
Dosis DXM día 2 (mcg/día)	L	40	0,0	0,0	< 0,0001
	L+D	40	0,206	0,171	
Dosis lorazepam día 3 (mg/día)	L	40	3,4	3,0	0,71
	L+D	40	3,7	2,3	
Dosis DXM día 3 (mcg/día)	L	40	0,0	0,0	< 0,0001
	L+D	40	0,126	0,155	
Creatinina basal (mg/dL)	L	40	1,1	1,0	0,98
	L+D	40	1,18	0,70	
Creatinina a las 48 horas (mg/dL)	L	40	1,1	1,2	0,82
	L+D	40	1,1	0,7	

Resultados: Predominó el sexo masculino con 62% y la edad fue de 41,3 (34 ± 1 ES) años. La puntuación AUDIT fue mayor en HA con 31 puntos, CíOH con 25 puntos y CT con 2 puntos. El consumo de alcohol fue mayor en el grupo de HA con 385 g/ocasión, seguida del CíOH con 336 g/ocasión. Se midieron marcadores de estrés oxidativo; el MDA y CP fueron productos de la degradación de lípidos y la oxidación de proteínas. Al tomar en cuenta que el valor normal de estos marcadores se encuentra en los controles sanos se observó incremento significativo en el grupo de cirrosis por alcohol y hepatitis inducida por alcohol. El valor normal de MDA es de 0,05 nM/mg, con elevación de 0,14 nM/mg en cirrosis por alcohol y 0,11 nM/mg en hepatitis inducida por alcohol (Figura 1). Asimismo, al considerar que el valor normal de carbonilos proteicos es de 0,07 nM/mg, se identificó una diferencia en cirrosis por alcohol con 0,25 nM/mg y en hepatitis por alcohol 1,8 nM/mg.

Conclusiones: Este trabajo mostró cómo el estrés oxidativo se ve alterado en dos anomalías importantes: en el daño crónico (CíOH) en el que MDA se incrementó significativamente y que es otro factor deletéreo importante en el daño hepático, pero también en el daño agudo, ejemplificado en la HA, que no necesariamente pasa por la cirrosis hepática, en la que los CP se incrementaron en forma significativa, lo que demuestra un estrés oxidativo muy importante que afecta gravemente a los hepatocitos. Es un factor que tiene con toda seguridad un efecto en la mortalidad de estos pacientes. Estos hallazgos dan la pauta a tomar muy en cuenta el factor del estrés oxidativo en el trastorno del abuso del consumo de alcohol tanto en la hepatitis inducida por alcohol y como en la cirrosis por alcohol y encontrar fármacos que prevengan la oxidación de los hidratos de carbono, proteínas y lípidos.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Comportamiento de MDA en enfermedades relacionadas con consumo de alcohol. (Lun199)



Lun200

COSTO-EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA CON L-ORNITINA L-ASPARTATO EN ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA SEVERA

K. M. Bastida-Guadarrama, V. Hernández-Garza, A. D. Santana-Vargas, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La encefalopatía hepática (EH) es una descompensación de la cirrosis que se define como la disfunción neuropsiquiátrica potencialmente reversible debido a la acumulación de toxinas en la sangre, que el hígado (entre otros órganos afectados) no puede eliminar adecuadamente. Esto puede manifestarse a través de signos y síntomas diversos: cambios en el comportamiento y la cognición, manifestaciones clínicas como asterixis y rueda dentada, además de estupor y coma. En la encefalopatía hepática grave grados III y IV, de acuerdo con la clasificación de West Haven, existe deterioro del estado neurológico importante con pérdida de la capacidad de deglución, por lo que deben emplearse estrategias terapéuticas parenterales para su tratamiento. Esta descompensación y su tratamiento modifican la calidad de vida del paciente y prolongan la hospitalización, lo que ocasiona

costos elevados para los pacientes que representan una carga económica considerable para los sistemas de salud.

Objetivo: Evaluar la remisión de la EH y la consiguiente reducción de la estancia hospitalaria y los costos de la atención con L-ornitina L-aspartato (LOLA) parenteral.

Material y métodos: Se llevó a cabo una comparación de costo-efectividad de tratamiento con LOLA en paciente hospitalizados con cirrosis descompensada por EH grave, tras considerar tiempo de remisión < 3 días y > 3 días.

Resultados: Se evaluó a 52 pacientes con cirrosis descompensada por EH grave, con edad promedio de 54,25 ± 10,11 (51,5-57), 36 (69%) pacientes masculinos, puntuación de Child-Pugh de 10,9 ± 1,9 (10,39-11,42) y MELD NA de 21,69 ± 7,27 (19,72-23,67). De éstos, 23 (44,23%) experimentaron remisión efectiva, el costo promedio por paciente con remisión efectiva fue de 1 526 MXN y el costo de los pacientes con remisión no efectiva de 5 130 MXN. La relación de costo y efectividad ajustada a calidad de vida al 0.8 fue de 1907,5 MXN en remisión efectiva y de 6 415 MXN en remisión no efectiva. La diferencia de costos fue de 3 604 MXN que se aumenta en los pacientes con remisión no efectiva. La diferencia fue estadísticamente significativa de acuerdo con la prueba t (1 = -4,54; p < 0,001).

Conclusiones: El tratamiento con LOLA resulta significativamente más costo-efectivo en pacientes que logran una remisión clínica temprana (< 3 días) y sobreviven. Este hallazgo respalda la importancia de estrategias terapéuticas orientadas a lograr remisiones tempranas en la EH.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Lun201

CAUSAS DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN UN HOSPITAL MEXICANO DE TERCER NIVEL: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVA

L. D. Nieblas-Beltrán, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La cirrosis hepática representa una de las principales causas de mortalidad global, con más de un millón de defunciones anuales, en particular en países de ingresos medios y bajos. En México ocupa consistentemente los primeros lugares como causa de muerte en adultos. El curso clínico de la cirrosis es variable y oscila entre fases compensadas y etapas descompensadas con alta mortalidad. A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, la disfunción inmunitaria adquirida en estos pacientes incrementa de forma significativa el riesgo de infecciones graves, especialmente en fases avanzadas. En este contexto, resulta crucial identificar las causas específicas de muerte, a fin de optimizar estrategias preventivas y terapéuticas.

Objetivo: Describir las causas de mortalidad en pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática que fallecieron en un hospital de tercer nivel en México, y analizar sus características clínicas, causas y comorbilidades adjuntas.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, con revisión de expedientes clínicos de pacientes adultos (≥ 18 años) con diagnóstico confirmado de cirrosis hepática (criterios clínicos, bioquímicos, imagenológicos o histológicos) fallecidos intrahospitalariamente entre enero de 2020 y diciembre de 2023. Se incluyó a 215 pacientes. Se excluyó a aquellos con expedientes incompletos o sin información suficiente para establecer causa de muerte.

Resultados: De esta cohorte, el 66% de los pacientes correspondió a mujeres. El 89% se encontraba en etapas avanzadas de la enfermedad (Child-Pugh B o C). Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes mellitus tipo 2 (36%) e hipertensión arterial (29%), seguidas de hipotiroidismo y enfermedad renal crónica. Sólo el 17% no presentó comorbilidades. Respecto de la etiología hepática, el virus de la hepatitis C (VHC) fue la causa más común (24%), seguido de cirrosis criptogénica (18%), colangitis biliar primaria (14%), enfermedad hepática metabólica relacionada con disfunción (MASLD) (12%), alcohol (9%) y enfermedades autoinmunes (~17%). En cuanto a las causas de muerte, el 61% se debió a infecciones graves con choque séptico como desenlace final, en particular neumonía (52 casos) y peritonitis bacteriana espontánea (22 casos). Las complicaciones hepáticas directas representaron el 26,5% de los casos: sangrado variceal (27), ACLF (19), encefalopatía de grado 4, síndrome hepatorenal y CHC. El 12,5% restante se debió a causas diversas, como choque cardiogénico, episodios vasculares cerebrales y hemorragias no digestivas.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con cirrosis hepática, la principal causa de muerte fue la sepsis, que superó incluso a las complicaciones hepáticas habituales como el sangrado variceal o el ACLF. La mayoría de los fallecimientos ocurrió en pacientes con enfermedad hepática avanzada y múltiples comorbilidades metabólicas. La elevada prevalencia de infecciones respiratorias y peritoneales señala la necesidad urgente de estrategias de vigilancia, diagnóstico temprano, profilaxis y tratamiento intensivo de infecciones en esta población. Además, el predominio de causas tratables como VHC y MASLD subraya la importancia de reforzar programas de detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades hepáticas crónicas en México.

Financiamiento: Ninguno.

Lun202

DETERMINACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO Y SU ASOCIACIÓN CON RIESGO CARDIOVASCULAR ESTIMADO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Toledo-Galván, D. E. Espinoza-López, M. B. Jourdan-Rodríguez, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La colangitis biliar primaria es una enfermedad hepática autoinmune crónica de baja incidencia que cursa con colestasis progresiva. Se ha considerado que los pacientes con dicha entidad tienen un perfil lipídico atípico secundario al desarrollo de hipercolesterolemia, en particular por la elevación de lipoproteína-X que no se mide en los laboratorios de este medio. Asimismo, México es un país cuya genética poblacional propicia los trastornos relacionados con el metabolismo de lípidos y carbohidratos por lo que es propenso a mayores episodios cardiovasculares. A pesar de esto no se ha documentado el riesgo cardiovascular en pacientes con esta entidad.

Objetivo: Determinar el perfil lipídico y riesgo metabólico de los pacientes con colangitis biliar primaria y compararlo con sujetos sin diagnóstico de enfermedad hepática crónica.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico, de tipo casos y controles, que incluyó a 50 pacientes del sexo femenino de 40 a 60 años con diagnóstico de enfermedad hepática crónica secundaria a colangitis biliar primaria compensada atendidos en la consulta externa del servicio de hepatología de un hospital de tercer nivel en 2025 comparados con 50 controles pareados por edad y sexo sin enfermedad hepática crónica valorados en la consulta externa del servicio de gastroenterología en el mismo periodo de tiempo. Variables analizadas: perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos), cifras de glucemia (HbA1C), así como riesgo cardiovascular a 10 años calculado con las escalas Framingham y ASCVD. El análisis estadístico se llevó a cabo con medidas de tendencia central y dispersión, frecuencia absoluta y relativa. La comparación entre grupos se realizó con la prueba t de Student con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 50 pacientes con diagnóstico confirmado de colangitis biliar primaria y 50 controles sin enfermedad hepática crónica, pareados por edad y sexo. Al comparar los parámetros bioquímicos, los pacientes con CBP mostraron concentraciones mayores de colesterol total ($166 \pm 69,8$ mg/dL vs. $146 \pm 50,2$ mg/dL, $p = 0,07$), HDL ($52,98 \pm 26,78$ mg/dL vs. $45,52 \pm 25,90$ mg/dL, $p = 0,15$) y LDL ($91,52 \pm 53,72$ mg/dL vs. $86,02 \pm 39,22$ mg/dL, $p = 0,59$). En contraste, los triglicéridos fueron significativamente más bajos en pacientes con CBP en comparación con los controles ($107,76 \pm 46,0$ mg/dL vs. $150,3 \pm 67,3$ mg/dL, $p < 0,01$). Asimismo, los valores de hemoglobina glucosilada (HbA1c) fueron significativamente menores en el grupo CBP ($5,42 \pm 0,91\%$ vs. $6,09 \pm 1,02\%$, $p < 0,01$). Respecto del riesgo cardiovascular calculado, la puntuación de Framingham fue similar entre los grupos ($4,16 \pm 0,02\%$ vs. $4,02 \pm 2,70\%$, $p = 0,81$). Sin embargo, el riesgo calculado mediante la escala ASCVD fue significativamente mayor en el grupo con CBP ($2,2 \pm 1,3\%$) comparado con los controles ($1,59 \pm 0,92\%$, $p = 0,01$) (Tabla 1).

Conclusiones: A pesar de un perfil lipídico relativamente similar y cifras de triglicéridos y HbA1c más bajas en los pacientes con colangitis biliar primaria, el riesgo cardiovascular calculado mediante la escala ASCVD fue significativamente mayor en este grupo en comparación con los controles. Estos hallazgos sugieren que las escalas de riesgo cardiovascular habituales pueden sobreestimar el riesgo en pacientes con CBP o no considerar de forma correcta el perfil metabólico característico vinculado con esta entidad. Se

requieren mayores estudios y validaciones para adaptar estas herramientas de estratificación a pacientes con enfermedades hepáticas autoinmunes, con el fin de orientar las estrategias de prevención cardiovascular en esta población.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Comparativa de perfil lipídico, control glucémico y riesgo cardiovascular en pacientes con colangitis biliar primaria y controles pareados. (Lun202)

	CBP (n = 50)	Control (n = 50)	Valor de p
Colesterol total (mg/dL)	166 ± 69,8	146 ± 50,2	0,07
HDL (mg/dL)	52,98 ± 26,8	45,52 ± 25,9	0,15
LDL (mg/dL)	91,52 ± 53,7	86,02 ± 39,2	0,59
Triglicéridos (mg/dL)	107,76 ± 46,0	150,3 ± 67,3	< 0,01
HbA1c (%)	5,42 ± 0,91	6,09 ± 1,02	< 0,01
Riesgo cardiovascular a 10 años con calificación de Framingham (%)	4,16 ± 0,02	4,02 ± 2,70	0,81
Riesgo cardiovascular a 10 años con ASCVD (%)	2,2 ± 1,3	1,59 ± 0,92	0,01

Lun203

ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO METABÓLICO, INFLAMACIÓN SISTÉMICA Y ESTADIO CLÍNICO AL DIAGNÓSTICO EN TUMORES GASTROINTESTINALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Toledo-Galván, D. E. Espinoza-López, F. Y. Vargas-Durán, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los tumores gastrointestinales constituyen una causa relevante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En México, las tasas de obesidad, diabetes tipo 2 y síndrome metabólico son elevadas, lo que plantea la necesidad de analizar el papel de estos factores metabólicos en el desarrollo de dichas neoplasias. Dado que la obesidad y el síndrome metabólico se vinculan con una respuesta inflamatoria sistémica persistente, los índices de inflamación sistémica, como el cociente neutrófilo-linfocito (NLR), índice plaquetas-linfocitos (PLR), índice linfocitos-monocitos (LMR) e índice de desnutrición inflamatoria (INI) se consideran biomarcadores pronósticos de interés.

Objetivo: Explorar la relación entre obesidad, comorbilidades metabólicas y marcadores de inflamación sistémica con el estadio clínico al diagnóstico en pacientes con los tumores gastrointestinales de mayor incidencia.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico en pacientes adultos con diagnóstico histológico confirmado de cáncer gástrico, colorrectal, hepatocarcinoma o colangiocarcinoma, atendidos entre 2015 y 2024 en un hospital de tercer nivel. Se recolectaron datos clínicos, antropométricos y de laboratorio al momento del diagnóstico. Se definió estadio clínico avanzado como estadio III o IV según la clasificación de TNM. Se calcularon índices de inflamación sistémica (NLR, PLR, LMR, INI) y se utilizaron pruebas no paramétricas para comparación bivariada y regresión logística para determinar relaciones independientes con estadio avanzado.

Resultados: Se incluyó a 160 pacientes con una distribución homogénea entre los cuatro principales tipos de tumores gastrointestinales mayores: gástrico, colorrectal, hepatocarcinoma y colangiocarcinoma. La mediana de edad fue de 66 años y el 52% correspondió al sexo masculino. La mayoría de los casos (59,4%) se diagnosticó en estadios clínicos avanzados (III-IV). Mediante análisis multivariado se evaluó la relación entre variables metabólicas, inflamatorias y antropométricas con el diagnóstico en estadio avanzado. Un NLR elevado se vinculó significativamente con un estadio tumoral avanzado (OR, 2,89; IC95%, 1,77-4,71; $p < 0,001$). De igual forma, el síndrome metabólico mostró una relación independiente con estadio avanzado (OR, 4,64; IC95%, 1,97-10,94; $p < 0,001$). En contraste, el IMC presentó una vinculación inversa no significativa (OR, 0,94; IC95%, 0,86-1,03; $p = 0,190$),

lo que sugiere una posible tendencia a menor riesgo de estadio avanzado con valores más altos de IMC, aunque sin significancia estadística. No se observó una relación significativa con diabetes tipo 2, hipertensión arterial ni dislipidemia (Tabla 1).

Conclusiones: En esta cohorte, tanto el síndrome metabólico como un NLR elevado se acompañaron de manera independiente de una mayor probabilidad de diagnóstico en estadios avanzados de cáncer gastrointestinal. En contraste, las comorbilidades individuales como diabetes tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemia, así como otros marcadores inflamatorios (PLR, LMR e INI), no mostraron un valor predictivo significativo. La obesidad, evaluada mediante el IMC, se relacionó con un menor riesgo, en concordancia con lo descrito en otros estudios clínicos como la “paradoja de la obesidad”. Estos hallazgos refuerzan la utilidad del perfil metabólico e inflamatorio como herramientas complementarias en la estratificación clínica inicial de los pacientes oncológicos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Razón de probabilidades de variables antropométricas, metabólicas e inflamatorias. (Lun203)

Variable	OR	IC95%	Valor de p
IMC	0,94	0,86 - 1,03	0,190
NLR	2,89	1,77 - 4,71	< 0,001
Síndrome metabólico	4,64	1,97 - 10,94	< 0,001
Diabetes tipo 2	1,12	0,60 - 2,10	0,720
Hipertensión arterial	1,04	0,57 - 1,90	0,903
Dislipidemia	1,18	0,65 - 2,16	0,590
PLR	1,01	0,99 - 1,03	0,255
LMR	0,83	0,62 - 1,11	0,209
INI	1,26	0,89 - 1,78	0,193

Lun204

PREVALENCIA DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Toledo-Galván, D. E. Espinoza-López, M. B. Jourdan-Rodríguez, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La encefalopatía hepática mínima representa el estadio más temprano de la afectación neurológica relacionada con enfermedad hepática crónica. La EHM se ha subestimado históricamente, en parte debido a la ausencia de manifestaciones clínicas, así como a la falta de tamizaje regular; sin embargo, su efecto clínico y funcional es considerable y se relaciona con una disminución de la calidad de vida, deterioro del desempeño laboral, así como mayor riesgo de caídas y accidentes. De forma adicional, la EHM se acompaña de una mayor tasa de hospitalizaciones, dependencia funcional y peor pronóstico de manera global.

Objetivo: Determinar la prevalencia de EHM en una cohorte de pacientes con CBP mediante la aplicación del *Stroop Test* y explorar factores clínicos y bioquímicos asociados.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico que incluyó a 32 pacientes del sexo femenino con diagnóstico confirmado de colangitis biliar primaria compensados y valorados en la consulta externa de hepatología de un hospital de tercer nivel en 2025. Se excluyó a pacientes descompensados con encefalopatía clínica, enfermedades agregadas neurológicas y psiquiátricas, consumo reciente de alcohol o consumo de psicofármacos. A fin de diagnosticar encefalopatía hepática mínima se aplicó el *Stroop Test* digitalizado en condiciones controladas, y se consideró EHM cuando la puntuación superó los 190 segundos. Se recolectaron variables sociodemográficas (edad, escolaridad) y bioquímicas (albúmina, BT, BD, BI, FA, GGT, INR, Cr). Se usó la prueba t de Student y se consideró significancia estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a un total de 32 pacientes con diagnóstico confirmado de colangitis biliar primaria. La media de edad fue de 53 años (34-62 años). La prevalencia de encefalopatía hepática mínima determinada mediante

el *Stroop Test* fue del 43,8% ($n = 14$). Los pacientes con EHM presentaron un nivel de escolaridad más bajo (media de $8,2 \pm 1,8$ años) en comparación con el grupo sin EHM ($10,4 \pm 2,4$ años, $p = 0,01$). Asimismo, los valores séricos de albúmina fueron significativamente menores en el grupo con EHM ($3,31 \pm 0,55$ g/dL vs. $3,71 \pm 0,52$ g/dL, $p = 0,04$). En cuanto a los marcadores de colestasis, los pacientes con EHM mostraron elevaciones marcadas en BT ($4,59 \pm 5,06$ mg/dL vs. $1,16 \pm 0,61$ mg/dL, $p = 0,01$), FA (624 ± 350 U/L vs. 207 ± 161 U/L, $p < 0,01$) y GGT (453 ± 306 U/L vs. 140 ± 157 U/L, $p < 0,01$) (Tabla 1).

Conclusiones: Se identificó una prevalencia de EHM del 43,8%. Estos hallazgos son consistentes con otros estudios realizados que han demostrado una prevalencia entre 30% y 50% en pacientes cirróticos debido a ALD, MASLD o causa viral. Sin embargo, la evidencia en CBP es limitada, por lo que los resultados aportan datos relevantes en un grupo poco estudiado. Se ha observado que los pacientes con EHM presentaron menor nivel de escolaridad y valores más bajos de albúmina, así como una relación significativa con la elevación en los marcadores de colestasis y el desarrollo de EHM, lo que sugiere que una mayor actividad colestásica podría contribuir al desarrollo de disfunción subclínica. La herramienta utilizada es de rápida aplicación, no invasiva y puede implementarse en entornos con recursos limitados, por lo que debe considerarse su incorporación a la valoración sistemática del paciente con hepatopatía. La identificación temprana de este trastorno permite optimizar el tratamiento farmacológico, prevenir descompensaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Comparación de variables analizadas en pacientes con y sin encefalopatía hepática mínima. (Lun204)

	Sin EHM (n = 18)	Con EHM (n = 14)	Valor de p
Años de estudios	10,4 $\pm$ 2,4	8,2 $\pm$ 1,8	0,01
Albúmina	3,71 $\pm$ 0,52	3,31 $\pm$ 0,55	0,04
Bilirrubina total	1,16 $\pm$ 0,61	4,59 $\pm$ 5,06	0,01
Fosfatasa alcalina	207 $\pm$ 161	624 $\pm$ 350	< 0,01
Gammaglutamil transferasa	140 $\pm$ 157	453 $\pm$ 306	< 0,01

Lun205

LA NORMALIZACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE FOSFATASA ALCALINA COMPARADA CON LOS CRITERIOS CONVENCIONALES DE RESPUESTA SE ASOCIA CON MENOR MORTALIDAD Y EVENTOS RELACIONADOS AL HÍGADO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA TRATADOS CON AUDC: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE COHORTE CON EMPAREJAMIENTO POR PUNTAJE DE PROPENSIÓN

L. A. Rosales-Rentería, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMyM Toluca

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática autoinmune, crónica y progresiva, caracterizada por la destrucción de los pequeños conductos biliares intrahepáticos. El ácido ursodesoxicólico (AUDC) es el tratamiento de primera línea para la CBP y ha demostrado mejorar la bioquímica hepática y retrasar la progresión de la enfermedad. Todos los criterios bioquímicos de respuesta utilizan umbrales de fosfatasa alcalina (FA) superiores al límite superior normal (LSN), ya que dichos puntos de corte han demostrado vincularse con menor progresión de la enfermedad, episodios hepáticos y mortalidad global. Sin embargo, se desconoce el efecto clínico de lograr la normalización absoluta de la FA, en comparación con los criterios bioquímicos convencionales. Esta diferencia podría ser especialmente relevante en países sin acceso universal al trasplante hepático.

Objetivo: Comparar desenlaces en episodios relacionados con el hígado (ERA) en personas con colangitis biliar primaria que cumplen criterios de Toronto y aquellos que obtuvieron normalización bioquímica completa de valores séricos de fosfatasa alcalina.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y unicéntrico con emparejamiento por puntuación de propensión, que incluyó a todos los pacientes con CBP y enfermedad hepática crónica confirmada por biopsia, atendidos en la

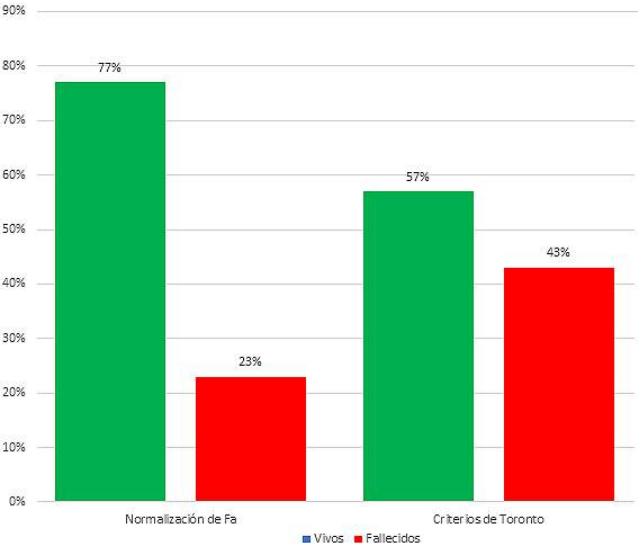
consulta de hepatología entre el 1 de enero de 2015 y el 1 de marzo de 2024, bajo tratamiento con AUDC. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y bioquímicas. La respuesta bioquímica se definió según el criterio de Toronto como una FA < 1,67 veces el LSN tras dos años de tratamiento. Los pacientes se dividieron en dos grupos: los que cumplían con el criterio de Toronto y los que lograron una normalización absoluta de FA (< 120 UI/L). El desenlace primario fue la mortalidad por episodios relacionados con el hígado (ERH), definido como un compuesto de hemorragia variceal (HV), peritonitis bacteriana espontánea (PBE), encefalopatía hepática (EH), ascitis, lesión renal aguda (LRA), síndrome hepatorenal tipo AKI (SHR-AKI) y ACLF. Los desenlaces secundarios fueron el desarrollo individual de cada uno de estos episodios.

Resultados: De un total de 132 pacientes, 32 cumplieron con los criterios de Toronto sin normalizar la FA, mientras que 30 alcanzaron cifras de FA < 120 UI/L. El género predominante fue femenino en ambos grupos (95% y 96%) con una mediana de edad de 57 años. La prevalencia de enfermedades autoinmunes sistémicas fue similar (55% y 57%, respectivamente). La mortalidad por ERH fue del 43% en el grupo Toronto vs. 13% en el grupo con normalización, una diferencia que fue estadísticamente significativa (OR 5,05; IC95%, 1,429-17,882; p = 0,005). Véase la **Figura 1**. El desarrollo de EH (OR 5,47; IC95%, 1,075-27,916; p = 0,02) y HV (OR 4,71; IC95%, 1,165-19,083; p = 0,01) fue mayor en el grupo de Toronto en comparación con el grupo con FA normalizada. Estas variables se mantuvieron significativas tras el análisis de regresión multivariado (ajustado por edad, sexo y enfermedades autoinmunes sistémicas). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a LRA, SHR-AKI, ACLF, ascitis o PBE.

Conclusiones: En pacientes con CBP tratados con AUDC, alcanzar la normalización absoluta de la FA tras dos años de tratamiento se relaciona con menor mortalidad hepática y menor incidencia de hemorragia variceal y encefalopatía hepática, en comparación con el cumplimiento de criterios bioquímicos convencionales como el de Toronto. Se requieren estudios prospectivos adicionales para confirmar estos hallazgos.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Figura 1. Mortalidad durante el seguimiento de pacientes con CBP que cumplieron criterios de Toronto respecto de aquellos que normalizaron FA. La mortalidad debido a ERH en el grupo de criterios de Toronto fue de 14/32 (43%), en comparación con 4/30 (13%) en la normalización, una diferencia que fue estadísticamente significativa (OR 5,05; IC95%, 1,429-17,882), p = 0,005.). (Lun205)



Lun206

ÁCIDO ÚRICO ELEVADO COMO PREDICTOR DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON MASLD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Y. G. Céspedes-Saballos, A. G. González-Rodríguez, F. Higuera-De-la-Tijera, V. López-Ladrón de Guevara, S. Camacho, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad hepática crónica por MASLD (enfermedad del hígado graso relacionada con disfunción metabólica) es una causa creciente de cirrosis y sus complicaciones. El ácido úrico, producto final del metabolismo de las purinas, se ha relacionado con inflamación, estrés oxidativo y resistencia a la insulina, factores clave en la progresión de MASLD. Sin embargo, su papel como marcador pronóstico en cirrosis por MASLD no está totalmente establecido.

Objetivo: Evaluar la relación entre hiperuricemia y mal pronóstico en pacientes con cirrosis por MASLD, tras determinar su relación con la gravedad clínica, complicaciones y mortalidad.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en 100 pacientes con cirrosis por MASLD atendidos en hospital de tercer nivel. Se dividieron en dos grupos de acuerdo con la presencia de hiperuricemia (> 6,8 mg/dL mujeres, > 7,0 mg/dL hombres). Se compararon variables clínicas, bioquímicas, complicaciones y mortalidad. Se calcularon odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% y se consideró significativo un valor de p < 0,05 mediante ji cuadrada o t de Student para variables continuas. El software utilizado fue SPSS v.25.

Resultados: La edad promedio fue similar entre grupos (59 ± 11 años en hiperuricemia vs. 56 ± 12 años sin hiperuricemia; p = 0,15). Predominó el sexo masculino en pacientes con hiperuricemia (70% vs. 60%; OR 1,63, p = 0,26), sin diferencia significativa. Los pacientes con hiperuricemia mostraron mayor frecuencia de síndrome metabólico (60% vs. 40%; OR 2,25, p = 0,04), mayor proporción en estadio Child-Pugh C (50% vs. 30%; OR 2,33, p = 0,03) y puntuación MELD más alta (18 ± 6 vs. 15 ± 5; p = 0,01). En complicaciones revelaron mayor frecuencia de encefalopatía hepática (40% vs. 30%; OR 1,57, p = 0,30) y hemorragia digestiva alta (26% vs. 24%; OR 1,11, p = 0,82), sin significación estadística. Hubo incremento significativo de peritonitis bacteriana espontánea (12% vs. 0%; p = 0,01) y síndrome hepatorenal (8% vs. 0%; p = 0,04). La mortalidad fue mayor en pacientes con hiperuricemia (24% vs. 10%; OR 2,86, p = 0,04). Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: La hiperuricemia se vincula con mayor gravedad clínica, complicaciones graves y mortalidad en cirrosis por MASLD, lo que sugiere su utilidad como marcador pronóstico para estratificación y tratamiento clínico.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Ácido úrico elevado como predictor de mal pronóstico. (Lun206)

Características sociodemográficas	Hiperuricemia (n = 50)	Sin hiperuricemia (n = 50)	OR (IC95%) / media ± DE	Valor de p
Edad (años, media ± DE)	59 ±11	56 ±12	-	0,15
Sexo masculino	35 (70%)	30 (60%)	1,63 (0,70-3,79)	0,26
Sexo femenino	15 (30%)	20 (40%)	-	-
Ácido úrico (mg/dL, media ± DE)	7,4 ± 1,2	5,1 ± 0,9	-	< 0,001
Comorbilidades				
Diabetes tipo 2	20 (40%)	15 (30%)	1,60 (0,70-3,67)	0,23
Hipertensión arterial	18 (36%)	15 (30%)	1,33 (0,58-3,07)	0,47
Dislipidemia	25 (50%)	20 (40%)	1,50 (0,68-3,31)	0,33
Síndrome metabólico	30 (60%)	20 (40%)	2,25 (1,03-4,93)	0,04
Escala pronósticas				
Child-Pugh A	5 (10%)	10 (20%)	-	-
Child-Pugh B	20 (40%)	25 (50%)	0,80 (0,33-1,95)	0,62
Child-Pugh C	25 (50%)	15 (30%)	2,33 (1,06-5,11)	0,33
MELD (media ± DE)	18 ± 6	15 ± 5	-	0,01

Complicaciones				
Encefalopatía hepática	20 (40%)	15 (30%)	1,57 (0,67-3,67)	0,30
Hemorragia digestiva alta	13 (26%)	12 (24%)	1,11 (0,44-2,80)	0,82
Ascitis	10 (20%)	10 (20%)	1,00 (0,37-2,68)	1,00
Peritonitis bacteriana espontánea (PBE)	6 (12%)	0 (0%)	-	0,01
Síndrome hepatorenal	4 (8%)	0 (0%)	-	0,04
Mortalidad	12 (24%)	5 (10%)	2,86 (1,01-8,02)	0,04

Lun207

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA (ACLF) COMO PRESENTACIÓN INICIAL EN PACIENTES CON CIRROSIS: ANÁLISIS DEMOGRÁFICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. C. Aguilar-De La O, F. Arreola-Banda, K. A. Miyagui-Adame, A. I. Robles-Ramírez, D. H. Acosta-Sandoval, F. U. Villegas-García, M. Castillo-Barradas, Hospital de Especialidades Azcapotzalco

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) es una descompensación aguda en pacientes con cirrosis, vinculada con falla multiorgánica y alta mortalidad. Puede presentarse en cualquier etapa de la enfermedad, incluso como forma de inicio.
Objetivo: Describir las características clínicas, precipitantes y evolución de pacientes que inician con ACLF en un hospital de tercer nivel en México.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en el Hospital de Especialidades del CMN La Raza. Se incluyó a 23 pacientes con diagnóstico reciente de cirrosis y presentación inicial como ACLF entre 2022 y 2024.
Resultados: La edad media fue de 49 años, con predominio masculino (69,5%). El 60,9% contaba con escolaridad media superior o superior. Las principales causas de cirrosis fueron: consumo de alcohol (47,8%), disfunción metabólica (30,4%) y causas autoinmunes (8,6%). El 73,9% presentó sobrepeso u obesidad (IMC $29,5 \pm 7,6$); 30,4% era diabético y 13% hipertenso. La mayoría se encontraba en estadio Child-Pugh C (87%) y ninguno se clasificó en estadio A. La puntuación MELD promedio fue de $33 \pm 9,7$. El ACLF grado II fue el más frecuente (47,8%), seguido de los grados I y III (ambos 26,1%). Las descompensaciones más comunes fueron ascitis (52,2%), encefalopatía hepática (17,4%) y hemorragia variceal (8,7%). La falla renal fue la más prevalente (87%) (Tabla 1). Respecto de los precipitantes, el 56,5% tenía origen extrahepático. En los grados 1A y II predominó el componente hepático (75% y 63,6%), mientras que en IIIA y IIIB todos los casos fueron precipitados por causas extrahepáticas (100%). El principal precipitante fue la infección (47,8%), en particular la peritonitis bacteriana espontánea (21,7%). En cuanto a la evolución, el ACLF grado II mostró comportamiento más heterogéneo: 45,5% falleció por progresión, 18,2% experimentó recurrencia y 36,4% no mostró recurrencias. En cambio, todos los pacientes con ACLF IIIB murieron por progresión y los de IIIB carecieron de mejoría o progresión evidente. El ACLF 1A presentó evolución variada, con 50% de recurrencia; todos los pacientes con ACLF 1B fallecieron por progresión (100%). La mortalidad acumulada fue de 30,4% a los siete días, 60,8% a los 30 días, 73,8% a los 90 días y 78,1% al año (Tabla 1). Ningún paciente fue objeto de trasplante.
Conclusiones: En esta cohorte, la ACLF fue la forma de inicio de la cirrosis en pacientes jóvenes, con predominio masculino y causa alcohólica. La obesidad fue común, especialmente en ACLF de grado II. La mayoría tenía estadios avanzados al diagnóstico (Child-Pugh C, MELD elevado). Las infecciones fueron el precipitante más frecuente, especialmente la PBE, lo que subraya la importancia de una búsqueda dirigida al ingreso. Los precipitantes extrahepáticos se relacionaron con mayor gravedad, con predominio en ACLF grado III. La evolución fue más variable en ACLF II, mientras que en grados III predominó la mortalidad temprana. La mortalidad fue elevada desde los primeros 30 días y aumentó de forma progresiva hasta el año.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Análisis demográfico por grupos de ACLF. (Lun207)

Características	Grado I (n = 6)	Grado II (n = 11)	Grado III (n = 6)
Edad (años)	65,33 ± 14,22	46,55 ± 15,168	40,83 ± 11,30
Hombre	66,66% (4)	63,63% (7)	83,33% (5)
IMC	27,83 ± 7,048	31,55 ± 8,16	27,65 ± 6,52
Causa primaria			
Cirrosis hepática por MASLD	33,33% (2)	36,37% (4)	16,66% (1)
Cirrosis hepática por consumo de alcohol	33,33% (2)	45,45% (5)	66,66% (4)
Cirrosis hepática por hepatopatía autoinmune	16,66% (1)	9,09% (1)	0% (0)
Otras causas	16,66% (1)	9,09% (1)	16,66% (1)
Puntuación MELD	27,33 ± 6,25	31,27 ± 8,54	43,67 ± 7,02
Puntuación Child-Pugh			
Puntuación Child-Pugh B	50% (3)	0% (0)	0% (0)
Puntuación Child-Pugh C	50% (3)	100% (11)	100% (6)
Puntuación Clif-C	46 ± 4	49 ± 8	58 ± 9
Falla orgánica			
Neurológica	0% (0)	54,54% (6)	66,66% (4)
Renal	100% (6)	72,72% (8)	100% (6)
Hepática	16,66% (1)	63,63% (7)	83,33% (5)
Coagulativa	0% (0)	18,18% (2)	66,66% (4)
Hemodinámica	0% (0)	9,09% (1)	66,66% (4)

Respiratoria	16,66% (1)	9,09% (1)	50% (3)
Otras descompensaciones			
Ascitis	83,33% (5)	54,54% (6)	16,66% (1)
Desencadenante			
Infeccioso	66,66% (4)	41,66% (5)	33,33% (2)
Hemorragia variceal	0% (0)	18,18% (2)	0% (0)
Alcohol	0% (0)	18,18% (2)	50% (3)
Otro	33,33% (2)	18,18% (2)	16,66% (1)
Mortalidad acumulada			
7 días	33,33% (2)	18,18% (2)	50% (3)
30 días	50% (3)	45,45% (5)	100% (6)
90 días	66,66% (4)	63,63% (7)	100% (6)
365 días	50% (5)	63,63% (7)	100% (6)

MASLD, enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica; MELD, modelo para enfermedad hepática terminal.

Lun208

SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

R. Ramos-Frías, A. E. Ávila-Basulto, R. J. Rivera-Chávez, D. Hinojosa-Ugarte, J. Carrillo-Vidales, C. Martínez-Cabrera, M. Vilatobá-Chapa, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) es un síndrome clínico grave vinculado con un riesgo elevado de mortalidad a corto plazo. Existen múltiples definiciones para ACLF. Esta revisión se basa en la definición propuesta por la Asociación Europea para el Estudio del Hígado-Falla Hepática Crónica (EASL-CLIF), la cual la describe como un síndrome clínico grave en pacientes con enfermedad hepática crónica caracterizada por una descompensación aguda de origen intrahepático o extrahepático que progresa a falla orgánica única o múltiple. Se ha demostrado que el trasplante hepático (TH) incrementa la supervivencia, ya que la mortalidad de estos pacientes a 28 días es de 14,6% con ACLF-1, 32% con ACLF-2 y 78,6% con ACLF-3. **Objetivo:** Describir la supervivencia de pacientes con falla hepática aguda sobre crónica en un centro de alto volumen. **Material y métodos:** Se trata de un estudio de cohorte y retrospectivo de un solo centro de tercer nivel. Se incluyó a los pacientes con antecedente de ACLF en los 100 días anteriores al TH entre enero de 2015 y diciembre de 2023; se excluyeron los casos de trasplante hígado-riñón, en dominó y en *split*. Se analizaron variables demográficas, causas y grado de ACLF (EASL-CLIF); las categóricas se expresaron en frecuencias y porcentaje y las continuas en mediana con rango intercuartílico. Se realizó el análisis de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier y se compararon las curvas de supervivencia entre los diferentes grados de ACLF con la prueba de log-rank (Mantel-Cox). **Resultados:** Se realizaron 382 TH de enero de 2015 a diciembre de 2023, de los cuales 57 pacientes presentaron algún grado de ACLF en los 100 días anteriores a su trasplante (n = 57). La mediana de edad fue de 50 años (39-55), 36 (45,61%) eran masculinos y 31 (54,38%) femeninos. La mediana de IMC fue de 24,38 (22,2-27,68). Las principales indicaciones para el trasplante fueron cirrosis biliar primaria (n = 12), cirrosis criptogénica (n = 11) y hepatitis autoinmune (n = 10). Los pacientes se clasificaron de acuerdo con el grado de ACLF, grado 1 (n = 9, 15,7%), grado 2 (n = 24, 42,1%), grado 3 (n = 24, 42,1%). Las principales causas de ACLF fueron peritonitis bacteriana espontánea (n = 14), infección sin foco identificado (n = 12) y síndrome hepatorenal (n = 9). La mediana de seguimiento fue de 6 años y 7 meses. Del total de pacientes con ACLF, 11 fallecieron por lo que se determinó una supervivencia global al año de 91% (IC95%, 0,84-0,98), y una supervivencia de acuerdo con la gravedad, ACLF-1 de 88% (IC95%, 0,70-1), ACLF-2 de 95% (IC95%, 0,88-1) y ACLF-3 de 87% (IC95%, 0,75-1). No se observaron diferencias estadísticamente significativas

en la supervivencia entre los distintos grados de ACLF (p = 0,20). La mortalidad operatoria a los 30 y 90 días fue de 4,2%. **Conclusiones:** El TH representa una opción terapéutica que ofrece una alta supervivencia a 12 meses en pacientes con antecedente de ACLF, lo que demuestra un beneficio en todo su espectro de gravedad. Esto es de especial importancia en los pacientes con ACLF-3, cuya mortalidad supera el 70% a corto plazo, lo cual consolida al trasplante como una intervención que mejora el pronóstico del paciente. **Financiamiento:** Propio del instituto.

Lun209

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES METABÓLICOS EN EL DESARROLLO DE HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA

V. Hernández-Garza, K. M. Bastida-Guadarrama, D. B. Lorenzo-Valle, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El carcinoma hepatocelular (CHC) es el cáncer de hígado primario más frecuente y está clasificado como la sexta neoplasia más común y la tercera causa principal de muerte por cáncer. Su desarrollo se relaciona estrechamente con la presencia de enfermedad hepática crónica resultado de una inflamación hepática sostenida, fibrosis y regeneración aberrante de hepatocitos. En cuanto a los factores de riesgo para su desarrollo se encuentra la cirrosis, en especial secundaria a la infección por virus de hepatitis B o C. Sin embargo, en la actualidad se ha notificado un incremento de la relación del CHC y la enfermedad por hígado graso no alcohólico (MASLD) junto con factores como el síndrome metabólico y la diabetes tipo 2. **Objetivo:** Valorar el efecto de los factores metabólicos (diabetes, obesidad, hipertensión, dislipidemia) en el desarrollo de CHC en pacientes con cirrosis de cualquier etiología, sin perder de vista que el daño hepático por MASLD no es un proceso lineal. **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, analítico y de casos y controles. Se incluyó a pacientes de la consulta externa de la clínica de hígado con diagnóstico de cirrosis desde el 2021 hasta el 2024, de los cuales 98 pacientes no tenían diagnóstico de CHC y 100 sí. Se evaluaron factores metabólicos (diabetes, obesidad, hipertensión, dislipidemia) para el desarrollo de CHC. **Resultados:** Se incluyó a 198 pacientes con cirrosis, edad de 58,9 ± 10,8 años, 112 (56,6%) hombres, 62 (31,3%) con diagnóstico de diabetes, 53 (26,8%) hipertensos, 17 (8,6%) dislipidémicos y 110 (55,5%) con cierto grado de sobrepeso/obesidad. Las causas de la cirrosis se muestran en la **Tabla 1**. El único factor metabólico que se acompañó de mayor riesgo de padecer CHC fue diabetes (40/62 vs. 60/136 no diabéticos; OR = 2,3; IC95%, 1,2-4,3; p = 0,008).

La hipertensión, la dislipidemia y el sobrepeso/obesidad no mostraron nexo con el riesgo de CHC.

Conclusiones: El CHC es un desafío de salud global debido a la detección tardía de este tumor resultado de su comportamiento clínicamente asintomático. La prevalencia cada vez mayor de cirrosis por MASLD implica que se incrementará la prevalencia de CHC. En este estudio, la diabetes mostró ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de CHC. Su identificación es de vital importancia para iniciar medidas preventivas desde el primer nivel de atención.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Causas de cirrosis: OH: 1, VHC: 2, HAI: 3, MASLD: 4, VHB: 5, CBP: 6, METALD: 7, no filiada: 8, no aplica: 9. (Lun209)

Etiología	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1. OH	66	33,3	33,3	33,3
2. Hepatitis C	23	11,6	11,6	44,9
3. HAI	1	0,5	0,5	45,5
4. MASLD	59	29,8	29,8	75,3
5. Hepatitis B	4	2	2	77,3
6. CBP	7	3,5	3,5	80,8
7. METALD	24	12,1	12,1	92,9
8. No filiada	13	6,6	6,6	99,5
9. No aplica	1	0,5	0,5	100,0
Total	198	100%	100%	

Lun210

FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON METOTREXATO

J. S. Rodríguez-Martínez, G. Barrientos-Cabrera, F. D. Martínez-Sánchez, S. M. Armendáriz-Pineda, P. J. A. Rodríguez-Henríquez, M. E. Vega-Memije, A. García-Peña, R. Rivera-Martínez, J. Córdova-Gallardo, Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: El metotrexato (MTX) es un fármaco utilizado en el tratamiento de enfermedades inflamatorias crónicas como la artritis reumatoide y la psoriasis debido a su eficacia inmunomoduladora. Sin embargo, su uso prolongado se ha vinculado con el desarrollo progresivo de fibrosis hepática. La fibrosis hepática inducida por MTX es un proceso potencialmente irreversible, lo que subraya la importancia de una vigilancia clínica y laboratorial adecuada. Diversos factores como sexo, edad, dosis acumulada y perímetro abdominal se han propuesto como posibles elementos de riesgo para el desarrollo de daño hepático crónico. Identificar estos factores es crucial para prevenir la progresión a F4 y optimizar la seguridad del tratamiento con MTX.

Objetivo: Determinar la frecuencia y factores relacionados con el desarrollo de fibrosis hepática en pacientes con tratamiento prolongado con MTX.

Material y métodos: Estudio transversal, analítico, retrospectivo y con muestreo no probabilístico por inclusión consecutivo. Se incluyó a pacientes adultos que acuden a consulta con diagnósticos de artritis reumatoide, dermatomiositis, psoriasis y esclerosis sistémica, los cuales estuvieron bajo tratamiento con MTX por un periodo mayor de seis meses. Se excluyó a los pacientes con consumo previo de vitamina E y ácido ursodesoxicólico. Se les realizó ultrasonido con SWE para la medición de fibrosis hepática.

Resultados: Se incluyó a 321 pacientes con edad promedio de 55 años ± 15. Del total de individuos analizados, 90,3% correspondió a mujeres; 18,8% presentaba diabetes tipo 2; el perímetro abdominal promedio fue de 96 cm ± 3 cm, con un índice de masa corporal (IMC) promedio de 27 (24-28) kg/m², lo que sugiere una tendencia general al sobrepeso. El análisis identificó que los principales factores vinculados con el desarrollo de F4 fueron: edad, dosis acumulada de MTX, sexo masculino y perímetro abdominal. El riesgo de F4 aumentó de modo progresivo con la edad y se observó que, por cada año adicional de vida, la probabilidad de desarrollar F4 se incrementaba 5,4%.

En cuanto a la dosis acumulada de MTX se encontró que, por cada gramo adicional administrado, el riesgo de F4 aumentaba 20,6%. El sexo masculino fue un factor de riesgo significativo, ya que los hombres registraron una probabilidad 5,4 veces mayor de desarrollar F4 en comparación con las mujeres. Asimismo, un perímetro abdominal mayor se vinculó con mayor riesgo de F4, aunque esta relación no alcanzó significancia estadística (Tabla 1). Por otro lado, la presencia de diabetes tipo 2 no mostró relación significativa como factor relacionado con F4.

Conclusiones: El MTX no está exento de consecuencias graves. En este estudio se observó que, por cada gramo acumulado de MTX, la probabilidad de tener F4 se incrementaba, aunque no hubo vinculación con el tiempo de uso. Por otro lado, los factores ya conocidos relacionados con la progresión a F4, como edad y sexo, también se identificaron. Estos hallazgos señalan que el desarrollo a F4 en pacientes bajo tratamiento prolongado podría no ser una eventualidad, sino una complicación predecible y directamente relacionada con factores clínicamente identificables. La vigilancia estrecha mediante herramientas no invasivas junto con un enfoque individualizado en el control de comorbilidades y dosis prescrita es fundamental para reducir la progresión del daño hepático. El uso racional del MTX debe ir acompañado de una evaluación hepática periódica y una vigilancia proactiva de factores de riesgo modificables.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Tabla 1. Principales factores relacionados con el desarrollo de F4. (Lun210)

Variable	Fibrosis grado 4		Valor P	OR	IC95%	
	Sin (%)	Con (%)			inferior	superior
Edad (años)	99,7	0,3	0,014	1,054	1,011	1,099
Sexo masculino	8,9	25,0	0,012	5,58	1,458	21,379
Perímetro abdominal (cm)	99,1	0,9	0,054	1,034	0,999	1,070
Dosis acumulada de MTX (g)	99,7	0,3	0,017	1,206	1,033	1,407

IC, intervalo de confianza; cm, centímetros; g, gramos; MTX, metotrexato. Análisis de regresión, logística binaria.

Lun211

IMPACTO DEL GRADO DE FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y MORTALIDAD DE PACIENTES CIRRÓTICOS EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

F. Arreola-Banda, K. A. Miyagui-Adame, J. C. Aguilar-De La O, A. I. Robles-Raméño, D. H. Acosta-Sandoval, F. U. Villegas-García, M. Castillo-Barradas, Hospital de Especialidades

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) representa una forma de descompensación de la cirrosis con alta mortalidad. Su clasificación por grados permite estratificar el riesgo; los grados II y III son los más graves. Analizar sus características clínicas, desencadenantes y evolución facilita la comprensión pronóstica y las decisiones terapéuticas.

Objetivo: Comparar características clínicas, desencadenantes y supervivencia en pacientes con ACLF de grados II y III.

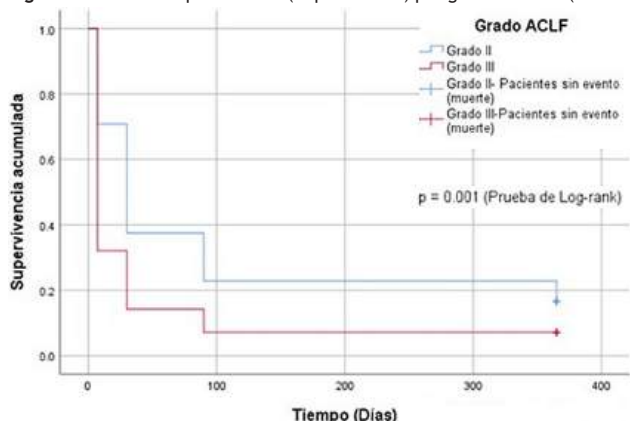
Material y métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal realizado en el Hospital de Especialidades del CMN La Raza. Se incluyó a 104 pacientes con diagnóstico de ACLF: 48 con grado II y 56 con grado III. Se realizó análisis estadístico comparativo entre ambos grupos.

Resultados: En el grupo con ACLF de grado II predominó el sexo femenino (60%); en el grado III no hubo diferencia por género. Las principales causas de cirrosis fueron disfunción metabólica (MASLD), alcohol y origen autoinmune. Predominó la clasificación de Child-Pugh C: 83% en grado II y 96 % en grado III. Los factores precipitantes extrahepáticos fueron más comunes en ambos grupos: 64,6% en ACLF II y 80,4% en III. Las infecciones fueron los desencadenantes más frecuentes (50%), seguidas por hemorragia digestiva (25% en grado II y 21% en III). En las infecciones, la infección de vías urinarias predominó en ACLF II (45%) y la peritonitis bacteriana espontánea en ACLF III (28%). Respecto de los precipitantes hepáticos, el alcohol fue el más común (17,9%

de los 28 casos), mientras que en 64,3% no se identificó un factor claro. En cuanto a las variables clínicas y bioquímicas, los pacientes con ACLF III registraron puntuaciones significativamente más altas en MELD ($p = 0,010$), CLIF-C ($p < 0,001$), bilirrubina ($p = 0,026$), INR ($p < 0,001$) y lactato ($p = 0,011$) que los del grado II. No hubo diferencias significativas en edad, sodio, creatinina, leucocitos ni tiempo desde el diagnóstico. Respecto de la evolución clínica, el 70,8% de los pacientes con ACLF II que fallecieron tuvo un empeoramiento progresivo; el 29,2% murió sin cambios relevantes desde el ingreso. En ACLF III, la evolución fue más heterogénea: el 35,7% falleció tras una progresión clínica, y un 46,4% experimentó estabilización o recurrencia tras la mejoría inicial (19,6% con recurrencia, 26,8% sin ella). La falla respiratoria (69,2%) y hemodinámica (64,6%) al diagnóstico se acompañó de mayor mortalidad temprana. Por último, se encontró una diferencia significativa en la supervivencia ($p = 0,001$). En ACLF II, la supervivencia fue de 80,8% a los siete días, 37% a los 30 días, 22,9% a los 90 días y 16,7% al año. En ACLF III fue de 32,1% a los siete días, 14,3% a los 30 días y 7,1% tanto a los 90 días como al año (Figura 1).

Conclusiones: En ACLF de grado III se observaron mayores valores de MELD, CLIF-C, bilirrubina, INR y lactato. En ambos grados, los precipitantes extrahepáticos fueron más frecuentes y se vincularon con mayor gravedad. La infección fue el principal desencadenante: infección de vías urinarias

Figura 1. Curva de supervivencia (Kaplan-Meier) por grado de ACL. (Lun211)



en ACLF II y peritonitis bacteriana espontánea en ACLF III. La evolución fue más variable en ACLF III. La supervivencia fue menor en ACLF III desde los primeros siete días, sin mejora posterior a los 90 días.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun212

EXTUBACIÓN TEMPRANA EN TRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE FACTORES ASOCIADOS Y DESENLACES CLÍNICOS EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

F. Arreola-Banda, J. C. Aguilar-De La O, Y. N. Varela-Martínez, K. A. Torres-Barrrera, F. Martínez-Silva, UMAE Hospital de Especialidades Azcapotzalco

Introducción: En las últimas décadas, la extubación orotraqueal temprana (EOT) se ha consolidado como una estrategia preferida en la atención posquirúrgica de pacientes sometidos a trasplante hepático (TH), debido a su menor tasa de complicaciones, tiempos de recuperación más cortos y reducción de costos hospitalarios. Aunque las publicaciones internacionales han identificado diversos factores relacionados con el éxito de esta intervención, en México no existen estudios que registren su prevalencia ni los determinantes clínicos vinculados con sus desenlaces. Además, persiste la ausencia de un consenso claro sobre los criterios para seleccionar a los pacientes elegibles para este abordaje. Estas limitaciones destacan la necesidad de generar evidencia local que respalde la implementación segura y efectiva de la EOT en el contexto del TH.

Objetivo: Determinar la prevalencia, los factores clínicos relacionados y los desenlaces posoperatorios de la EOT en pacientes con TH.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal en el Hospital de Especialidades del CMN La Raza. Se incluyó a 59 pacientes operados de TH entre 2019 y 2024. Se analizaron variables clínicas, transoperatorias y bioquímicas vinculadas con la EOT, su éxito o fracaso y desenlaces en UCI, mediante análisis estadístico comparativo.

Resultados: Se registró una prevalencia global de EOT del 83,05%. La tasa de reintubación fue del 14,28%. No se observaron diferencias significativas en edad, sexo, IMC ni tiempo en lista de espera entre los grupos de extubación temprana, tardía o fallida. La extubación fallida se relacionó con antecedentes

Tabla 1. Análisis comparativo de variables demográficas, bioquímicas y transoperatorias de acuerdo con el tipo de extubación. (Lun212)

	Extubación orotraqueal temprana (n = 49) Media/DE	Extubación orotraqueal tardía (n = 10) Media/DE	Valor de p
Variables demográficas			
Edad	48,76 ± 10,30	51,70 ± 11,93	0,426
Índice de masa corporal	25,22 ± 3,49	25,00 ± 2,73	0,826
Puntuación MELD	16,71 ± 6,12	14,5 ± 4,40	0,196
Meses en lista de espera antes del trasplante hepático	2,98 ± 2,47	3,6 ± 3,16	0,493
Variables transoperatorias			
Sangre total perdida en mL	3930,12 ± 2585,68	10090 ± 5674,59	0,007*
Cantidad de concentrados eritrocitarios utilizados	3,91 (977 mL) ± 2,29	9,70 (2425 mL) ± 8,15	0,049*
Cantidad de plasmas frescos congelados usados	3,94 (591 mL) ± 4,06	6,90 (1035 mL) ± 3,81	0,038*
Cantidad de aféresis plaquetarias utilizadas	1,41 (282 mL) ± 1,68	2,80 (560 mL) ± 1,13	0,016*
Tiempo anhepático en minutos	131,92 ± 82,42	132,90 ± 70,202	0,970
Tiempo de isquemia fría en minutos	428,24 ± 67,23	478,80 ± 80,34	0,040*
Cantidad de vasopresores empleados	0,90 ± 0,84	1,30 ± 1,05	0,195
Dosis media de infusión de norepinefrina (µg/kg/min)	0,11 ± 0,15	0,20 ± 0,195	0,099
Variables bioquímicas posoperatorias			
INR	1,86 ± 0,53	2,42 ± 0,74	0,006*
Leucocitos (K/µL)	9340,00 ± 5,35	5730 ± 3,03	0,045*
Hemoglobina (g/dL)	10,67 ± 1,98	10,74 ± 2,09	0,924
Plaquetas (K/µL)	76983,67 ± 38465,76	80140 ± 31292,32	0,809
Creatinina (mg/dL)	0,99 ± 0,47	1,64 ± 2,04	0,342
ALT (U/L)	791,71 ± 641,82	1152,10 ± 834,72	0,130
Bilirrubinas totales (U/L)	791,71 ± 641,82	1152,10 ± 834,72	0,130
Lactato (U/L)	4,24 ± 2,96	7,51 ± 4,99	0,007*

MELD, Model for end-stage liver disease; INR, índice internacional normalizado. * $p < 0,05$.

de encefalopatía hepática, MASLD y poliquistosis hepática. Se encontró que los pacientes con EOT presentaron menor pérdida sanguínea, menor requerimiento transfusional y tiempos de isquemia fría más bajos ($p < 0,05$). Bioquímicamente, los valores de lactato, INR y leucocitos posoperatorios fueron significativamente menores en la extubación temprana; el lactato también se vinculó con éxito extubatorio (Tabla 1). El tiempo promedio de estancia en UCI fue significativamente menor en pacientes con EOT (3,6 vs. 7,3 días; $p = 0,01$). No se registraron muertes en las primeras 72 horas en los grupos de extubación temprana o fallida, mientras que la extubación tardía tuvo una mortalidad del 10% al egreso.

Conclusiones: La prevalencia de EOT en pacientes con TH en esta unidad se encuentra cerca del límite superior notificado en el plano internacional. Estos resultados respaldan su seguridad y eficacia, al reducir complicaciones, estancia en UCI y mortalidad temprana, lo que promueve su continuidad como estrategia clínica importante.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun213

COMPARACIÓN DE MARCADORES NO INVASIVOS CON FIBROSCAN PARA LA EVALUACIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON MASLD

A. Jasqui-Bucay, E. Buganza-Torio, I. Aiza-Haddad, A. S. Ríos-Del Río, D. L. Núñez-Elizondo, F. Zamarripa-Dorsey, M. E. López-Acosta, Hospital Ángeles Lomas

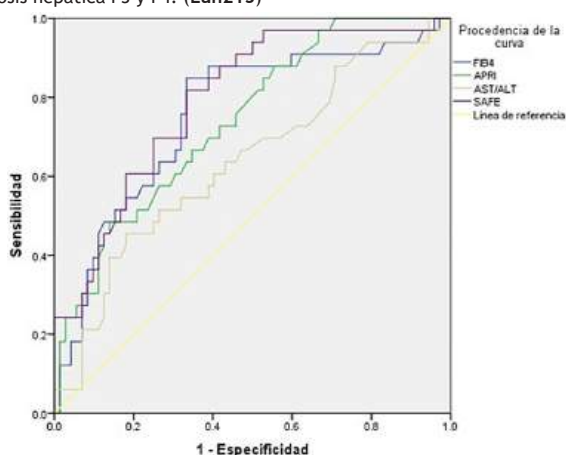
Introducción: La enfermedad hepática relacionada con disfunción metabólica (MASLD) puede llevar a la fibrosis y la cirrosis. Los métodos no invasivos para evaluar la fibrosis hepática incluyen biomarcadores en sangre y técnicas de imagen como la elastografía transitoria (FibroScan). Estas pruebas son útiles en ausencia de la biopsia hepática debido a su seguridad, facilidad de uso y precisión.

Objetivo: Comparar la eficacia diagnóstica y desempeño de marcadores no invasivos (FIB4, SAFE, APRI, AST/ALT) y su correlación con la elastografía de transición controlada por vibración para determinar la presencia de fibrosis hepática secundaria a MASLD.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico, comparativo y transversal. Se incluyó a pacientes con estudios completos de laboratorio realizados en un intervalo no mayor de dos meses antes o después del FibroScan sin diagnóstico previo de hepatitis viral crónica, enfermedad colestásica, hepatitis autoinmune o hepatitis alcohólica.

Resultados: La muestra de estudio consistió en 143 individuos con una edad media de 53,1 años (DE = 12,8); un 39,2% de la muestra se categorizó como obesa. El 36,4% de los participantes presentó un estadio de fibrosis F0, el 10,5% F1, el 15,4% F2, el 7,7% F3, y el 30,1% F4. Todos los índices de fibrosis (FIB4, APRI, AST/ALT y SAFE) fueron significativamente mayores en el grupo F3-F4. En términos de áreas bajo la curva (AUC), SAFE tuvo el mayor rendimiento diagnóstico con una AUC de 0,792 (IC95%, 0,702, 0,882, $p < 0,001$), con una sensibilidad del 84,8% y una especificidad del 61,1% (Figura 1)

Figura 1. Curvas ROC de FIB4, APRI, AST/ALT y SAFE para la detección de fibrosis hepática F3 y F4. (Lun213)



Conclusiones: El mejor índice para valorar la presencia de fibrosis avanzada es SAFE, en comparación con APRI, FIB-4 y AST/ALT. Este índice posee la mayor área bajo la curva y mejor correlación con FibroScan.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Lun214

CUIDAR AL QUE ENFERMA: EL PESO INVISIBLE DE LA CIRROSIS DESCOMPENSADA EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS

C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegria-Ovando, J. L. Pérez-Hernández, A. D. Santana-Vargas, F. Higuera-De-la-Tijera, Grupo Colaborativo: Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Las enfermedades crónicas deterioran la calidad de vida de los cuidadores primarios (CP); la cirrosis hepática avanzada requiere una participación constante e importante de los CP y esto tiene un efecto negativo en su calidad de vida.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los CP de pacientes con cirrosis descompensada.

Material y métodos: Estudio de cohorte observacional, prolectivo y analítico. Se evaluó a CP de pacientes del Hospital General de México con cirrosis hepática, se utilizó la prueba SF-36 y se incluyó a un grupo control de sujetos sanos. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS V. 25. Se usó la ji cuadrada para evaluar la relación con el CP y la prueba t de Student para comparar las medias de los dominios. Se consideró significativo una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 100 cuidadores primarios, 63 de ellos mujeres con media de $47,7 \pm 9,9$ años, y 102 controles, 45 (44%) de ellos mujeres y media de edad de $38,8 \pm 13$ años ($p = 0,001$). Hasta 59% de los CP cuidaban Child-Pugh B y 41% Child-Pugh C. Se encontraron diferencias en los ocho dominios con deterioro en el grupo de CP. Función física: CP $93,5 \pm 13,7$ vs. $57,2 \pm 18,7$; salud física: $86,7 \pm 27,8$ vs. $59,3 \pm 24,9$; dolor corporal: $83,6 \pm 25,8$ vs. $43,1 \pm 39,2$; salud general: $72,2 \pm 18,8$ vs. $47,3 \pm 27$; fatiga: $81,7 \pm 12,9$ vs. 45 ± 16 ; funcionamiento social: $89,4 \pm 17,5$ vs. $43,8 \pm 18,6$; problemas emocionales: $83 \pm 35,6$ vs. $43 \pm 12,9$; y bienestar emocional: $87 \pm 11,2$ vs. $46,3 \pm 11,6$.

No se hallaron diferencias entre Ch-P-B vs. Ch-P-C, excepto en $\pm$ funcionamiento físico en el que Ch-P-B tuvo mayor puntuación ($60,8 \pm 19,1$ vs. $51,9 \pm 17$).

Conclusiones: Los cuidadores primarios de pacientes con cirrosis avanzada tienen deterioro de la calidad de vida en comparación con grupo control, en todos los dominios, y es independiente de la clase funcional.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Lun215

EVALUACIÓN DEL ÍNDICE PLAQUETA/DIÁMETRO DE BAZO COMO MÉTODO AUXILIAR DIAGNÓSTICO NO INVASIVO DE VÁRICES ESOFÁGICAS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SEGUNDO NIVEL

O. P. Cervantes-Gutiérrez, E. E. R. Bernal-Hernández, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La cirrosis hepática es una enfermedad crónica y progresiva, considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Entre sus complicaciones más graves se encuentra la hipertensión portal clínicamente significativa, la cual puede derivar en várices esofágicas, que a su vez representan un alto riesgo de hemorragia digestiva. En este contexto, el índice plaqueta/diámetro de bazo (P/DB) ha surgido como una posible herramienta no invasiva para predecir la presencia de estas várices. Este índice combina dos parámetros accesibles: el recuento plaquetario, que suele estar disminuido en la cirrosis, y el diámetro esplénico medido por ultrasonido, relacionado con la hipertensión portal. Diversos estudios han sugerido una correlación útil, aunque con resultados variables.

Objetivo: Evaluar la utilidad del índice plaqueta/diámetro del bazo como método auxiliar no invasivo para detectar várices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática en un centro hospitalario de segundo nivel.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo en el servicio de medicina interna del Hospital General Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua de enero de 2023 a julio de 2024. Se incluyó a 126 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática, a quienes se les realizó endoscopia, ultrasonido abdominal para medir el bazo y biometría hemática. Se calculó el índice P/DB y se comparó con la presencia de várices. El análisis estadístico incluyó las pruebas ji cuadrada, t de Student y curva ROC, con un nivel de significancia de 95%.

Resultados: El 62,7% de la población correspondió al género femenino, con una media de edad de 64,4 años. Se identificaron várices esofágicas en el 69% de los pacientes. La comparación de medias mostró que a menor recuento plaquetario mayor presencia de várices, con significancia estadística. Al analizar el índice P/DB con punto de corte < 0,909 se observó una diferencia significativa (p = 0,001) entre los grupos con y sin várices. Sin embargo, la curva ROC mostró un área bajo la curva (AUC) de apenas 0,083, lo que indica un bajo poder discriminativo y una sensibilidad/especificidades no adecuadas para su uso diagnóstico en esta población.

Conclusiones: El índice plaqueta/diámetro de bazo (P/DB) demostró no ser una herramienta diagnóstica útil para la detección no invasiva de várices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital General Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua. Aunque se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con y sin várices al usar el punto de corte previamente validado (0,909), el bajo rendimiento diagnóstico evidenciado por un AUC de 0,083 descarta su utilidad clínica en esta población. Este resultado deja abierta la oportunidad de evaluar herramientas alternativas que se ajusten mejor a las características de la población mexicana.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun216

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN PORTAL CLÍNICA-MENTE SIGNIFICATIVA CON RIGIDEZ HEPÁTICA BAJA EN PACIENTES CON MASLD: ¿UN FENOTIPO OCULTO DE DESCOMPENSACIÓN?

G. A. Rodríguez-Bravo, L. A. Rosales-Rentería, K. M. Reyes-Saldívar, A. Sánchez-Araiza, C. Salcido-Yáñez, H. L. Romaña-Alvarado, M. S. González-Huezo, Centro Médico ISSEMYM Toluca

Introducción: La rigidez hepática medida por elastografía es una herramienta validada para determinar la presencia de hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS) en pacientes con cirrosis. Sin embargo, se ha observado que algunos individuos con enfermedad hepática metabólica vinculada con disfunción lipídica (MASLD) muestran signos endoscópicos de HPCS a pesar de valores bajos de rigidez hepática. Este fenómeno sugiere que, en la MASLD, la rigidez hepática podría subestimar el riesgo real de HPCS y dificultar la identificación adecuada de pacientes en riesgo de descompensación.

Objetivo: Determinar la prevalencia de HPCS en pacientes con MASLD con rigidez hepática < 20 kPa, así como evaluar la sensibilidad del punto de corte de 20 kPa + trombocitopenia < 150 mil (criterios de Baveno VII) para identificar HPCS en comparación con otras causas de cirrosis.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo transversal en pacientes con diagnóstico de cirrosis evaluados en el Centro Médico ISSEMYM Toluca. Se incluyó a todos los pacientes con evaluación de rigidez hepática mediante elastografía transitoria (FibroScan®) y endoscopia digestiva alta realizada en un periodo no mayor de seis meses entre ambos estudios. Se recolectaron variables demográficas, causa de la enfermedad hepática, rigidez hepática (kPa), recuento plaquetario y hallazgos endoscópicos. La presencia de HPCS se definió mediante dos criterios: no invasivo (criterios de Baveno VII): rigidez hepática ≥ 20 kPa y plaquetas < 150 000/mm³. Estándar clínico: hallazgos endoscópicos consistentes con HPCS, incluidas várices esofágicas o gástricas. Se clasificó a los pacientes de acuerdo con el origen en MASLD (incluidos MASLD + VHC) y otras causas. Se calculó la prevalencia de HPCS con rigidez hepática baja (< 20 kPa), la sensibilidad del punto de corte ≥ 20 kPa para predecir HPCS y se compararon proporciones mediante prueba exacta de Fisher, al calcular

razón de momios (OR), riesgo relativo (RR), intervalos de confianza al 95% (IC95%) y valor de p.

Resultados: Se incluyó a 79 pacientes con cirrosis y estudios completos de elastografía y endoscopia; 43 (54,4%) se clasificaron con MASLD y 36 (45,6%) con otras causas. La prevalencia global de HPCS con rigidez hepática < 20 kPa fue del 19,0% (15/79). Esta prevalencia fue significativamente mayor en el grupo MASLD, en el cual 30,2% (13/43) de los pacientes tuvo HPCS a pesar de una rigidez hepática baja, en comparación con sólo 5,6% (2/36) en otras causas (RR 5,4; OR 7,4; p = 0,008). Véase la **Tabla 1**. Al evaluar la capacidad diagnóstica del punto de corte de 20 kPa para detectar HPCS, según los hallazgos endoscópicos, se observó una sensibilidad de 33,3% en MASLD frente a 86,7% en pacientes con otras causas, lo que sugiere una menor capacidad para identificar adecuadamente a los pacientes con HPCS en el grupo metabólico.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con cirrosis, los pacientes con MASLD mostraron una mayor prevalencia de hipertensión portal clínicamente significativa a pesar de tener valores bajos de rigidez hepática (< 20 kPa), en comparación con otras causas. Además, el punto de corte propuesto por Baveno VII mostró una sensibilidad marcadamente reducida en MASLD, lo que podría llevar a una subestimación del riesgo de descompensación cuando se aplican los criterios no invasivos habituales. Estos hallazgos señalan que los criterios de rigidez hepática podrían no ser completamente confiables en MASLD y refuerzan la importancia de la evaluación endoscópica directa en este subgrupo de pacientes. Los futuros estudios deben validar si se requieren umbrales ajustados o estrategias alternativas de estratificación en esta población.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Prevalencia y sensibilidad para HPCS con < 20 kPa + < 150 k plaquetas. (Lun216)				
Grupo	Total de pacientes	Criterios de Baveno VII	Proporción (%)	Sensibilidad Baveno VII
MASLD	43	13	30,2	33,3
Otras causas	36	2	5,6	86,7

Lun217

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR EN TRATAMIENTO CON ATEZOLIZUMAB Y BEVACIZUMAB EN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

L. V. Cupil-Escobedo, F. Martínez-Rivera, J. C. Silis-Cravioto, R. Y. López-Pérez, J. C. Zavala-Castillo, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El carcinoma hepatocelular (HCC) es el tumor maligno más común del hígado y una causa importante de mortalidad mundial, con una incidencia creciente calculada en más de un millón de muertes para el año 2030. En México ocupa el noveno lugar en incidencia y se vincula principalmente con cirrosis hepática, cuya causa más común es metabólica, seguida por infecciones virales y consumo de alcohol. La mayoría de los pacientes se diagnostica en etapas avanzadas con opciones terapéuticas limitadas. El tratamiento sistémico combinado con atezolizumab (anticuerpo anti-PD-L1) y bevacizumab (anti-VEGF) ha demostrado mejorar la supervivencia en el HCC avanzado; en 2020 la FDA aprobó esta combinación para el tratamiento de personas con HCC irresecable o metastásico que habían recibido tratamiento sistémico previo. Sin embargo, en México existe información limitada sobre el perfil clínico y resultados de esta modalidad en la población local, lo que justifica la realización de este estudio.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática con criterios diagnósticos de hepatocarcinoma y que recibieron tratamiento médico con atezolizumab/bevacizumab en el Hospital General de México Eduardo Liceaga, además de identificar la progresión de la enfermedad, describir la supervivencia global y analizar la incidencia de episodios adversos registrados en los pacientes vinculados con el tratamiento con atezolizumab y bevacizumab.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Se revisaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico confirmado de HCC por imagen o biopsia, con cirrosis hepática, tratados con atezolizumab y bevacizumab en el Hospital General de México Eduardo Liceaga entre abril de 2023 y junio de 2024. Se incluyeron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, respuesta tumoral, progresión, supervivencia y efectos adversos. El tamaño muestral fue por conveniencia (20 pacientes). Se utilizaron pruebas estadísticas adecuadas (prueba t, χ^2 , Fisher) y análisis con SPSS v25. Se respetaron aspectos éticos y de confidencialidad.

Resultados: Se incluyó a 20 pacientes (13 hombres y 7 mujeres) con edad promedio de 65 $\pm$ 10,5 años (24-76). La causa fue metabólica en 45% (Tabla 1), la mayoría Child-Pugh A (85%) y MELD < 12 (75%), ECOG 0 en 65% y BCLC C en 55%. El 80% con lesión única y 20% con dos o más lesiones. Los valores de alfafetoproteína fueron < 400 ng/dL en 11 pacientes. El 65% tenía várices esofágicas y 45% invasión extrahepática. Los efectos adversos se observaron en 60% y la hemorragia digestiva fue la más frecuente. Todos recibieron atezolizumab-bevacizumab; 65% tenía tratamientos previos. Según RECIST 1,1, 35% logró respuesta completa, 10% parcial y 55% nula. La respuesta se mantuvo $\geq$ 3 meses en siete pacientes y > 6 meses en dos. Fallecieron 6 (30%) pacientes. La supervivencia libre de progresión fue de 6,5 meses (IC95%, 5,2-8,6) y la global de 11,5 meses (IC95%, 9,9-13,1).

Conclusiones: En este país no existen estudios que caractericen el hepatocarcinoma, sobre todo en pacientes en tratamiento con inmunoterapia como atezolizumab-bevacizumab. Se demuestra la importancia del tamizaje diagnóstico-terapéutico, dada la rápida progresión y alta mortalidad de esta neoplasia. Es fundamental seguir la investigación para identificar factores de riesgo y progresión, con el objetivo de establecer algoritmos diagnósticos y planear tratamientos que mejoren los desenlaces en pacientes con hepatocarcinoma.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Tabla 1. Caracterización de la población incluida. (Lun217)	
Edad	Mediana 65 años (24-76)
Género	
Masculino	65%
Femenino	35%
Cirrosis	
Sí	100%
Causas	
No filiada	30%
Alcohol	15%
VHB	10%
Metabólica	45%
Child-Pugh	
A	85%
B	15%
C	0
MELD	
< 12	75%
12-20	25%
> 20	0
Várices esofágicas	
Ausentes	65%
Presentes	35%
ECOG	
0	65%
1	35%
Alfafetoproteína	
< 400 ng/mL	55%
> 400 ng/mL	45%

Lun218

FRECUENCIA DE SARCOPENIA Y FRAGILIDAD EN LOS DISTINTOS FENOTIPOS DE LA CIRROSIS DESCOMPENSADA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

M. F. Hernández-Jiménez, J. M. Aldana-Ledesma, D. K. Tapia-Calderón, E. S. García-Jiménez, D. Lagos-Prieto, H. E. Colín-Ramos, K. García-Ruiz, R. Corona-Prieto, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La sarcopenia y la fragilidad se relacionan con un importante efecto en el pronóstico en la cirrosis hepática descompensada. El índice de músculo esquelético por tomografía es el estándar de oro para evaluar la sarcopenia, pero su utilidad en la práctica clínica habitual es limitada debido a su costo y disponibilidad, por lo que se han propuesto métodos alternativos más accesibles como la antropometría, la bioimpedancia eléctrica (BIA), el ángulo de fase (PhA), la fuerza de agarre y el cuestionario SARC-F. A pesar de la creciente evidencia, son pocos los estudios que caracterizan integralmente el estado nutricional y funcional de pacientes con cirrosis descompensada en Latinoamérica.

Objetivo: Describir la frecuencia de sarcopenia y fragilidad en los distintos fenotipos de la cirrosis descompensada con herramientas accesibles, como MAMC, PhA, SARC-F y fuerza de agarre.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, de corte transversal y analítico, que incluyó a pacientes hospitalizados por cirrosis hepática descompensada durante 2023 y 2024; se registraron los datos sociodemográficos y clínicos. La sarcopenia se evaluó mediante circunferencia muscular del brazo (MAMC) y PhA por BIA, tras ajustar los puntos de corte de acuerdo con el sexo. La fragilidad se evaluó mediante SARC-F y fuerza de agarre manual. Se realizó un análisis estadístico con medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes. Además, se realizó análisis estadístico con la prueba de McNemar.

Resultados: Se incluyó a un total de 147 pacientes con cirrosis hepática descompensada. La mediana de la edad fue de 54 años (RIC, 44-63), la mayoría de ellos hombres (82,3%). La media del IMC fue de 25,3 $\pm$ 4,9 kg/m². El 12,9%, 47,6% y 39,5% de los pacientes se clasificaron en los estadios A, B y C de Child-Pugh, respectivamente. Con una mediana de MELD, MELD Na y MELD 3.0 de 17 (RIC, 12-23), 21 (RIC 13-27) y 21 (RIC 15-27), respectivamente. La mortalidad global fue del 23,1% (n = 34). El 50% (n = 17) de las muertes se produjo al mes. La prevalencia de sarcopenia varió de acuerdo con el método diagnóstico empleado. Al emplear el MAMC se identificó sarcopenia en el 57,82% de los pacientes (n = 85) con una mediana de 22,5 (RIC, 19,5-26,9). Por otro lado, mediante el PhA por BIA la prevalencia fue del 91,2% (n = 134) con una mediana de 4,2 (RIC, 3,6-5,1) y diferencias estadísticamente significativas en ambas herramientas (p < 0,05). La frecuencia de fragilidad también tuvo variación según fuera el método empleado; con el cuestionario SARC-F se identificó en 63,9% con una mediana de 4 (RIC, 1-7) y por medio de la fuerza de agarre medida con dinamómetro se observó una media de 17,6 kg ($\pm$ 8), con fragilidad identificada en el 81,6% de los casos, también con diferencias significativas entre ambas herramientas (p < 0,05). Véase la Tabla 1.

Conclusiones: La sarcopenia y la fragilidad son altamente prevalentes en pacientes hospitalizados por cirrosis descompensada, lo que denota una alta

Tabla 1. Frecuencia de sarcopenia de acuerdo con el fenotipo de cirrosis descompensada, (Lun218)				
Fenotipos de descompensación				
	CDE n = 57	CDI n = 27	Pre-ACLF n = 9	ACLF n = 54
Sarcopenia por PhA % (n)	89,4 (51)	92,6 (25)	88,9 (8)	92,6 (50)
Sarcopenia por MAMC % (n)	50,9 (29)	63 (17)	55,5 (5)	63 (34)
Fragilidad por SARC-F % (n)	52,6 (30)	66,7 (18)	66,7 (6)	74 (40)
Fragilidad por fuerza de agarre % (n)	70,2 (40)	96,3 (26)	88,9 (8)	85,2 (46)

proporción en todos los fenotipos. Ésta puede variar según sea la herramienta utilizada, con un mayor rendimiento diagnóstico al usar PhA por BIA en comparación con MAMC y fuerza de agarre respecto de SARC-F. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incluir evaluaciones funcionales y nutricionales con uso de métodos accesibles en la práctica clínica regular.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun219

ADMINISTRACIÓN DE ALBÚMINA INTRAVENOSA GUIADA POR ULTRASONIDO DE EXCESO VENOSO EN PUNTO DE ATENCIÓN EN CIRROSIS DESCOMPENSADA: UN ENSAYO PILOTO ABIERTO Y ALEATORIZADO CONTROLADO

C. Salcido-Yáñez, L. A. Rosales-Rentería, M. L. Torres-Mata, M. Morales-Ibarra, A. Sánchez-Araiza, H. L. Romaña-Alvarado, G. A. Rodríguez-Bravo, K. M. Reyes-Saldivar, M. S. González-Huezo, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMyM Toluca

Introducción: La cirrosis es una enfermedad multisistémica y dinámica en la que los pacientes descompensados son particularmente lábiles desde el punto de vista hemodinámico. Entre aquellos que requieren hospitalización, existen tres indicaciones principales para el uso de albúmina: paracentesis de gran volumen (PGV), peritonitis bacteriana espontánea (PBE) y lesión renal aguda/síndrome hepatorenal tipo AKI (LRA/SHR-AKI). Las dosis establecidas de albúmina intravenosa recomendadas por las guías provienen de estudios preclínicos de 1978 (en el caso de LRA) y de 1986 (para la PGV), y la justificación detrás de su uso es bastante arbitraria. El estudio ATTIRE demostró que una mayor dosis de albúmina se vinculó con sobrecarga de volumen. El ultrasonido de exceso venoso en punto de atención (VExUS) es un método dinámico y fácilmente reproducible que clasifica la sobrecarga intravascular en cuatro etapas (0 a 3) y podría ser útil para determinar qué pacientes con cirrosis descompensada tienen mayor riesgo de sobrecarga de volumen y de insuficiencia respiratoria antes de la administración de albúmina.

Objetivo: Evaluar si la administración de albúmina intravenosa guiada por ultrasonido de exceso venoso en punto de atención en pacientes con cirrosis descompensada o no guiada se relaciona con menor mortalidad.

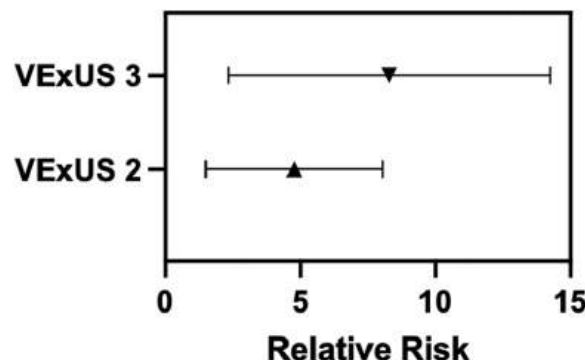
Material y métodos: Se incluyó a pacientes con cirrosis descompensada (CD) e indicación para el uso de albúmina (PGV, LRA con ascitis, PBE) hospitalizados del 1 de marzo del 2023 al 1 de abril del 2024. A todos los pacientes se les realizó un protocolo VExUS, el cual se aplicó al inicio, a las 24 horas y las 48 horas. Se recopiló las principales características clínicas, bioquímicas y sociodemográficas. Se incluyó a pacientes si se clasificaron con una puntuación VExUS 2 o 3 y posteriormente se aleatorizaron en una proporción 1:1 a un grupo guiado por VExUS (los pacientes recibieron una dosis única de 25 g de albúmina al día durante dos días) o a un grupo con tratamiento estándar (según las recomendaciones de las guías para cada episodio de descompensación).

Resultados: Se incluyó a un total de 51 pacientes; 26 se asignaron al grupo de tratamiento guiado por VExUS, mientras que 24 recibieron tratamiento médico estándar. El género predominante fue el masculino en ambos grupos (52,4% y 51%), con una mediana de edad de 55 años en toda la muestra. La principal causa de la cirrosis fue MASLD (51% vs. 53%). En ambos grupos, el episodio de descompensación más común fue la LRA (52%), seguido por la PBE (27%) y la PGV (21%). Fallecieron cuatro de 26 pacientes en el grupo guiado por VExUS (15%) en comparación con 18 de 24 (75%) en el grupo que recibió infusión convencional de albúmina (RR 0,2; IC95%, 0,081-0,520; $p < 0,001$). Esta diferencia se mantuvo estadísticamente significativa después del análisis de regresión multivariada. En desenlaces secundarios, ocho de 26 pacientes del grupo guiado por VExUS desarrollaron insuficiencia respiratoria, en comparación con 16 de 24 en el grupo de tratamiento estándar (RR 0,4; IC95%, 0,243-0,877; $p < 0,001$), y más pacientes en el grupo estándar desarrollaron SHR-AKI (18 de 24 vs. 5 de 26) (RR 3,90; IC95%, 1,716-8,863; $p < 0,001$; NNT, 1,79). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el desarrollo de ACLF, hemorragia variceal, tiempo de hospitalización o resolución de PBE (Figura 1).

Conclusiones: En pacientes con cirrosis descompensada e indicación para el uso de albúmina intravenosa con sobrecarga intravascular demostrada mediante VExUS, una estrategia guiada por VExUS reveló una menor mortalidad durante la hospitalización, así como una menor incidencia de insuficiencia respiratoria y desarrollo de SHR-AKI.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Figura 1. Mortalidad durante la hospitalización en pacientes con VExUS 3 vs. VExUS 2 representada en riesgo relativo. (Lun219)



Lun220

CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA Y CUIDADORES PRIMARIOS

K. I. Rangel-Guzmán, A. Jiménez-Ávila, A. Kuri-Muñoz, F. Higuera-De-la-Tijera, S. Camacho-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los pacientes con enfermedad hepática (PEH) presentan síntomas relacionados con la misma enfermedad; sin embargo, la calidad de vida (CV) y la ansiedad/depresión (AD) pueden tener una influencia importante en el comportamiento de búsqueda de atención médica, además de ser una carga adicional para los cuidadores primarios (C-PEH). Aún no se han evaluado la CV y la AD en PEH y C-PEH de manera simultánea.

Objetivo: Evaluar la CV y la AD de pacientes referidos por primera vez a la clínica de hígado de un hospital de tercer nivel y en sus cuidadores primarios.

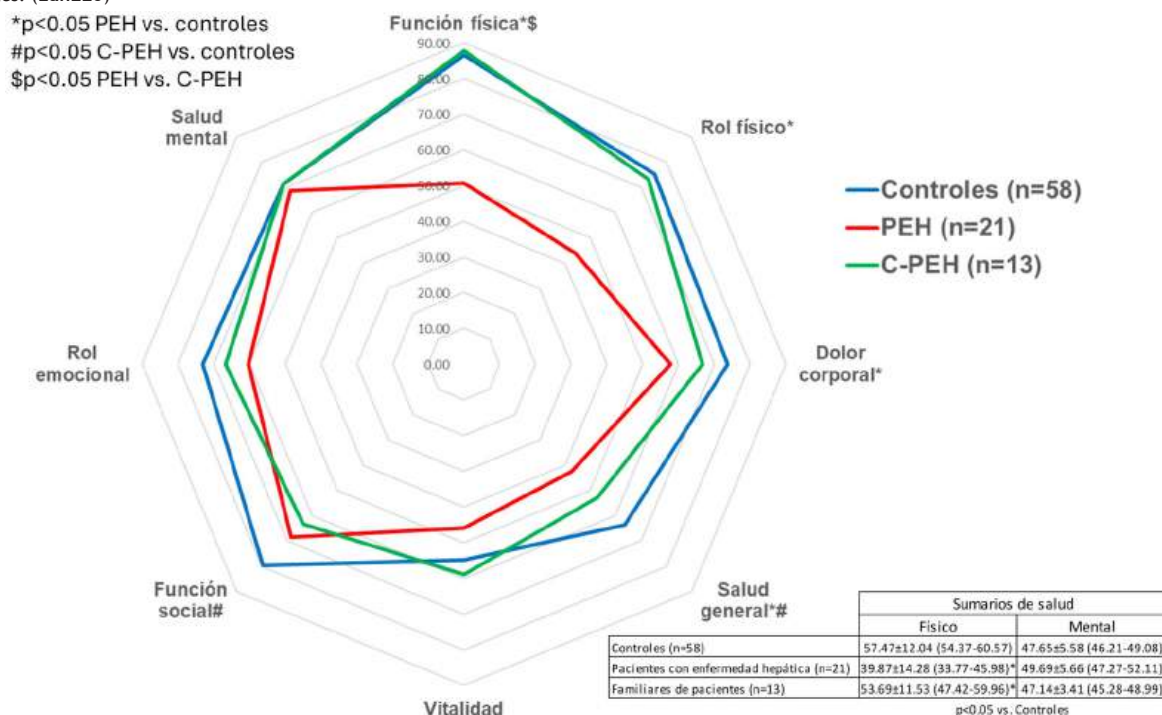
Material y métodos: Este estudio transversal y prospectivo durante junio y julio del 2025 estudió a 21 pacientes (58,24 ± 16,17 [51,32-65,15]; 47,62% de mujeres) referidos subsecuentemente a la clínica de hígado. Se evaluó el motivo de referencia, las comorbilidades vinculadas, la CV (cuestionario corto 36, SF-36) y la AD (cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria, HAD). De forma adicional se evaluaron la CV y la AD en 13 cuidadores primarios (53,56 ± 11,5 [46,04-61,07]; 92,3% de mujeres) de estos pacientes. Se comparó la CV con 58 controles (37 ± 17,64 [32,46-41,54]; 82,74% de mujeres). Los datos expresan la media ± DE e IC95% o porcentajes, mientras que las diferencias estadísticas se evalúan con la prueba t de Student no pareada o la prueba ji cuadrada, según correspondiera; alfa = 0,05.

Resultados: Los controles fueron más jóvenes comparados con los PEH ($p < 0,001$) y los C-PEH ($p = 0,008$), pero sin diferencia entre PEH y C-PEH (0,4394) y más mujeres comparadas con PEH (0,0061) y menos mujeres en comparación con C-PEH ($p < 0,001$), además de ser más mujeres en C-PEH vs. PEH ($p = 0,0081$). De los 21 pacientes, sólo 13 (61,9%) tenían cuidador primario; los demás no tuvieron quién cuidara de ellos. Los diagnósticos de envío de los PEH fueron enfermedad hepática crónica (43%), cirrosis (19%) y otros (29%). Treinta y tres por ciento de los pacientes tenía una comorbilidad, 28,547% ninguna, 19,05% dos y 19,05% tres (Figura 1). Los PEH tuvieron menor puntuación en función física, rol físico, dolor corporal y salud general respecto de los controles y menor función física con sus cuidadores primarios, mientras que los C-PEH tuvieron un deterioro comparado con controles en salud general y función social. Los PEH y C-PEH tuvieron menor calificación en el sumario físico, pero no en el sumario mental. No se demostraron diferencias entre PEH y CPHE en la puntuación total (22,29 ± 3,99 [20,58-23,99] vs. 21,33 ± 3,34 [19,44-23,22]; $p = 0,4905$), de ansiedad (13,33 ± 2,85 [12,11-14,55] vs. 12,83 ± 2,95 [11,16-14,5]; $p = 0,6356$) ni de depresión (8,95 ± 2,85 [7,73-10,17] vs. 8,5 ± 3,03 [6,79-10,21]; $p = 0,6713$), respectivamente.

Conclusiones: Estos resultados muestran que los PEH tienen disminuida la CV en dominios físicos, en tanto que los C-PEH tienen alteraciones en la salud general y la función social. Este primer acercamiento permite identificar alteraciones en la CV que podrían abordarse para implementar estrategias terapéuticas en una atención integral de los PEH.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Calidad de vida (SF-36) en pacientes con enfermedad hepática (PEH) referidos a la clínica de hígado comparados con sus cuidadores primarios (C-PEH) y controles. (Lun220)



Lun221

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA EN EL OCCIDENTE DE MÉXICO

J. A. Velarde-Ruiz Velasco, D. Lagos-Prieto, K. García-Ruiz, J. M. Aldana-Ledesma, E. S. García-Jiménez, E. C. Morel-Cerda, J. R. Barrientos-Avalos, J. A. Velarde-Chávez, D. K. Tapia-Calderón, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La cirrosis hepática descompensada y el síndrome de insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF) constituyen etapas avanzadas de la enfermedad hepática con elevada mortalidad y se caracterizan por complicaciones como encefalopatía, ascitis e infecciones. En México, la información clínica y epidemiológica sobre esta población es limitada.

Objetivo: Describir el perfil clínico y bioquímico de pacientes con cirrosis hepática descompensada.

Material y métodos: Pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática descompensada ingresados en el servicio de gastroenterología en un hospital de tercer nivel, en el periodo comprendido entre diciembre de 2022 y mayo de 2025. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Se analizaron variables sociodemográficas, bioquímicas y clínicas. Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se incluyó a 300 pacientes con cirrosis hepática descompensada. La edad promedio fue de 56 ± 11,6 años, con predominio del sexo masculino (76,7%). Las principales causas de cirrosis fueron: alcohol (65,3%), MASLD (11,7%) e infección por VHC (6,7%). En cuanto a las escalas pronósticas, se observó un predominio de estadios avanzados de disfunción hepática. El 14,4% correspondió a pacientes con Child-Pugh A, 43,1% con Child-Pugh B y 42,5% con Child-Pugh C. La puntuación MELD presentó una mediana de 18 puntos (RIC, 13-26) y el MELD-Na una mediana de 21 (RIC, 14-28), lo que refuerza la presencia de compromiso hepático moderado a grave. El perfil bioquímico mostró hemoglobina de 9,7 g/dL (DE, 3,3), plaquetas de 97,7 (RIC, 69,8-161,4), leucocitos de 8,1 (RIC, 5,1-13,4), creatinina de 1,1 (RIC, 0,79-1,97), albúmina de 2,7 (RIC, 2,3-3,2), AST de 59 (RIC, 39-110), ALT de 33 (RIC, 21-57) e INR de 1,6 (RIC, 1,3-2,0). Las descompensaciones clínicas más frecuentes fueron encefalopatía hepática (21,6%), ascitis (17%) e infección (14,6%). Según fuera el fenotipo, el 50% mostró CDE, 18,7% CDI, 3,7% PRE-ACLF y 27,7% ACLF, distribuido en ACLF-G1 (8,7%), ACLF-G2 (9,3%) y ACLF-G3 (9,7%). La mortalidad global fue del 26,7% y

de acuerdo con el fenotipo: CDE 16,7%, CDI 16,13%, PRE-ACLF 45,5%, ACLF-G1 15,4%, ACLF-G2 60,7% y ACLF-G3 69%. Las principales causas de muerte fueron choque hipovolémico (35%), choque séptico de foco pulmonar (23,8%), insuficiencia respiratoria (13,8%) y encefalopatía hepática (10%) (Tabla 1).

Conclusiones: En este estudio se encontró una frecuencia elevada de compromiso hepatorenal y hematológico. Las descompensaciones más frecuentes fueron encefalopatía hepática, ascitis e infecciones, con una mortalidad global del 26,7%, y fue superior en ACLF de grado 3. Las principales causas de muerte fueron choque hipovolémico y choque séptico pulmonar. Esto enfatiza la importancia de un abordaje clínico oportuno, integral y multidisciplinario para optimizar los resultados y reducir la mortalidad en esta población vulnerable.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características de pacientes con cirrosis descompensada. (Lun221)

Características	Pacientes con cirrosis descompensada (n = 300)
Edad (años), media (DE)	56 ± 11,6
Sexo (masculino), n (%)	230 (76,7)
Causas de la cirrosis, n (%)	
Alcohol	196 (65,3)
MASLD	35 (11,7)
Infección por VHC	20 (6,7)
Child-Pugh, n (%)	
Child-Pugh A	43 (14,3)
Child-Pugh B	120 (43)
Child-Pugh C	127 (42,3)
MELD, mediana (RIC)	18 (13-26)
MELD-Na, mediana (RIC)	21 (14-28)
Mortalidad, n (%)	80 (26,7)
CDE	25 (16,7)
CDI	9 (16,1)

PRE-ACLF	5 (45,5)
ACLF-G1	4 (15,4)
ACLF-2	17 (60,7)
ACLF-G3	20 (69)

*n, total de la muestra; %, porcentaje; DE, desviación estándar; RIC: rango intercuartílico.

Lun222

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR PORTOSINUSOIDAL ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Esesarte-Rodríguez, H. N. Tadeo-Espinoza, V. Venegas-Gómez, G. Rosales-Sotomayor, D. Nieblas-Beltrán, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad vascular portosinusoidal (EVPS) es una causa emergente de hipertensión portal en pacientes sin cirrosis. Su diagnóstico es un reto debido a la escasa especificidad de los signos y síntomas. En México, donde las enfermedades hepáticas son una causa relevante de mortalidad, la identificación oportuna podría tener implicaciones clínicas significativas.

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de enfermedad vascular portosinusoidal.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo realizado entre 2010 y 2024. Se incluyó a pacientes que cumplieran con los criterios diagnósticos propuestos por el consenso internacional de VALDIG 2019. Se excluyó a los pacientes con cirrosis hepática, biopsias hepáticas insuficientes y aquellos que fallecieron dentro de los primeros 90 días posteriores al diagnóstico. Se recolectaron datos clínicos, bioquímicos, imagenológicos y endoscópicos. Las variables cuantitativas se expresaron como medianas e intervalos intercuartílicos, y las variables cualitativas como frecuencias absolutas y porcentajes. Para comparar variables se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney, ji cuadrada y exacta de Fisher. El poder discriminativo de las variables cuantitativas utilizó análisis de la curva ROC y se determinó el punto de corte óptimo a través del índice de Youden. Se obtuvieron los riesgos mediante el cálculo de la razón de momios y se consideraron los valores de $p < 0,05$ como estadísticamente significativos.

Resultados: Se incluyó a un total de 57 pacientes con una mediana de edad de 39 años. El 49% de los pacientes tenía comorbilidades y las enfermedades autoinmunes fueron las más comunes. No obstante, el 38,6% no tenía comorbilidades adjuntas. Los estudios de imagen mostraron que el 54,5% tenía colaterales portosistémicas y el 25% trombosis portal. La mediana del volumen esplénico fue de 656 cc y el eje cefalocaudal esplénico de 15 cm (13-17,5). La elastografía mostró una rigidez hepática media de 7,5 kPa. En estudios endoscópicos, el 79,6% tuvo vórices esofágicas, el 22,4% vórices

gástricas y el 53,1% gastropatía portal. Durante el seguimiento, el 50% de los pacientes mostró descompensación clínica, en particular sangrado del tubo digestivo, y se observó que un volumen esplénico ≥ 574 cc se acompañó significativamente de mayor riesgo de descompensación (OR, 5,03; $p = 0,005$).

Conclusiones: La enfermedad vascular portosinusoidal es una entidad que puede presentarse con manifestaciones graves de hipertensión portal, en especial sangrado del tubo digestivo alto. Asimismo, a mayor volumen esplénico mayor riesgo de descompensación clínica.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Lun223

PROYECCIÓN DE LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD POR HÍGADO GRASO METABÓLICO Y CIRROSIS ASOCIADA EN MÉXICO PARA EL AÑO 2035, BASADO EN LAS ENCUESTAS ENSAUT 2000-2023

B. Muñoz-Zermeño, R. Contreras-Omaña, Centro de Estudio e Investigación en Enfermedades Hepáticas y Toxicológicas (CEIHET)

Introducción: La enfermedad esteatósica hepática relacionada con disfunción metabólica (MASLD) se ha convertido en la principal causa de hepatopatía crónica a nivel mundial. En México, la prevalencia de obesidad en adultos (37,1 %) y de diabetes tipo 2 (18,4 %) sitúa al país en alto riesgo de un incremento sostenido de MASLD y sus complicaciones (cirrosis y carcinoma hepatocelular), mientras que las limitaciones socioeconómicas elevan de forma innecesaria los costos sanitarios y la carga sobre el sistema de salud.

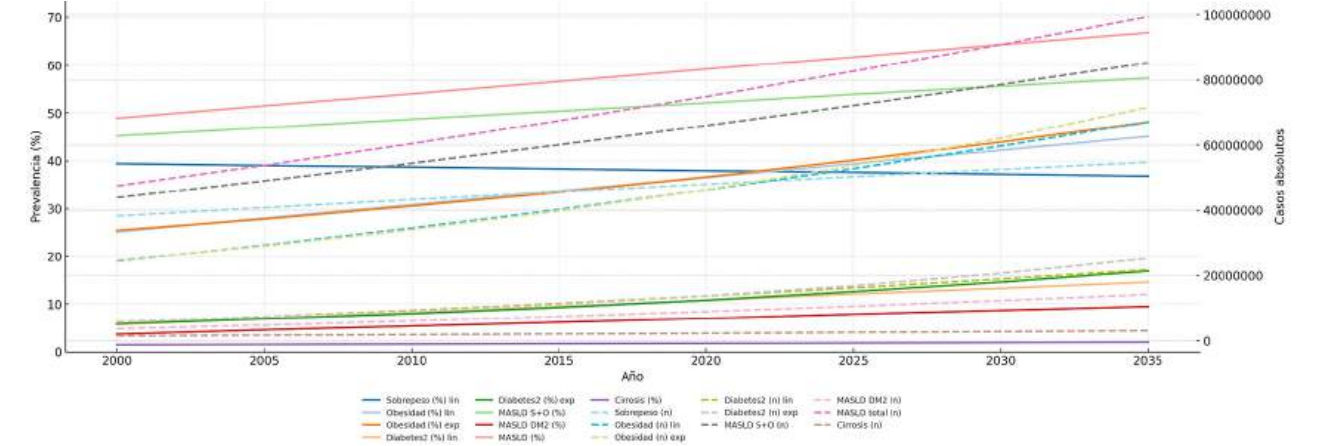
Objetivo: Calcular la prevalencia epidemiológica de hígado graso metabólico y cirrosis relacionada en México para el año 2035 al tomar como base las encuestas ENSAUT 2000-2023.

Material y métodos: Estudio ecológico y descriptivo basado en el análisis secundario de datos poblacionales de ENSAUT e INEGI (2000-2023). Se aplicaron modelos de regresión lineal y exponencial para proyectar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y diabetes tipo 2, y con supuestos de prevalencia de MASLD (70% en sobrepeso y obesidad, y 65 % en diabetes tipo 2), además de la progresión de cirrosis relacionada (3% del total de la MASLD). Las proyecciones se realizaron cada cinco años hasta 2035.

Resultados: Con base en la prevalencia calculada de hígado graso metabólico del año 2000 de 47 481 130 casos (48,9%) y de su progresión de cirrosis relacionada de 1 424 434 casos (1,47%) en una población total de 97 059 905 mexicanos, se espera que su proyección aproximada para 2035 sea del doble, es decir, 99 362 816 casos (66,8%) y un aumento paralelo de 2 980 884 casos (2%) respectivamente en una población considerada de 148 675 322 mexicanos, tal y como se detalla en la Figura 1.

Conclusiones: Si se consideran el registro y el cálculo del aumento constante de las epidemias de sobrepeso, obesidad y diabetes tipo 2 infraestimadas, se proyecta un aumento absoluto de la carga de la MASLD para el año 2035 de 99 362 816 casos; se advierte un incremento del 17,9% comparado con el año 2000, lo que debe alarmar al sector de salud para considerarla dentro de las entidades metabólicas y crear programas de prevención, detección temprana

Figura 1. Proyección de la prevalencia de enfermedad esteatósica metabólica relacionada con disfunción metabólica (MASLD) y cirrosis en México, 2000-2035. *Gráfica de elaboración propia. (Lun223)



y control de factores de riesgo desde el primer nivel de atención con fin de reducir su incidencia, la progresión a cirrosis hepática y las complicaciones adjuntas que reduzcan la calidad de vida.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento externo.

Lun224

VALOR PRONÓSTICO DE LA CITOMETRÍA HEMÁTICA EN PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA

M. Coutiño-Flores, G. Bretón-Arroy, L. A. Robles-Casanova, J. I. Mazadiego-Cid, K. A. Sánchez-Pozos, A. Coutiño-Flores, M. R. Herrero-Maceda, S. M. I. Mejía-Loza, C. A. Córdova-Velázquez, Hospital Juárez de México

Introducción: La citometría hemática es un recurso disponible en todos los niveles de atención en México. Permite calcular algunos índices predictivos de mortalidad en pacientes críticos. Pocos estudios han evaluado su utilidad en pacientes con hepatitis alcohólica (HA).

Objetivo: Determinar la relación entre el índice neutrófilo-linfocito (INL), plaqueta-linfocito (IPL) e índice de inmunidad-inflamación sistémica (II-IS) con la mortalidad a 28 días, así como con el grado de falla hepática aguda sobre crónica (ACLF).

Material y métodos: Estudio longitudinal, retrospectivo, observacional y descriptivo. Los pacientes cumplieron criterios de HA (consumo de alcohol > 40 g/día en mujeres y > 60 g/día en hombres, ictericia en las ocho semanas previas, AST > 50 UI/L, AST/ALT > 1,5 y < 400 UI/L, BT > 3 mg/dL). Se calcularon los valores absolutos de los diferentes índices: INL (índice neutrófilos/linfocitos), IPL (índice plaquetas/linfocitos) y el (II-IS) (neutrófilos × plaquetas/linfocitos). El análisis estadístico se realizó con el programa informático Jamovi. Los valores clínicos se compararon mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney. El análisis de asociación entre el INL, IPL, II-IS y la mortalidad a 28 días, así como los grados de la ACLF, se llevó a cabo mediante correlación punto-biserial. Se construyó una curva ROC con GraphPad Prism versión 10.2.3 y Microsoft Excel para establecer el punto de corte del INL y determinar la sensibilidad y especificidad del modelo para predecir la mortalidad a los 28 días.

Resultados: Se incluyó a 89 pacientes que ingresaron a esta unidad por HA: 86 (96%) hombres y 3 (4%) mujeres. El valor medio del INL en los pacientes que fallecieron en los primeros 28 días fue aproximadamente cuatro veces superior al de los pacientes que sobrevivieron en los primeros 28 días, 1,7 veces superior en el IPL y 4,6 veces superior en el II-IS ($p < 0,001$). Véase la **Tabla 1**. Se identificó un aumento gradual del INL en función de la gravedad según la puntuación CLIF-C de la ACLF. El valor de corte del índice neutrófilos-linfocitos fue > 12,9 (AUC 0,986), con un valor $p < 0,0001$, una sensibilidad del 92,7% y una especificidad del 94,1% (IC95%).

Conclusiones: Se confirma la relación entre valores elevados del INL, IPL y el II-IS con la mortalidad a los 28 días y la gravedad de la ACLF. Por lo tanto, una citometría hemática podría considerarse un recurso útil en la práctica clínica

para determinar el pronóstico de pacientes que cursen con esta enfermedad.

Financiamiento: No se recibió algún tipo de financiamiento para esta investigación.

Lun225

ASOCIACIÓN ENTRE SARCOPENIA Y MORTALIDAD A 28, 90 Y 180 DÍAS EN PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SIGLO XXI

D. L. Granados-Espinosa, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica es una forma grave de cirrosis descompensada con una elevada mortalidad a los 28 días notificada en 26% en comparación con 5% en pacientes con cirrosis descompensada sin ACLF. La sarcopenia se refiere a la intolerancia al ejercicio y la reducción de la masa, fuerza y función muscular. Es un factor independiente para la presencia de infecciones, descompensación y muerte en los pacientes con cirrosis hepática. Se han propuesto diversos métodos de medición de la sarcopenia; sin embargo, su evaluación mediante imágenes transversales por TAC o RM es el método más valorado y objetivo. 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 cm²/m² en hombres y < 39 cm²/m² en mujeres.

Objetivo: Evaluar la relación entre sarcopenia y mortalidad a 28, 90 y 180 días en pacientes con falla hepática aguda sobre crónica.

Material y métodos: Participaron los pacientes con falla hepática aguda sobre crónica según los criterios de EASL hospitalizados en el servicio de gastroenterología del CMN Siglo XXI entre el 2019 y 2023, que contaran con tomografía abdominal realizada hasta tres meses antes de su internamiento para calcular el índice L3-SMI. Tipo de estudio: estudio observacional, retrospectivo y transversal. 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. Estadística analítica: en el modelo multivariado se utilizó la regresión logística para las variables cuantitativas que tuvieran significancia estadística en el modelo univariado.

Resultados: Se identificó a 95 pacientes con media de edad de 53,19 años y el 60% (57) de los casos correspondió a mujeres. La mayoría se clasificó con un peso normal (36,84%), seguido por sobrepeso (33,68%) y obesidad (24,21%); el 51,58%, se categorizó con sarcopenia. En relación con el grado de ACLF se identificó que, al ingreso, 43,16% se clasificó como grado II; a los tres días de ingreso, el grado más frecuente (50,53%) fue el III y la mediana de AARC al ingreso fue de 10, la mediana de CLIF SOFA de 12 y la media de CLIF C de 54. Las

Tabla 1. Comparación de datos clínicos y escalas de gravedad entre sujetos sobrevivientes y no sobrevivientes a los 28 días. (Lun224)

Variable	Muerte < 28 días (n = 55)	Sobrevivientes > 28 días (n = 34)	p
Edad	45,7 ± 9,1	46,0 ± 12,3	0,909
Leucocitos (×10 ³ mm ³)	23,3 ± 8,3	11,7 ± 5,4	< 0,001
Plaquetas (×10 ³ uL)	154,0 (84,5, 239,0)	89,5 (56,0, 158,0)	0,008
TP (s)	23,6 (19,8, 28,3)	23,6 (18,3, 29,1)	0,233
BT (mg/dL)	24,1 ± 10,7	16,4 ± 10,0	0,001
AST (U/L)	153 (101, 206)	160 (104, 244)	0,346
ALT (U/L)	54,0 (39,5, 71,5)	60,0 (40,5, 91,3)	0,646
INR	2,15 (1,79, 2,52)	2,03 (1,54, 2,67)	< 0,001
Cr (mg/dL)	2,16 (1,46, 3,54)	1,16 (0,73, 2,30)	0,004
INL	30,5 (17,2, 32,1)	7,0 (5,0, 8,8)	< 0,001
Calificación EF CLIF-OF	56,1 ± 6,6	49,3 ± 8,9	< 0,001
Calificación Maddrey	79,2 (55,5, 98,2)	69,2 (40,5, 102,0)	0,111
Calificación MELD	35,3 ± 11,5	26,8 ± 9,3	< 0,001
Calificación MELD NA	36,1 ± 9,3	28,7 ± 8,8	< 0,001
IPL	153 (116, 293)	89,5 (51,3, 104)	< 0,001
II-IS	3269 (1870, 5357)	704 (365, 1102)	< 0,001

INL, índice neutrófilo-linfocito; IPL, índice plaqueta-linfocito; II-IS, índice de inmunidad-inflamación sistémica.

fallas renal y hepática fueron las más frecuentes (66,32% y 42,11%, respectivamente). Respecto de la escala de Child-Pugh, el 81,05% (77) se encontraba con grado C; las medias de las escalas MELD, MELD-Na y MELD-3.0 fueron de 30, 32, y 33, respectivamente. La mortalidad a los 28 días fue de 57,89%, a los 90 días de 75,79% y a los 180 días de 82,11% (Tabla 1). En los tres momentos, la mayoría de los pacientes que seguían vivos presentó grado I de ACLF al ingreso y a los tres días; por otro lado, no se identificó una diferencia estadísticamente significativa relacionada con la presencia de sarcopenia entre ambos grupos. Luego del análisis bivariado, las variables identificadas con relación

estadísticamente significativa fueron el IMC en sobrepeso y obesidad, el grado III de ACLF al ingreso, la ascitis y las escalas de Child-Pugh, MELD, MELD-Na y MELD-3.0. Posterior al análisis de regresión se identificó que la edad y la ascitis se vincularon con mayor riesgo de defunción a los 180 días.

Conclusiones: En este estudio no se encontró una relación entre la sarcopenia y la defunción a los 28, 90 o 180 días. Los factores vinculados con defunción a los 90 días fueron la edad y el grado III de ACLF al ingreso, mientras que los factores relacionados con defunción a los 180 días fueron la edad y la ascitis.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Tabla 1. Características de los pacientes con falla hepática aguda sobre crónica distribuidos por desenlace a los 28, 90 y 180 días. Hospital de Especialidades Siglo XXI (México, 2019-2025). (Lun225)

Variable	Total n = 95	Desenlace 28 días			Desenlace 90 días			Desenlace 180 días		
		Vivo n = 401	Defunción n = 551	p2	Vivo n = 231	Defunción n = 721	p2	Vivo n = 171	Defunción n = 781	p2
Edad	53,19 (± 11,81)	52 (42, 59)	55 (43, 63)	0,5	51 (46-57)	56 (42-63)	0,3	50 (41, 53)	56 (43, 63)	0,039
Sexo (%)*	57 (60 %)	17 (43%)	21 (38%)	0,7	11 (48%)	27 (38%)	0,4	8 (47%)	30 (38%)	0,5
Talla (m)**	1,6 (1,53-1,69)	1,61 (1,54-1,69)	1,6 (1,52-1,7)	> 0,9	1,62 (1,51-1,7)	1,6 (1,53-1,69)	0,7	1,63 (1,51-1,7)	1,6 (1,53-1,7)	0,9
Peso (kg)**	68 (58,2-77,95)	70 (60-82)	66 (56-78)	0,4	73 (58-84)	68 (58-76)	0,2	82 (58, 86)	68 (59, 75)	0,2
IMC				0,2			0,031			0,069
Bajo peso	5 (5,26%)	2 (5,0%)	3 (5,5%)		2 (8,7%)	3 (4,2%)		1 (5,9%)	4 (5,1%)	
Normal	35 (36,84%)	10 (25%)	25 (45%)		3 (13%)	32 (44%)		2 (12%)	33 (42%)	
Sobrepeso	32 (33,68%)	16 (40%)	16 (29%)		11 (48%)	21 (29%)		8 (47%)	24 (31%)	
Obesidad	23 (24,21%)	12 (30%)	11 (20%)		7 (30%)	16 (22%)		6 (35%)	17 (22%)	
Sarcopenia	49 (51,58%)	21 (53%)	25 (45%)	0,5	12 (52%)	34 (47%)	0,7	8 (47%)	38 (49%)	> 0,9
ACLF al ingreso				< 0,001			< 0,001			0,066
I	28 (29,47%)	19 (48%)	9 (16%)		14 (61%)	14 (19%)		9 (53%)	19 (24%)	
II	41 (43,16%)	17 (43%)	24 (44%)		7 (30%)	34 (47%)		6 (35%)	35 (45%)	
III	26 (27,37%)	4 (10%)	22 (40%)		2 (8,7%)	24 (33%)		2 (12%)	24 (31%)	
ACLF a los tres días				< 0,001			< 0,001			< 0001
I	20 (21,05%)	17 (43%)	3 (5,5%)		12 (52%)	8 (11%)		9 (53%)	11 (14%)	
II	20 (21,05%)	13 (33%)	7 (13%)		6 (26%)	14 (19%)		5 (29%)	15 (19%)	
III	48 (50,53%)	5 (13%)	43 (78%)		1 (4,3%)	47 (65%)		0 (0%)	48 (62%)	
Sin ACLF	7 (7,37%)	5 (13%)	2 (3,6%)		4 (17%)	3 (4,2%)		3 (18%)	4 (5,1%)	
Hipoalbuminemia (%)	87 (91,58%)	36 (90%)	51 (93%)	0,7	20 (87%)	67 (93%)	0,4	14 (82%)	73 (94%)	0,2
Ascitis (%)	73 (76,84%)	28 (70%)	45 (82%)	0,2	14 (61%)	59 (82%)	0,037	8 (47%)	65 (83%)	0,003
EH (%)	51 (53,68%)	18 (45%)	33 (60%)	0,15	11 (48%)	40 (56%)	0,5	7 (41%)	44 (56%)	0,3
HPH (%)	38 (40%)	15 (38%)	23 (42%)	0,7	8 (35%)	30 (42%)	0,6	5 (29%)	33 (42%)	0,3
Falla circulatoria (%)	30 (31,58%)	6 (15%)	24 (44%)	0,003	5 (22%)	25 (35%)	0,2	4 (24%)	26 (33%)	0,4
Falla respiratoria (%)	9 (9,47%)	0 (0%)	9 (16%)	0,009	0 (0%)	9 (13%)	0,11	0 (0%)	9 (12%)	0,4
Falla hematológica (%)	37 (38,95%)	12 (30%)	25 (45%)	0,13	4 (17%)	33 (46%)	0,015	3 (18%)	34 (44%)	0,047
Falla hepática (%)	40 (42,11%)	15 (38%)	25 (45%)	0,4	5 (22%)	35 (49%)	0,023	4 (24%)	36 (46%)	0,087
Falla renal (%)	63 (66,32%)	26 (65%)	37 (67%)	0,8	16 (70%)	47 (65%)	0,7	12 (71%)	51 (65%)	0,7
Falla neurológica (%)	31 (32,63%)	9 (23%)	22 (40%)	0,072	6 (26%)	25 (35%)	0,4	6 (35%)	25 (32%)	0,8
Child-Pugh				0,11			0,035			0,084
Child A	0	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
Child B	18 (18,95%)	11 (28%)	7 (13%)		8 (35%)	10 (14%)		6 (35%)	12 (15%)	
Child C	77 (81,05%)	29 (73%)	48 (87%)		15 (65%)	62 (86%)		11 (65%)	66 (85%)	
Escala MELD*	30,58 (± 6,91)	28 (23-34)	32 (28-37)	0,003	27 (21-29)	32 (28-36)	< 0,001	25 (21-28)	31 (28-36)	0,001
Escala MELD-Na*	32,55 (± 5,69)	30,5 (28-35)	34 (30-38)	0,007	29,0 (25-33)	34 (30-37,5)	0,002	29 (25-32)	33 (30-37)	0,011
Escala MELD-3.0*	33,74 (± 6,22)	31 (29-37)	35 (31-39)	0,014	30 (26, 32)	34 (31, 38)	0,002	30 (26-32)	34 (31-38)	0,006

*Media (desviación estándar).

**Mediana (RIQ).

¹Se expresa el porcentaje o el rango intercuartílico dependiendo del tipo de variable. ²Se aplicaron las pruebas de Wilcoxon, ji cuadrada de Pearson y exacta de Fisher de acuerdo con el tipo de variable.

EH, encefalopatía hepática; HPH, hipertensión portal hemorrágica; IMC, índice de masa corporal.

Fuente: elaboración propia con información recabada de expedientes clínicos del CMN SXXI.

Lun226

UTILIDAD PRONÓSTICA DEL ÍNDICE LACTATO/ALBÚMINA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA

G. Bretón-Arroy, L. A. Robles-Casanova, M. Coutiño-Flores, M. R. Herrero-Maceda, E. I. Juárez-Veldés, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

Introducción: La insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF) se caracteriza por una descompensación aguda en pacientes con enfermedad hepática crónica previa, que se traduce en falla multiorgánica.

El índice lactato-albúmina (ILA) se ha propuesto como marcador pronóstico en pacientes críticos. El lactato es un marcador de hipoperfusión tisular y estrés metabólico, mientras que la albúmina es un indicador de la función hepática y del estado nutricional, además de tener propiedades antiinflamatorias y antioxidantes.

Su combinación puede ofrecer una visión integral del estado clínico, especialmente en el contexto de la disfunción hepática.

Objetivo: Determinar la utilidad pronóstica del ILA en pacientes con insuficiencia hepática aguda sobre crónica.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico en pacientes con diagnóstico de ACLF, definidos por los criterios de la EASL-CLIF, atendidos en un hospital de tercer nivel entre febrero de 2022 y mayo de 2025. El ILA se calculó como el cociente entre lactato plasmático (mmol/L) y albúmina sérica (g/dL).

Para evaluar el desempeño diagnóstico del ILA se realizó una curva ROC con el propósito de identificar el punto de corte con mayor utilidad clínica. A partir de dicho punto se determinaron la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), así como la razón de verosimilitud positiva (LR+) y negativa (LR-). Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$. Posteriormente se aplicó la prueba ji cuadrada de Pearson para analizar la relación entre el punto de corte del ILA y una puntuación CLIF-C-ACLF > 60 . Por último, se evaluó la utilidad pronóstica del ILA y su relación con la gravedad del cuadro clínico, representado por la puntuación CLIF-C-ACLF.

Resultados: Se incluyó a 130 pacientes, 104 (80%) de ellos hombres. La principal causa de la cirrosis fue el consumo crónico de alcohol en 108 casos (83,08%). Al momento de la evaluación, 67 pacientes (51,54%) presentaban ACLF de grado 3. El desencadenante más frecuente fue la infección de vías urinarias, identificada en 48 pacientes (36,92%).

Durante el seguimiento fallecieron 104 pacientes, de los cuales 74 (71,15%) lo hicieron dentro de los primeros 28 días. Asimismo, 33 (25%) presentaron una puntuación CLIF-C-ACLF > 60 .

Se identificó que un valor de ILA $> 1,43$ fue predictor de una puntuación CLIF-C-ACLF elevada (> 60 puntos), con una sensibilidad del 70%, especificidad del 57%, valor predictivo positivo (VPP) del 35% y un valor predictivo negativo (VPN) del 85%. La razón de verosimilitud positiva (LR+) fue de 1,63 y la negativa (LR-) de 0,53.

Entre los pacientes con ILA $> 1,43$ ($n = 65$), el 35% ($n = 23$) registró un CLIF-C-ACLF > 60 , en comparación con sólo el 15% ($n = 10$) entre aquéllos con ILA $< 1,43$ (Tabla 1). El análisis estadístico evidenció una relación significativa entre un ILA elevado y un CLIF-C-ACLF > 60 , con un valor de ji cuadrada de Pearson de 6,863 y un valor de $p = 0,009$.

Conclusiones: Un ILA $> 1,43$ se vincula de forma significativa con una calificación CLIF-C-ACLF > 60 en pacientes con ACLF. Un ILA $< 1,43$ demuestra buena capacidad para descartar enfermedad grave, con un valor predictivo negativo de 85%. Esto sugiere que el ILA puede utilizarse como herramienta de estratificación inicial en la evaluación clínica de estos pacientes con ACLF.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. (Lun226)			
	CLIF-ACLF > 60	CLIF-ACLF < 60	Total
ILA $> 1,43$	23	42	65
ILA $< 1,43$	10	55	65
Total	33	97	10

Nota: el índice lactato-albúmina (ILA) $> 1,43$ se relacionó de forma significativa con una puntuación CLIF-C-ACLF > 60 ($p = 0,009$).

Lun227

TUMORES HEPÁTICOS PRIMARIOS MALIGNOS: REVISIÓN POST MORTEM RETROSPECTIVA DE 20 AÑOS, EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Mejía-Ramírez, F. Higuera-De-la-Tijera, G. Aristi-Urista, P. D. Guerrero-Ramírez, F. A. Pérez-Cárdenas, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los tumores primarios hepáticos representan un grupo heterogéneo de neoplasias originadas en el parénquima hepático y el carcinoma hepatocelular (CHC) es el subtipo más frecuente, seguido del colangiocarcinoma intrahepático y, en menor proporción, de los tumores hepáticos raros como el hepatoblastoma o los tumores hepáticos vasculares; éstos constituyen una causa relevante de morbilidad y mortalidad y su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, en estrecha relación con la prevalencia creciente de enfermedades hepáticas crónicas. No obstante, a pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento, una proporción significativa de estos casos se detecta de manera incidental durante estudios *post mortem*.

Objetivo: Determinar la prevalencia de los diferentes tumores hepáticos primarios malignos no metastásicos de hígado en necropsias realizadas entre 2003 y 2023 en un centro de tercer nivel de atención.

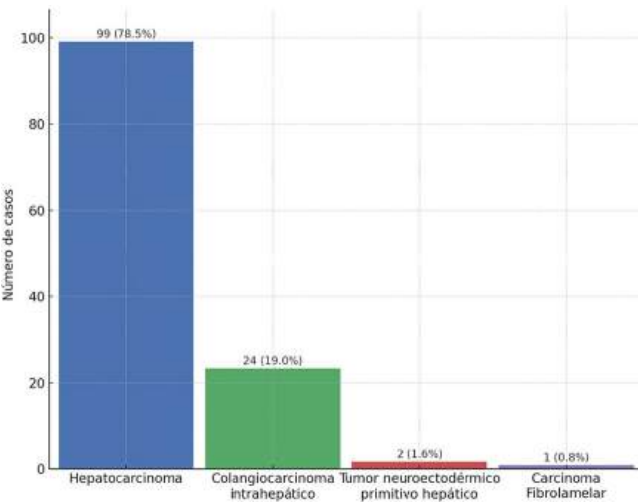
Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de necropsias realizadas en el servicio de patología de un centro de tercer nivel de atención en el periodo comprendido entre 2003 y 2023. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados: Se llevó a cabo necropsia a 10 139 pacientes; 126 (1,24%) se clasificaron como tumores hepáticos primarios malignos, con media de 63 ± 12 años, 52 mujeres (41,3%) y 74 hombres (58,7%) y se distribuyeron de la siguiente manera: hepatocarcinoma con 99 (78,5%), 63 ± 12 años, 39 mujeres (38,6%) y 60 hombres (59,4%), 38 (37,6%) con metástasis, sobre todo en pulmón seguido de ganglios linfáticos y sólo el 9% sin relación con cirrosis; colangiocarcinoma intrahepático con 24 (19%), 65 ± 14 años, 12 hombres (50%), 12 mujeres (50%), 70,8% con metástasis pulmonares y 47,8% sin relación con cirrosis; tumor neuroectodérmico primitivo hepático con 2 (1,59%), $54 \pm 5,6$ años, con metástasis pleurales y pulmonares; carcinoma fibrolamelar con 1 (0,79%), 24 años y metástasis en ganglios linfáticos (Figura 1).

Conclusiones: Aunque poco frecuentes, los tumores hepáticos primarios malignos poseen patrones distintos según sea el subtipo. La hepatocarcinoma se vincula sólidamente con enfermedad hepática crónica avanzada. En contraste, el colangiocarcinoma muestra menor relación con cirrosis; sin embargo, un alto porcentaje de los casos ya cursaba con enfermedad metastásica al momento del diagnóstico.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Distribución de tumores hepáticos primarios malignos en necropsias ($n = 126$). (Lun227)



Lun228

DETERMINACIÓN DE PUNTOS DE CORTE DEL FACTOR DE CRECIMIENTO DEL TEJIDO CONECTIVO PARA LA FIBROSIS HEPÁTICA EN COLESTASIS

J. Mejía-Ramírez, F. Higuera-De-la-Tijera, C. Y. Sánchez-Sánchez, D. F. Abendaño-Rivera, V. López-Ladrón de Guevara, M. A. Díaz-Castro, C. Guzmán-Arriaga, A. D. Santana-Vargas, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

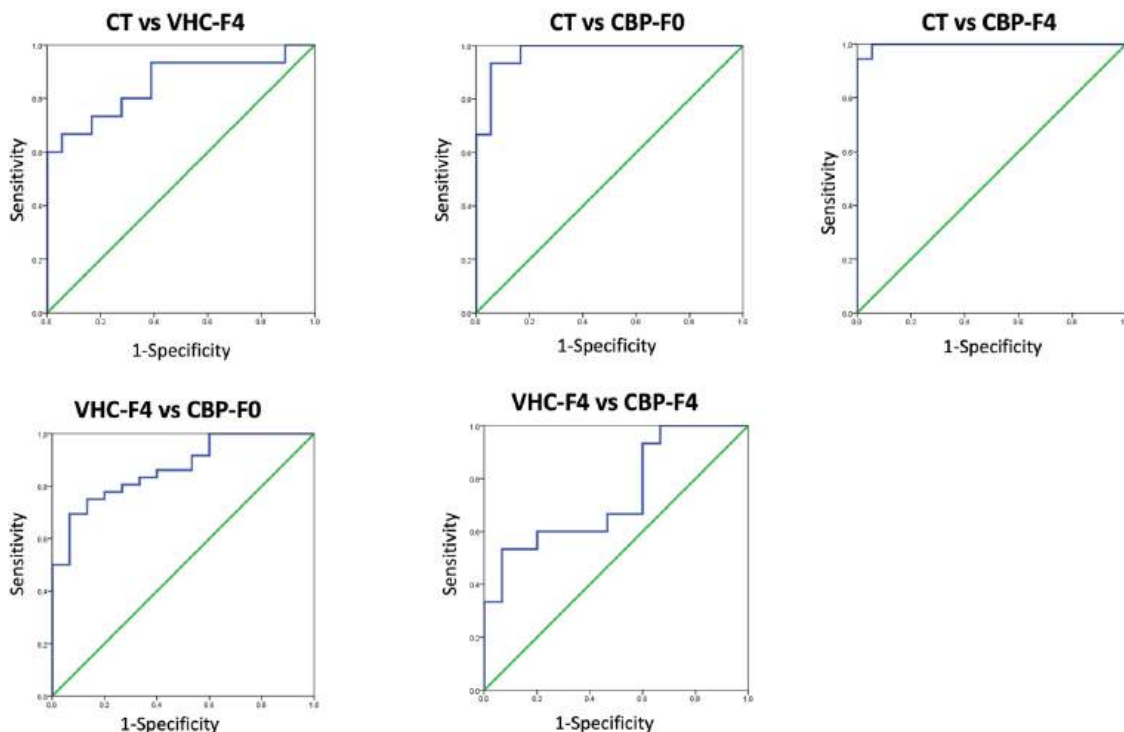
Introducción: La fibrosis hepática en enfermedades colestásicas representa un reto diagnóstico relevante, dada su progresión silenciosa y su efecto clínico. El factor de crecimiento del tejido conectivo (CTGF) es una proteína que interviene en mecanismos de fibrogénesis, con creciente interés como biomarcador no invasivo. Su expresión se relaciona con la activación de células estrelladas hepáticas y el depósito de matriz extracelular. En este contexto, la evaluación de las concentraciones séricas de CTGF y la identificación de puntos de corte precisos podrían contribuir a una mejor estratificación de la fibrosis en pacientes con colestasis y optimizar su abordaje clínico.

Objetivo: Establecer la correlación entre el punto de corte de los valores séricos del CTGF mediante ELISA y el grado de fibrosis hepática determinada con elastografía de transición en pacientes con colestasis diagnosticados con colangitis biliar primaria (CBP).

Material y métodos: Estudio prolectivo, descriptivo y analítico que incluyó a pacientes con colestasis, individuos con cirrosis por hepatitis C y un grupo control. Se cuantificaron en sangre los valores séricos de CTGF. El grado de fibrosis se determinó mediante elastografía de transición. Análisis estadístico: se calculó el área bajo la curva ROC (AUROC) y se obtuvo el punto de corte con el índice de Youden para obtener sensibilidad (S) y especificidad (E), entre CT y VHC-F4, CT y CBP-F0, CT y CBP-F4, y VHC-F4 y CBP-F4.

Resultados: Se incluyó a 51 pacientes con CBP, 15 VHC y 18 controles. El AUROC para VHC-F4 vs. CT fue de 0,856 (IC95%, 0,718-0,994; $p < 0,001$), $cut-off = 592,9$, $S = 66,7\%$, $E = 94,4\%$; para CT vs. CBP-F0 el AUROC fue de 0,974 (IC95%, 0,929-1,0; $p < 0,001$), $cut-off = 596,18$, $S = 93,3\%$, $E = 94,4\%$; para CT vs. CBP-F4 el AUROC fue de 0,997 (IC95%, 0,989-1,0; $p < 0,001$), $S = 100$, $E = 94,4\%$; para VHC-F4 vs. CBP-F0 el AUROC fue de 0,857 (IC95%, 0,769-0,956; $p < 0,001$), $cut-off = 1284,7$, $S = 69,4\%$, $E = 93,3\%$; y para VHC-F4 vs. CBP-F4 el AUROC fue de 0,738 (IC95%, 0,557-0,918; $p = 0,026$), $cut-off = 1288,6$, $S = 53,3\%$, $E = 93,3\%$ (Figura 1).

Figura 1. CTGF: puntos de corte en la fibrosis hepática. (Lun228)



Conclusiones: Existe relación directa entre las concentraciones séricas de CTGF de pacientes con fibrosis y puntos de corte específicos de discriminación para los diferentes grupos.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Lun229

FACTORES ASOCIADOS A TROMBOSIS PORTAL EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA

F. Y. Vargas-Durán, R. Toledo-Galván, D. E. Espinoza-López, F. X. Balarezo-Arias, N. F. Córdova-Valenzuela, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La trombosis portal en pacientes con hepatocarcinoma conlleva implicaciones clínicas relevantes: empeora el pronóstico, limita las opciones terapéuticas potencialmente curativas como la resección quirúrgica o el trasplante hepático, y puede acompañarse de un mayor riesgo de sangrado variceal y deterioro de la función hepática.

Objetivo: Contribuir al entendimiento de esta complicación mediante la caracterización de variables clínicas, bioquímicas y funcionales hepáticas en una cohorte de pacientes con HCC.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga. Se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de HCC entre enero de 2020 y marzo de 2024. La presencia de trombosis portal se documentó mediante estudios de imagen contrastados (tomografía o resonancia magnética). Se recolectaron variables clínicas (edad, sexo, índice de masa corporal), bioquímicas (albúmina sérica, INR, bilirrubina total, GGT, alfa-fetoproteína), y de clasificación funcional hepática (Child-Pugh), así como estadio tumoral mediante clasificación BCLC. Las variables continuas se analizaron mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, según correspondiera. Las categóricas se analizaron con tablas de contingencia y las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher.

Resultados: Se analizó a 41 pacientes con diagnóstico confirmado de HCC; el 17,1% (n = 7) presentó trombosis portal. En el grupo con trombosis, los valores promedio de albúmina fueron menores (3,17 g/dL) en comparación con el grupo sin trombosis (3,46 g/dL), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,698$). El INR fue más elevado en los pacientes

Tabla 1. Resultados. (Lun229)			
Variable/aspecto	Con trombosis portal (n = 7)	Sin trombosis portal (n = 34)	Resultado
Edad media	62,4 años (DE ± 7,8)	62,4 años (DE ± 7,8)	Sin diferencia significativa
Prevalencia de trombosis portal	7,1% (7 pacientes)	-	-
Albúmina sérica	3,17 g/dL	3,46 g/dL	Menor en paciente con trombosis (p = 0,698, no estadísticamente significativa)
INR	1,36	1,14	Mayor en pacientes con trombosis (p = 0,267, tendencia no significativa)
AFP (alfa-fetoproteína)	144,8 ng/mL	275,5 ng/mL	Menor en pacientes con trombosis (p = 0,994, no significativa)
GGT (Gammaglutamil transpeptidasa)	162,3 U/L	66,4 U/L	Sin diferencia significativa (p = 0,776)
Clasificación Child-Pugh	A: 3, B: 4, C: 0	A: 28, B: 28, C: 6	Sin casos en C en con trombosis; distribuciones similares en A y B
Estadio BCLC	BCLC B (5 casos)	Diversos, incluidos estadios más avanzados	La mayoría con trombosis en estadio BCLC B; ningún caso en C o D

con trombosis (1,36 vs. 1,14; p = 0,267), lo que sugiere una tendencia hacia mayor disregulación hemostática. En la clasificación Child-Pugh, los pacientes con trombosis se distribuyeron en clases A (n = 3) y B (n = 4), sin casos en clase C. La distribución según BCLC mostró que la mayoría de los casos con trombosis se concentró en estadio BCLC 2 (n = 5), y no se identificaron casos en estadios avanzados (BCLC 3 o 4) (Tabla 1).

Conclusiones: Este estudio demuestra que la tendencia a menor albúmina e INR más elevado en el grupo con trombosis podría reflejar un estado inflamatorio-desnutrido y una alteración de la síntesis hepática que favorece el desarrollo de episodios trombóticos. La ausencia de casos con trombosis en estadios BCLC 3 y 4 sugiere que esta complicación no necesariamente refleja una progresión tumoral avanzada, sino un fenómeno multifactorial en el que intervienen parámetros funcionales, inmunológicos y hemodinámicos. Se recomienda realizar estudios prospectivos con mayor tamaño de muestra y análisis multivariado para validar estos resultados y diseñar modelos predictivos que puedan utilizarse en la práctica clínica para optimizar el tratamiento de estos pacientes.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Lun230

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, PARACLÍNICAS Y ABORDAJE DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO EN PACIENTES JÓVENES CON ABSCESO HEPÁTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F. Y. Vargas-Durán, D. E. Espinoza-López, R. Toledo-Galván, F. A. Bello-Martínez, P. D. Guerrero-Ramírez, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El absceso hepático es una infección grave con morbilidad y mortalidad considerables. Por lo regular se relacionó con amebiasis o complicaciones biliares en pacientes mayores. Sin embargo, el perfil epidemiológico ha cambiado y se observa una creciente incidencia en pacientes menores de 40 años, quienes a menudo carecen de los factores de riesgo convencionales.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas, clínicas y paraclínicas que presentaron pacientes jóvenes (menores de 40 años) con absceso hepático

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de corte transversal de 40 pacientes menores de 40 años con absceso hepático. Los datos se obtuvieron a partir de la revisión de expedientes clínicos. El estudio se llevó a cabo en un hospital de tercer nivel de atención en la Ciudad de México, con pacientes atendidos entre marzo de 2020 y junio de 2025. Las variables analizadas incluyeron datos sociodemográficos, comorbilidades, alteraciones de la vía biliar, antecedentes infecciosos, consumo de alcohol y cannabis, diagnóstico de cirrosis o enfermedad hepática crónica. También se consideraron los síntomas al momento del diagnóstico (como ictericia, fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal), hallazgos en estudios de imagen, tipo de tratamiento recibido (antibioticoterapia, drenaje por radiointervención

o quirúrgico). Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva: mediana e intervalo intercuartílico para variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.

Resultados: El 86,1% de los pacientes correspondió al sexo masculino. La mayoría de los pacientes refirió antecedente de alimentación en vía pública (88,9%). Los factores como sobrepeso/obesidad (69,4%) y etilismo (66,7%) fueron altamente prevalentes en esta población. La diabetes (22,2%) estuvo presente en una quinta parte de los pacientes. El 33,3% tenía antecedentes de intervenciones abdominales previas, las más comunes de las cuales fueron colecistectomía y apendicectomía. El consumo de cannabis estuvo presente en 30,6% de los pacientes. La inmunodeficiencia documentada fue rara en esta muestra. La gran mayoría de los pacientes (91,7%) requirió drenaje del absceso, mientras que el resto se trató con antibioticoterapia sistémica, lo que resalta la necesidad de una intervención activa en la atención de estos casos. Un 22,2% de los pacientes requirió reposicionamiento de drenaje, lo que indica la complejidad del tratamiento y la necesidad de seguimiento de estos procedimientos. La duración promedio del tratamiento antibiótico se aproximó a dos semanas (intrahospitalario y extrahospitalario), y la duración del drenaje fue similar. La estancia hospitalaria promedio es de alrededor de 20 días (Tabla 1).

Conclusiones: Este estudio revela un perfil demográfico predominantemente masculino y que la alimentación en vía pública, sobrepeso/obesidad y etilismo son muy prevalentes en esta población estudiada. La mayoría requiere

Tabla 1. Resultados (Lun230)			
Síntoma principal	Frecuencia	Tamaño del absceso	
Dolor abdominal	47,2%	Media (CC)	297,8 CC
Fiebre	44,4%	Mediana (CC)	210,0 CC
Ictericia	5,6%	Mínimo (CC)	19,0 CC
Vómito	2,8%	Comorbilidad/exposición	
Etiología/cultivo	Frecuencia	Alimentación en vía pública	88,9%
		Sobrepeso/obesidad	69,4%
		Etilismo	66,7%
		Dislipidemia	38,9%
<i>Escherichia coli</i>	11,1%	Intervención abdominal previa	33,3%
Método diagnóstico	Frecuencia	Consumo de cannabis	30,6%
		Diabetes	22,2%
		Terapéutica	Promedio
		Días de antibiótico	15,06
Resonancia magnética	2,8%	Días de drenaje	14,15
		Días de hospitalización	20,31

drenaje y la estancia hospitalaria es prolongada. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar estas características emergentes y mantener una alta sospecha clínica en pacientes jóvenes con absceso hepático a fin de optimizar la sospecha clínica y el tratamiento temprano de la enfermedad

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun231

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y ABORDAJE DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, R. Toledo-Galván, R. C. Baltazar-Contreras, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El colangiocarcinoma (CCA) es una neoplasia hepática primaria poco común pero muy agresiva, originada en el epitelio de los conductos biliares. Es la segunda en frecuencia tras el hepatocarcinoma. Su incidencia ha aumentado en los últimos años y suele diagnosticarse en etapas avanzadas, lo que limita las opciones terapéuticas curativas. Ante este panorama es fundamental conocer sus manifestaciones clínicas, factores de riesgo y estrategias terapéuticas para mejorar su detección temprana y atención clínica.

Objetivo: Describir las características demográficas y clínicas, el enfoque diagnóstico, tratamiento y evolución de pacientes con CCA atendidos en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en 30 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de CCA (clínico-radiológico o histológico), atendidos entre enero de 2020 y diciembre de 2024. Se recopilaron variables sociodemográficas, antecedentes (colangitis esclerosante primaria, consumo de alcohol y tabaco, enfermedad hepática crónica), síntomas al diagnóstico (ictericia, prurito, pérdida de peso, dolor abdominal), hallazgos imagenológicos, estadio tumoral, tipo de tratamiento y supervivencia. Se usó estadística descriptiva: mediana e intervalo intercuartílico para las variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para las categóricas.

Resultados: Se analizaron 30 casos. El subtipo más frecuente fue el CCA perihiliar (46,7%), seguido del intrahepático (36,7%) y el distal extrahepático (16,7%). La edad media fue de 66 años (DE $\pm$ 9,1), con predominio masculino (63,3%). Los síntomas más frecuentes fueron ictericia (73,3%), dolor abdominal (56,7%) y pérdida de peso (50%). Un 26,7% presentaba enfermedad hepática crónica y un 13% tenía antecedente de colangitis esclerosante primaria. El 60% fumaba y el 40% consumía alcohol habitualmente. En cuanto al diagnóstico, el 93,3% se inició con ecografía abdominal, 83,3% con tomografía, 70% con colangiografía, y 56,7% se sometió a CPRE. El marcador tumoral CA 19-9 estuvo elevado en el 80% de los pacientes. Sólo 7 (23,3%) fueron elegibles para cirugía con intención curativa. El 56,7% recibió quimioterapia paliativa (cisplatino + gemcitabina), el 43,3% requirió drenaje biliar (38% endoscópico y 62% por radiología intervencionista) y un 20% recibió únicamente cuidados paliativos. La supervivencia fue del 43% a los 12 meses y 20% a los 24 meses (Tabla 1).

Conclusiones: Este estudio evidencia que la mayoría de los pacientes con CCA se diagnostica en etapas avanzadas, lo cual limita las posibilidades de resección quirúrgica. Se identifican antecedentes relevantes como el consumo de tabaco y alcohol y alteraciones hepáticas subyacentes. La ictericia, dolor abdominal y pérdida de peso son signos clínicos clave. Pese al uso frecuente de estudios de imagen avanzados, la tasa de cirugía curativa es aún baja. Se refuerza la necesidad de mejorar la detección temprana, promover un abordaje multidisciplinario y optimizar el tratamiento en centros especializados para mejorar la sobrevida.

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ningún tipo.

Tabla 1. Caracterización de pacientes con colangiocarcinoma. (Lun231)

Hallazgos clínicos y paraclínicos	Frecuencia/porcentaje
Total de pacientes	30 pacientes
Tipo más frecuente	Perihiliar n = 7 (46,7%)
Edad promedio	66 años
Sexo masculino	n = 19 (63,3%)

Ictericia	n = 22 (73,3%)
Dolor abdominal	n = 17 (56,7%)
Pérdida de peso	n = 15 (50%)
Colangitis esclerosante primaria	n = 4 (13%)
Enfermedad hepática crónica	n = 8 (26,7%)
Tabaquismo	n = 18 (60%)
Consumo de alcohol	n = 12 (40%)
Ecografía como estudio inicial	n = 7 (93,3%)
Tomografía computarizada	n = 25 (83,3%)
Colangiografía	n = 21 (70%)
CPRE realizada	n = 17 (56,7%)
CA 19-9 elevado	n = 24 (80%)
Elegibles para cirugía curativa	n = 7 (23,3%)
Quimioterapia (cisplatino + gemcitabina)	n = 17 (56,7%)
Drenaje biliar (endoscópico/radiología)	n = 11 (38%), n = 19 (62%)
Sólo cuidados paliativos	n = 6 (20%)
Supervivencia a 12 meses	n = 13 (43%)
Supervivencia a 24 meses	n = 6 (20%)

Lun232

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA MEDIANTE EL CUESTIONARIO PBC-27 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, R. Toledo-Galván, M. B. Jourdan-Rodríguez, V. López-Ladrón de Guevara, M. F. Higuera-De la Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática crónica que altera significativamente la calidad de vida de los pacientes debido a síntomas persistentes como fatiga, prurito, alteraciones emocionales y cognitivas. Evaluar estos aspectos permite comprender mejor el efecto de la enfermedad y orientar estrategias terapéuticas centradas en el paciente.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida en pacientes con CBP mediante el cuestionario validado PBC-27 y describir las puntuaciones de los dominios más afectados en esta población.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y descriptivo en una cohorte de 50 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de CBP, quienes fueron atendidos en un hospital de tercer nivel entre marzo y mayo 2025. Las variables analizadas incluyeron sociodemográficas como edad, sexo, comorbilidades, tiempo de evolución y las puntuaciones en los diferentes dominios del cuestionario PBC-27. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva: mediana e intervalo intercuartílico para las variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas.

Resultados: Se incluyó a un total de 50 pacientes con diagnóstico confirmado de colangitis biliar primaria (CBP), a quienes se aplicó el cuestionario PBC-27 para la evaluación de su calidad de vida. La puntuación total promedio fue de 77,1 $\pm$ 4,2, con valores que oscilaron entre 68,5 y 86,2 puntos. En el análisis por dominios se observó que los síntomas referidos con más frecuencia y con mayores efectos fueron los relacionados con la fatiga, con una media de 22,6 $\pm$ 3,2 puntos, seguidos por síntomas generales (16,8 $\pm$ 2,9), prurito (10,3 $\pm$ 2,1) y problemas cognitivos (8,9 $\pm$ 1,8). Los síntomas de tipo emocional presentaron también una afectación considerable, con una media de 8,7 $\pm$ 2,0. Los dominios de boca y ojos secos mostraron menor afectación en comparación con los demás, con puntuaciones medias de 5,3 $\pm$ 1,7 y 5,1 $\pm$ 1,5, respectivamente (Tabla 1).

Conclusiones: Evaluar la calidad de vida en CBP es esencial para ofrecer un enfoque terapéutico integral. Los síntomas subjetivos deben vigilarse de forma sistemática y no deben subestimarse en el seguimiento clínico. Estos hallazgos reflejan una afectación multidimensional de la calidad de vida en

los pacientes con CBP, en quienes los síntomas físicos y neurocognitivos parecen tener un peso considerable en la percepción general del bienestar. **Financiamiento:** Este trabajo no recibió apoyo financiero de ningún tipo.

Tabla 1. Puntuaciones promedio por dominio en el cuestionario de calidad de vida PBC-27 en pacientes con CBP. (Lun232)	
Hallazgos de resultados por dominio evaluado	Valor promedio
Número total de pacientes	50 pacientes
Puntuación total promedio (PBC-27)	77,1 ± 4,2 (intervalo, 68,5-86,2)
Fatiga	22,6 ± 3,2
Síntomas generales	16,8 ± 2,9
Prurito	10,3 ± 2,1
Problemas cognitivos	8,9 ± 1,8
Síntomas emocionales	8,7 ± 2,0
Boca seca	5,3 ± 1,7
Ojos secos	5,1 ± 1,5

Lun233

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS PRESENTES EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA CON RESPUESTA BIOQUÍMICA DESFAVORABLE AL ÁCIDO URSODESOXICÓLICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, R. Toledo-Galván, M. B. Jourdan-Rodríguez, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El ácido ursodesoxicólico (UDCA) constituye el tratamiento estándar para la colangitis biliar primaria (CBP) y logra en la mayoría de los pacientes una mejora en los parámetros bioquímicos hepáticos. Sin embargo, cerca de un tercio no alcanza una respuesta adecuada, lo cual se ha relacionado con una mayor progresión hacia cirrosis y complicaciones. Identificar las características clínicas y bioquímicas vinculadas con una respuesta desfavorable permitiría optimizar el abordaje terapéutico y estratificar el riesgo desde etapas tempranas. **Objetivo:** Identificar los factores clínicos, demográficos y bioquímicos relacionados con una respuesta bioquímica desfavorable al tratamiento con UDCA en pacientes con CBP. **Material y métodos:** Se realizó un estudio analítico, observacional, de tipo casos y controles, retrospectivo y de corte longitudinal. Se incluyó a 73 pacientes con diagnóstico confirmado de CBP de acuerdo con los criterios clínico-serológicos, tratados con UDCA ≥ 12 meses, atendidos en un hospital de tercer nivel entre enero de 2022 y diciembre de 2024. Los casos se definieron como pacientes no respondedores al UDCA según criterios de París II, Barcelona y Globe, mientras que los controles fueron respondedores respecto de las mismas escalas. Las variables analizadas incluyeron edad, sexo, tiempo desde el diagnóstico, bilirrubina total, fosfatasa alcalina (FA), transaminasas (ALT, AST), albúmina, plaquetas, índice de masa corporal (IMC), fibrosis hepática (elastografía), positividad de anticuerpos (AMA, SP100, GP210) y comorbilidades metabólicas. El análisis estadístico se efectuó con medidas de tendencia central y dispersión, frecuencia absoluta y relativa. La comparación entre grupos se realizó con la prueba t de Student t con un nivel de significancia de $p < 0,05$. **Resultados:** Se incluyó a 73 pacientes con CBP, de los cuales el 52% ($n = 38$) se clasificó como no respondedores a UDCA. La mediana de edad de los no respondedores fue de 55 años $\pm 9,2$ frente a 51 años $\pm 8,5$ en respondedores ($p = 0,04$). No se observaron diferencias significativas en cuanto a sexo, IMC, AST, ALT ni presencia de comorbilidades. Los pacientes no respondedores presentaron valores promedio más elevados de bilirrubina total (2,3 vs. 0,9 mg/dL, $p < 0,01$) y fosfatasa alcalina (361 vs. 240 U/L, $p < 0,01$) al inicio del tratamiento. La fibrosis hepática por elastografía fue más frecuente en este grupo (47% vs. 21%, $p = 0,01$). Además, el 38% de los no respondedores fue

positivo a alguno de los anticuerpos específicos, frente al 22% en el grupo de respondedores ($p = 0,05$) (Tabla 1). **Conclusiones:** Aproximadamente la mitad de los pacientes con CBP tratados con UDCA no logró una respuesta bioquímica adecuada en este estudio. Los factores vinculados con una respuesta desfavorable incluyeron mayor edad, cifras elevadas de bilirrubina total y FA al inicio del tratamiento, fibrosis hepática por elastografía y presencia de autoanticuerpos. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar estrategias individualizadas de seguimiento y tratamiento alternativo en pacientes con factores de mal pronóstico bioquímico desde el diagnóstico. **Financiamiento:** Este trabajo no recibió apoyo financiero de ningún tipo.

Tabla 1. Hallazgos clínicos y bioquímicos de respondedores y no respondedores a UDCA. (Lun233)			
Variable	No respondedores (n = 38)	Respondedores (n = 35)	Valor p
Edad media (años)	55 ± 9,2	51 ± 8,5	0,04
Bilirrubina total (mg/dL)	2,3	0,9	< 0,01
Fosfatasa alcalina (U/L)	361	240	< 0,01
Fibrosis hepática (elastografía)	n = 18 (47%)	n = 7 (21%)	0,01
Anticuerpos positivos	n = 14 (38%)	n = 8 (22%)	0,05
Sexo femenino	84%	86%	0,78
IMC (kg/m²)	26,7 ± 4,3	25,9 ± 3,8	0,43
AST (U/L)	56 ± 12	54 ± 11	0,50
ALT (U/L)	49 ± 10	46 ± 9	0,28

Lun234

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA QUE DESARROLLARON DESCOMPENSACIÓN HEPÁTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, R. Toledo-Galván, M. B. Jourdan-Rodríguez, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática autoinmune crónica que puede progresar a cirrosis y descompensación hepática. Existen pocos estudios centrados específicamente en el subgrupo de pacientes con CBP que desarrollan episodios de descompensación, lo cual limita la identificación temprana de factores de riesgo y oportunidades de intervención clínica. **Objetivo:** Describir el perfil demográfico, clínico y bioquímico de pacientes con CBP que desarrollaron descompensación hepática, así como su frecuencia. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de corte transversal que incluyó a una cohorte de 20 pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de CBP según criterios clínico-serológicos quienes desarrollaron descompensación hepática atendidos en un hospital de tercer nivel entre enero de 2022 y diciembre de 2024. Las variables analizadas incluyeron edad, sexo, IMC, concentraciones de albúmina, bilirrubina total, INR, plaquetas, comorbilidades, síntomas frecuentes y tipo de descompensación hepática desarrollada. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva: mediana e intervalo intercuartílico para las variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. **Resultados:** Se incluyó a 20 pacientes con diagnóstico confirmado de colangitis biliar primaria (CBP) y al menos un episodio de descompensación hepática. La media de edad fue de 61 ± 9 años y el 75% correspondió a mujeres. El IMC promedio fue de 26,8 ± 4,2 kg/m². Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (45%) y enfermedad tiroidea (30%). Un 40% tenía una enfermedad autoinmune adjunta. Los tipos de descompensación más

frecuentes fueron ascitis (50%), encefalopatía hepática (20%), hemorragia digestiva por hipertensión portal (15%) e ictericia grave (15%). En cuanto a los parámetros bioquímicos, la albúmina promedio fue de $2,9 \pm 0,4$ g/dL, la bilirrubina total de $3,8 \pm 1,5$ mg/dL, INR de $1,4 \pm 0,2$, y el conteo plaquetario de 145 ± 40 mil/mm³. El sodio plasmático medio fue de 132 ± 5 mEq/L y la creatinina sérica de $1,2 \pm 0,4$ mg/dL (Tabla 1).

Conclusiones: Este estudio destaca que los pacientes con CBP que desarrollan descompensación hepática sufren alteraciones bioquímicas significativas, incluidas hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia y coagulopatía leve. La descompensación más común fue la ascitis, seguida por encefalopatía y hemorragia digestiva. Un alto porcentaje de estos pacientes tenía comorbilidades autoinmunes y cardiovasculares, lo que sugiere la necesidad de un enfoque integral en su seguimiento. Estos hallazgos resaltan la importancia de una vigilancia estrecha de los marcadores de función hepática en pacientes con CBP, incluso en etapas aparentemente compensadas.

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ningún tipo.

Tabla 1. Hallazgos clínicos y bioquímicos en pacientes con diagnóstico de CBP que desarrollaron descompensación hepática. (Lun234)	
Hallazgo clínico o bioquímico	Frecuencia/porcentaje
Hipoalbuminemia (media albúmina)	$2,9 \pm 0,4$ g/Dl
Hiperbilirrubinemia (media bilirrubina total)	$3,8 \pm 1,5$ mg/dL
Coagulopatía leve (media INR)	$1,4 \pm 0,2$
Descompensación hepática: ascitis	n = 10 (50%)
Descompensación hepática: encefalopatía	n = 4 (20%)
Descompensación hepática: hemorragia digestiva	n = 3 (15%)
Comorbilidades autoinmunes	n = 8 (40%)
Comorbilidades cardiovasculares (HTA/DM2)	n = 11 (55%)

Lun235

EVALUACIÓN DEL DETERIORO NEUROCOGNITIVO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA MEDIANTE EL TEST *MINI-MENTAL STATE EXAMINATION* EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, R. Galván-Toledo, M. B. Jourdan-Rodríguez, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática crónica que, además de sus manifestaciones hepáticas, puede afectar el funcionamiento cognitivo. Diversos estudios sugieren la presencia de síntomas neuropsiquiátricos, incluidos deterioro cognitivo, aun en ausencia de encefalopatía hepática evidente. El deterioro cognitivo leve puede pasar inadvertido en pacientes con CBP e interferir con la adherencia al tratamiento, la funcionalidad y la percepción de calidad de vida. Identificar este deterioro podría permitir intervenciones tempranas. El *Mini-mental state examination* (MMSE) es una herramienta práctica para evaluar la función cognitiva en la práctica clínica.

Objetivo: Evaluar la presencia y gravedad del deterioro neurocognitivo en pacientes con CBP mediante la prueba MMSE.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal en una cohorte de 24 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de CBP sin antecedentes de encefalopatía hepática clínicamente activa ni encefalopatía hepática mínima, sin antecedentes de demencia, ni enfermedad neurológica o psiquiátrica mayor ni consumo activo de sustancias, quienes fueron atendidos en un hospital de tercer nivel entre marzo y mayo del 2025. Las variables analizadas incluyeron datos sociodemográficos tales como edad, sexo y años de escolaridad, así como comorbilidades y la puntuación total del MMSE, clasificado en normal, leve, moderado y grave. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva: mediana e intervalo intercuartílico para las variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas.

Resultados: Se analizó una muestra de 24 pacientes con diagnóstico confirmado de colangitis biliar primaria. La edad media fue de $59,1 \pm 10,7$ años, con un intervalo que osciló entre los 40 y 79 años. En cuanto al sexo, el 62,5% (n = 15) de los participantes correspondió a mujeres. El promedio de años de escolaridad fue de $12,1 \pm 4,5$ años. La puntuación media obtenida en la prueba MMSE fue de $26,4 \pm 2,8$, con valores individuales que variaron entre 18 y 30 puntos. Según la clasificación del deterioro cognitivo basada en la puntuación total, la distribución fue la siguiente: normal (≥ 27 puntos): 11 pacientes (44%), leve (24-26 puntos): 9 pacientes (38%), moderado (20-23 puntos): 3 pacientes (14%) y grave (< 20 puntos): 1 paciente (4%). Se identificó una tendencia hacia puntuaciones más bajas en el MMSE entre los pacientes de mayor edad y aquellos con menor escolaridad. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del MMSE entre hombres y mujeres (Tabla 1).

Conclusiones: Este estudio destaca que el deterioro neurocognitivo es una manifestación frecuente en pacientes con colangitis biliar primaria, incluso en ausencia de encefalopatía hepática clínica y fibrosis avanzada, ya que más de la mitad de los pacientes evaluados presentaron algún grado de alteración en el MMSE. La mayoría de los casos correspondió a deterioro leve, lo que sugiere que estas alteraciones podrían pasar inadvertidas en la práctica clínica habitual si no se realiza una evaluación cognitiva sistemática. Por lo tanto, el uso del MMSE como herramienta de tamizaje en la consulta de pacientes con CBP podría ser útil para detectar tempranamente alteraciones cognitivas y permitir implementar intervenciones que mejoren su calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ningún tipo.

Tabla 1. Frecuencia de alteración cognitiva según MMSE en pacientes con CBP. (Lun235)	
Distribución de puntuaciones del MMSE	Frecuencia/porcentaje
Total de pacientes	24 pacientes
Edad media (intervalo)	$59,1 \pm 10,7$ años (40-79)
Sexo femenino	n = 15 (62,5%)
Años de escolaridad promedio	$12,1 \pm 4,5$ años
Puntuación media MMSE (intervalo)	$26,4 \pm 2,8$ (18-30)
MMSE normal (≥ 27)	n = 11 (44%)
MMSE leve (24-26)	n = 9 (38%)
MMSE moderado (20-23)	n = 3 (14%)
MMSE grave (< 20)	n = 1 (4%)

Lun236

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, COMORBILIDADES Y EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, R. Toledo-Galván, M. B. Jourdan-Rodríguez, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática autoinmune crónica que afecta en particular a mujeres de mediana edad y puede coexistir con otras afecciones autoinmunes, además de provocar síntomas sistémicos como fatiga y prurito. Identificar las características clínicas frecuentes, comorbilidades adjuntas y evolución clínica permite comprender mejor la heterogeneidad de la enfermedad y diseñar estrategias de atención integral y seguimiento oportuno para evitar complicaciones.

Objetivo: Describir las características clínicas y demográficas, la frecuencia de comorbilidades presentes y la evolución clínica, incluida la presencia de descompensación hepática, en pacientes con colangitis biliar primaria en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, de corte transversal, en el que se incluyó a 73 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de CBP de acuerdo con criterios clínicos y serológicos, atendidos en un hospital de tercer nivel entre enero de 2022 y diciembre de 2024. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC),

albúmina, bilirrubina total, INR, plaquetas, comorbilidades, síntomas clínicos y presencia de descompensación hepática. Para el análisis estadístico se usó estadística descriptiva: mediana e intervalo intercuartílico para las variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. **Resultados:** Se incluyó a 73 pacientes con diagnóstico confirmado de CBP. La edad media fue de 58 ± 11 años (intervalo, 35-82), con un 87% (n = 64) de mujeres. El IMC promedio fue de 27,2 ± 4,5 kg/m². Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (35%, n = 26), diabetes mellitus tipo 2 (20%, n = 15), enfermedad tiroidea (25%, n = 18) y osteoporosis (22%, n = 16). La fatiga fue referida por el 65% (n = 47) y el prurito por el 50% (n = 37). El 30% (n = 22) padecía una enfermedad autoinmune relacionada. El 11% (n = 8) desarrolló descompensación hepática, como ascitis o ictericia progresiva, con bilirrubina total promedio de 1,9 ± 0,7 mg/dL y plaquetas de 190 ± 48 ×10³/mm³. En el total de la cohorte, la albúmina fue 4,0 ± 0,4 g/dL, bilirrubina total de 1,3 ± 0,6 mg/dL, INR de 1,05 ± 0,1 y plaquetas de 225 ± 55 ×10³/mm³ (Tabla 1).

Tabla 1. Características clínicas y de laboratorio en pacientes con CBP. (Lun236)	
Hallazgos clínicos y de laboratorio	Frecuencia/porcentaje
Edad media	58 ± 11 años
Sexo femenino	64 (87%)
IMC promedio	27,2 ± 4,5 kg/m ²
Hipertensión arterial	n = 26 (35%)
Diabetes mellitus tipo 2	n = 15 (20%)
Enfermedad tiroidea	n = 18 (25%)
Osteoporosis	n = 16 (22%)
Fatiga	n = 47 (65%)
Prurito	n = 37 (50%)
Enfermedad autoinmune relacionada	n = 22 (30%)
Descompensación hepática	n = 8 (11%)
Albúmina media	4,0 ± 0,4 g/dL
Bilirrubina total media	1,3 ± 0,6 mg/dL (1,9 ± 0,7 en descompensados)
INR promedio	1,05 ± 0,1
Plaquetas promedio	225 ± 55 mil/mm ³ (190 ± 48 en descompensados)

Conclusiones: La CBP afecta de manera predominante a mujeres en edad media, con alta frecuencia de síntomas como fatiga y prurito. Las comorbilidades endocrinas y cardiovasculares son comunes, lo cual exige vigilancia continua. Un subgrupo relevante desarrolla descompensación hepática, acompañada de alteraciones bioquímicas tempranas. Se recomienda seguimiento multidisciplinario regular para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. **Financiamiento:** Este trabajo no recibió apoyo financiero de ningún tipo.

Lun237

EVALUACIÓN DE LOS ERRORES EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD LITIÁSICA VESICULAR

K. D. González-Gómez, Z. P. Álvarez-Tiburcio, F. B. Roesch-Dietlen, G. Virgen-Rosario, Z. E. Montes-Ororio, J. Sempé-Minvielle, R. Hernández-Espinoza, A. Ramos-De la Medina, A. D. Cano-Contreras, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La colecistectomía laparoscópica (CL) es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas a nivel mundial, por lo que ha sido necesario establecer normas y conductas sobre las características que debe reunir el cirujano y la necesidad de que se realice bajo una “visión crítica de seguridad”, la cual se ha evaluado por su morbimortalidad perioperatoria. En fecha reciente se introdujo el sistema OCHRA que permite evaluar el desempeño del cirujano y conocer sus habilidades cognitivas y técnicas. **Objetivo:** Evaluar los errores cometidos durante la CL mediante el sistema OCHRA en pacientes con enfermedad litiásica vesicular en Veracruz. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo en pacientes sometidos a CL por cirujanos en hospitales de atención privada de la ciudad de Veracruz, durante enero de 2022 a diciembre 2024. Se auditaron los videos de 11 grupos quirúrgicos por un jurado capacitado en el sistema OCHRA. Se evaluó el tipo de CL y la frecuencia de conversión, la gravedad de acuerdo con la clasificación de Parkland, las características de los cirujanos y los errores de procedimiento y ejecución según el sistema OCHRA en cada paso de la CL. Las variables cuantitativas se expresaron media y desviación estándar. Las variables cualitativas se registraron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. El análisis se realizó con SPSS, versión 26. **Resultados:** Se incluyó a 111 pacientes (66,7% correspondió a mujeres, con edad media de 47,2 ± 14,2 años). La gravedad predominante de acuerdo con la clasificación de Parkland fue de grado 3 en el 31,50%. Con una conversión a cirugía abierta en el 4,7% de los casos, el abordaje laparoscópico se mantuvo en el 95,5%, con una frecuencia de 95,3% para colecistectomías totales y 4,7% para subtotaes. Al evaluar las características de los cirujanos se observó que el 81,1% correspondía a hombres con una edad media de 52,3 ± 10,1 años. La prevalencia de cirujanos con más de 10 años de experiencia fue de 81,1%, y el 45,5% realizaba entre cuatro y nueve procedimientos mensuales. Todos los cirujanos manifestaron una frecuencia de conversión a cirugía abierta inferior al 10%, el 36,5% había tenido disrupciones de la vía biliar en su práctica y el 81,8% contaba con capacidad para resolverla. En los 106 casos en que se ejecutó la CL se evaluaron 3 180 pasos quirúrgicos, de los cuales se encontraron 705 (22,1%) errores totales. En la identificación y disección de la placa cística se hallaron 231 errores (7,2%), en el clipaje y corte de la arteria y conducto cístico se reconocieron 237 errores (7,4%) y en la disección de la vesícula del lecho hepático 237 errores (7,4%). Durante la disección y separación de la placa cística se identificaron errores de procedimiento en 98,2% y errores de ejecución en 1,7%. Con posterioridad, durante

Tabla 1. Frecuencia de errores observados en las tres etapas de la colecistectomía laparoscópica conforme a la clasificación del sistema OCHRA. (Lun237)			
Error o falla	Disección y separación del conducto y arteria císticos, n = 106	Clipaje y corte de conducto y arteria císticos, n = 106	Disección de la vesícula del hígado, n = 106
1. El paso no se realiza	3 (2,8%)	2 (1,9%)	2 (1,9%)
2. El paso se completa parcialmente	9 (8,5%)	10 (9,4%)	7 (6,6%)
3. El paso se repite	85 (80,2%)	89 (84%)	96 (90,6%)
4. Se realiza un segundo paso adicional	84 (79,2%)	87 (82,1%)	85 (80,2%)
5. El segundo paso se realiza en lugar del primero	33 (31,1%)	29 (27,4%)	25 (23,6%)
6. El paso se realiza fuera de secuencia	13 (12,3%)	18 (17%)	15 (14,2%)
7. El paso se realiza con mucha fuerza, profundidad, distancia, tiempo o rotación	4 (3,8%)	2 (1,9%)	4 (3,8%)
8. El paso se realiza con poca fuerza, profundidad, distancia, tiempo o rotación	0	0	1 (0,9%)
9. El paso se realiza con orientación o dirección equivocada	0	0	1 (0,9%)
10. El paso se realiza en el plano equivocado	0	0	1 (0,9%)

el clipaje y corte del conducto y arteria císticos se encontraron errores de procedimiento en 99,1% y errores de ejecución en 0,8%. Finalmente, durante la disección de la vesícula del lecho hepático se hallaron errores de procedimiento en 97% y errores de ejecución en 2,9%. En todos los pasos, los errores o fallas más prevalentes corresponden a errores de procedimiento específicamente en la repetición del paso o la realización de un segundo paso adicional (Tabla 1).

Conclusiones: Se identificó una mayor prevalencia de errores en los pasos de procedimiento, específicamente en la repetición del paso y la realización de un segundo paso adicional. Los errores detectados en este grupo no fueron trascendentes debido a que no se presentó ningún caso de disrupción de la vía biliar; sin embargo, es importante cumplir con los pasos en el correcto orden para mantener la visión crítica de seguridad y disminuir la morbilidad perioperatoria.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Lun238

EVALUACIÓN DE LOS ERRORES DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SEGÚN LA SEVERIDAD INTRAOPERATORIA

Z. P. Álvarez-Tiburcio, K. D. González-Gómez, J. C. Montero-Domínguez, J. R. Solórzano-Rubio, H. R. Ordaz-Álvarez, J. L. Vargas-Basurto, F. B. Roesch-Dietlen, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El sistema OCHRA (*Observational clinical human reliability assessment*) busca analizar los pasos para desempeñar una operación e identificar posibles errores que pueden ocurrir durante su ejecución y reducir con ello la incidencia de efectos adversos. Sin embargo, la evidencia de OCHRA aplicada a la gravedad intraoperatoria de la colecistectomía laparoscópica es limitada.

Objetivo: Comparar el número de errores cometidos durante la colecistectomía laparoscópica según la gravedad en la escala de Parkland, mediante el sistema OCHRA en pacientes con enfermedad litiasica vesicular de Veracruz.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico en sujetos sometidos a CL en hospitales de atención privada de la ciudad de Veracruz, durante enero de 2022 a diciembre 2024. Se auditaron videos de 11 grupos quirúrgicos en los que se evaluaron los errores mediante el sistema OCHRA en los tres pasos de la CL: disección de placa cística, clipaje y corte de arteria y conducto císticos y disección de la vesícula biliar del lecho hepático, así como la sumatoria de los errores de procedimiento, ejecución y total de errores. Asimismo, se compararon con base en la escala de gravedad intraoperatoria de Parkland. Las variables cuantitativas se expresaron como medias con desviación estándar o medianas con rangos intercuartílicos, según correspondiera. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia absoluta y porcentajes. La distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para las comparaciones entre tres o más grupos se empleó la prueba Anova o Kruskal-Wallis con *post hoc* de Bonferroni o Dunn, para las correlaciones de Pearson o Spearman, según la distribución. Las

variables categóricas se analizaron con χ^2 o exacta de Fisher, según correspondiera. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis se realizó con SPSS v. 26.

Resultados: Se incluyó a 106 pacientes, de los cuales 67,9% correspondió a mujeres con edad media $45,9 \pm 13,6$ años e IMC de $25,1 \pm 3,29$ kg/m². El 95,3% correspondió a colecistectomías totales y 4,7% a subtotales. La gravedad intraoperatoria más frecuente correspondió a Parkland 3 en el 32,1%. La gravedad se correlacionó con la suma de errores de procedimiento ($r = 0,439$, $p = < 0,001$) y con la suma total de errores de procedimiento y ejecución ($r = 0,444$, $p = < 0,001$). No se encontró significancia estadística en los errores de ejecución durante los tres pasos de la CL. En el análisis *post hoc* para la suma de errores de procedimiento, Parkland 4 mostró diferencias frente al grado 2 ($p = 0,006$) y grado 1 ($p = 0,002$), con un mayor número de errores. Por otro lado, Parkland 3 mostró diferencias frente al grado 1 ($p = 0,049$), también con un número elevado de errores. De manera similar, la suma total de errores fue mayor en Parkland 4 respecto del grado 2 ($p = 0,034$) y grado 1 ($p = 0,003$), mientras que Parkland 5 presentó diferencias frente al grado 1 ($p = 0,043$), y grado 3 frente a Parkland 1 ($p = 0,044$) (Tabla 1).

Conclusiones: En este estudio, los sujetos clasificados con grados menores de gravedad tuvieron un menor número de errores durante la colecistectomía. No obstante, se observó una tendencia al incremento de errores conforme aumentaba la gravedad del caso. Estos hallazgos refuerzan la recomendación de que dicho procedimiento lo practiquen cirujanos con formación especializada y experiencia, con base estricta en las normas establecidas para una colecistectomía segura.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Lun239

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE COLEDOCOLITIASIS POR LAPAROSCOPIA

S. Rojas-Ortega, E. Pasic, G. Reed-San Román, R. Cesín-Sánchez, R. Ameyro-Ameneyro, Hospital Ángeles Puebla

Introducción: Desde que se inició la cirugía laparoscópica en la década de 1990 ha sido una práctica común el uso de la CPRE para el tratamiento de la coledocolitiasis, ya sea en el preoperatorio o el posoperatorio. El cirujano rara vez realiza la colangiografía transoperatoria y, cuando lo hace y encuentra coledocolitiasis, no sabe resolver el padecimiento durante el acto quirúrgico y decide un segundo procedimiento en el posoperatorio, lo cual aumenta el costo, la estancia hospitalaria y la morbilidad para el paciente. La exploración de la vía biliar transcística o por coledocotomía, con coledocoscopia, es el tratamiento quirúrgico que ofrece resolver el padecimiento en un solo episodio con una tasa de éxito del 95% y una morbilidad mínima y sin mortalidad.

Objetivo: Informar la técnica laparoscópica por vía transcística y por coledocotomía, con sus indicaciones y contraindicaciones, con uso de canastillas, balones y empleo adecuado del coledocoscopio y colangiografía transoperatoria para el tratamiento de la coledocolitiasis en un solo acto sin necesidad de CPRE, con éxito del 95% y muy baja morbilidad y sin mortalidad, en una serie de 165 pacientes durante 25 años. El mejor tratamiento

Tabla 1. Comparación del número de errores según la gravedad en la escala de Parkland. Los valores se expresan como mediana (rango intercuartílico). El asterisco (*) indica diferencias significativas ($p < 0,05$) identificadas mediante el análisis *post hoc* de Dunn. (Lun238)

	Parkland 1, n = 30	Parkland 2, n = 25	Parkland 3, n = 34	Parkland 4, n = 14	Parkland 5, n = 3	Valor de p
Errores de procedimiento en disección de placa cística	2 (1,75-2)	2 (1,5-2)	2 (2-3)	3 (2-4)*	3 (2,5-3,5)	< 0,001
Errores de procedimiento en clipaje y corte	2 (2-2)	2 (1,5-2)	2 (2-3)	3 (2-3,25)*	3 (3-3,75)	< 0,001
Errores de procedimiento en disección vesicular	2 (2-2)	2 (2-2)	2 (2-3)	2,5 (2-3,25)	3 (2-3)	0,017 0
Suma de errores de ejecución	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-1)	0,291
Suma de errores de procedimiento	6 (4,75-6)	6 (5-6)	6 (6-9)	8 (6-9,75) *	9 (7,5-10)	< 0,001
Suma de errores de procedimiento y ejecución	6 (4,75-6)*	6 (5-6)	6 (6-9)	8,5 (6-9,75)	9 (8,25-10)	< 0,001

de la coledocolitiasis debe efectuarse en una sola sesión durante la cirugía por laparoscopia.

Material y métodos: Entre 1992 y 2025 se han practicado 1 510 colecistectomías laparoscópicas (CL) por colecistitis litíásica crónica o aguda. Durante la colangiografía transoperatoria dinámica con fluoroscopio se identificó a 165 pacientes (10,9%) con coledocolitiasis. Todos se sometieron a exploración de la vía biliar con coledocoscopia flexible (STORZ 7 Fr con canal de trabajo) por vía transcística o por coledocotomía.

Resultados: Se trató a 158 pacientes (95,7%) con éxito mediante extracción de la coledocolitiasis durante la CL. Hasta 120 casos (75,9%) se trataron por vía transcística y 38 (24%) por coledocotomía. En todos los pacientes se emplearon el coledocoscopia flexible y la extracción con canastilla. Se usó glucagon IV, irrigación a presión y balones transesfínter de Oddi en forma selectiva. Al inicio de esta experiencia, en 7 (4,2%) pacientes no fue posible extraer los cálculos de la vía biliar y se realizó la conversión a cirugía abierta o se los refirió a CPRE posoperatoria. La morbilidad encontrada fue de 4,4%, sin fistulas biliares ni mortalidad. La estancia hospitalaria varió de 24 a 48 h.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes (95,7%) se trató con éxito y extracción completa de la coledocolitiasis durante la CL por vía transcística o por coledocotomía sin complicaciones mayores y una corta estancia hospitalaria. El mejor tratamiento de la coledocolitiasis en la mayoría de los pacientes se realiza sin duda en una sola sesión durante la cirugía por laparoscopia, sin practicar CPRE en el posoperatorio.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Lun240

EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD LITIÁSICA VESICULAR

Z. P. Álvarez-Tiburcio, K. D. González-Gómez, L. Morales-Laines, A. G. Pérez-Morales, J. C. Castellanos-Juárez, J. L. Suárez-Álvarez, O. Ávila-Mercado, M. A. Carrasco-Arróniz, F. B. Roesch-Dietlen, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La colecistectomía segura es una práctica quirúrgica orientada a reducir las complicaciones intraoperatorias y tiene como pilar fundamental la visión crítica de seguridad (VCS) para una identificación anatómica precisa. Sin embargo, la evidencia actual en el sureste de México es limitada.

Objetivo: Evaluar la seguridad de la CL en pacientes con enfermedad litíásica vesicular en Veracruz.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico en sujetos sometidos a CL en hospitales privados de la ciudad de Veracruz, durante enero de 2022 a diciembre 2024. Se auditaron videos de 11 grupos quirúrgicos en los que se evaluaron la seguridad del procedimiento mediante la identificación de la VCS con base en la puntuación fotográfica de Doublet (PFD), tras considerar satisfactoria una puntuación ≥ 5 , y la presencia de complicaciones intraoperatorias como disrupción de la vía biliar, víscera hueca o vascular y hemorragia durante el procedimiento. Además, se evaluó la gravedad intraoperatoria según la clasificación de Parkland y se compararon las medias del PFD entre los diferentes grados de gravedad. Las variables cuantitativas se expresaron como medias con desviación estándar o medianas con rangos intercuartílicos, según correspondiera. Las variables cualitativas se

informaron como frecuencia absoluta y porcentajes. La distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para las comparaciones entre tres o más grupos se empleó la prueba de Kruskal-Wallis con *post hoc* de Dunn y para las correlaciones la de Spearman. Las variables categóricas se analizaron con χ^2 o exacta de Fisher, según correspondiera. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis se realizó con SPSS v. 26.

Resultados: Se incluyó a 111 pacientes, de los cuales 66,7% correspondió a mujeres con edad media de $47,2 \pm 14,24$ años e IMC de $28,24 \pm 3,27$ kg/m². Las comorbilidades más frecuentes fueron cirugía abdominal previa en 28% e hipertensión arterial en 24,3%. La conversión a cirugía abierta fue del 4,7% de los casos, el abordaje laparoscópico se mantuvo en el 95,5%, con una frecuencia de 95,3% para colecistectomías totales y 4,7% para las subtotales. La gravedad más prevalente fue 3 en la escala de Parkland en el 31,50%. La puntuación Doublet se correlacionó de forma negativa ($r = -0,568$) con el grado de gravedad y además se identificaron diferencias significativas entre los grados de gravedad y las puntuaciones de Doublet mediante Kruskal-Wallis ($p \leq 0,001$). En el análisis *post hoc* se encontraron diferencias de puntuación entre el Parkland 5 y 1 ($p = 0,018$) con valores más bajos para el grado 5. De manera similar, Parkland 4 registró diferencias frente al grado 2 ($p = 0,011$) y el 1 ($p < 0,001$), con puntuaciones más bajas. Por otro lado, Parkland 3 presentó diferencias frente a los grados 2 ($p = 0,012$) y 1 ($p < 0,001$), con puntuaciones más bajas. Las complicaciones intraoperatorias más frecuentes fueron la ruptura de la vesícula biliar en 44,1%, hemorragia moderada a intensa en 32,4% y se registró un solo caso de lesión intestinal (Tabla 1). No se registraron casos de disrupción de la vía biliar o vascular.

Conclusiones: En este estudio, los sujetos clasificados con menor grado de gravedad presentaron menor prevalencia de complicaciones; sin embargo, a medida que aumenta la gravedad se incrementa el riesgo de complicaciones. Por lo tanto, se recomienda que este procedimiento lo realicen cirujanos con formación y experiencia, que sigan estrictamente las normas establecidas para una colecistectomía segura.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Lun241

FACTORES PREDICTORES DE PASO ESPONTÁNEO DE LITOS EN PACIENTES CON COLEDocolITIASIS EN UN CENTRO DE REFERENCIA MEXICANO

I. Lozano-García, C. Salcido-Yáñez, L. A. Rosales-Rentería, A. L. Osorio-Núñez, A. Rosales-Solis, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMyM Toluca

Introducción: La coledocolitiasis es una causa frecuente de obstrucción biliar que puede provocar complicaciones graves como colangitis y pancreatitis. Comprender los factores que influyen en la eliminación natural de los cálculos podría ayudar a clasificar a los pacientes que podrían beneficiarse de un enfoque conservador y evitar así procedimientos invasivos innecesarios. El paso espontáneo de litos en pacientes con coledocolitiasis puede estar influido por factores bioquímicos y dimensiones anatómicas del colédoco.

Objetivo: Identificar los factores clínicos, de laboratorio e imagenológicos vinculados con el paso espontáneo de litos en pacientes con coledocolitiasis en un centro de referencia mexicano

Tabla 1. Comparación de variables intraoperatorias según la gravedad en la escala de Parkland. El asterisco (*) indica diferencias significativas ($p < 0,05$) identificadas mediante el análisis *post hoc* de Dunn. (Lun240)

	Parkland 1, n = 30	Parkland 2, n = 25	Parkland 3, n = 35	Parkland 4, n = 17	Parkland 5, n = 4	p
Exposición de la placa cística claramente visible	26 (86,7%)	19 (76%)	10 (28,6%)	4 (23,5)	1 (25%)	< 0,001
Estructuras del triángulo hepatocístico claramente visible	27 (90%)	19 (76%)	10 (28,6%)	5 (29,4%)	1 (25%)	< 0,001
Identificación de dos estructuras conectadas a la vesícula claramente visibles	30 (100%)	21 (84%)	11 (64,7%)	11 (64,7%)	1 (25%)	< 0,001
Puntuación fotográfica de Doublet	6 (6-6)	6 (4-6)	4 (3-6)	4 (3-6)*	4 (3-6)	< 0,001
Visión crítica de seguridad satisfactoria	27 (90%)	18 (72%)	10 (28,6%)	5 (29,4%)	1 (25%)	< 0,001
Ruptura vesicular	12 (40%)	13 (52%)	13 (37,1%)	10 (58,8%)	1 (25%)	0,219
Hemorragia moderada intensa	5 (16,7%)	4 (16%)	16 (45,7%)	8 (47,1%)	3 (75%)	0,006

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de 181 pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), los cuales tenían diagnóstico confirmado de coledocolitiasis por un estudio de imagen y se sometieron a una CPRE dentro de un plazo definido, lo que permitió objetivar la expulsión espontánea.

Resultados: Se incluyó a 181 pacientes, en 38 de los cuales se observó expulsión espontánea de litos biliares antes de la CPRE (21%). Estos pacientes tendían a presentar litos iniciales de menor tamaño y diámetros de conducto biliar común más estrechos en comparación con aquellos en quienes se extrajeron cálculos durante la CPRE; sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. El análisis descriptivo mostró que, si bien la mayoría de los marcadores bioquímicos estaba elevada en ambos grupos, no se identificaron diferencias significativas entre ellos. El diámetro medio del colédoco en pacientes con expulsión espontánea fue significativamente menor ($p < 0,01$), lo que sugiere que la dilatación ductal podría desempeñar un papel protector en la obstrucción de la expulsión de litos. Otros factores mostraron diferencias estadísticas. Ningún otro factor bioquímico ni alguna característica basal de los pacientes mostraron relaciones estadísticamente significativas. Por lo tanto, se determinó que un diámetro del colédoco menor a 10 mm medido durante algún estudio de imagen se vincula significativamente con la expulsión espontánea de litos biliares en pacientes con coledocolitiasis. Se justifican estudios prospectivos más amplios para validar estos hallazgos y explorar con mayor profundidad el posible efecto de las variables bioquímicas (Tabla 1).

Conclusiones: Un diámetro del colédoco < 10 mm medido durante algún estudio de imagen se relaciona significativamente con la expulsión espontánea de litos biliares en pacientes con coledocolitiasis. Se justifican estudios prospectivos más amplios para validar estos hallazgos y explorar con mayor profundidad el posible efecto de las variables bioquímicas.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Análisis de regresión logística de factores relacionados, ajustados para sexo y edad. Sólo un diámetro del colédoco < 10 mm fue estadísticamente significativo al relacionarse con paso espontáneo. (Lun241)

Regresión logística multivariada*	OR (IC95%)	Valor de p
Colédoco < 10 mm	0,707 (0,55-0,90)	0,0400
ALT $< 2 \times$ ULN	1,82 (0,78-2,86)	0,0625
AST $< 2 \times$ ULN	1,06 (0,81-1,26)	0,0583

Lun242

VALOR PRONÓSTICO DE LAS RELACIONES AST/ALT Y GGT/FA EN PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA

R. Toledo-Galván, D. E. Espinoza-López, R. C. Baltazar-Contreras, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El colangiocarcinoma (CCA) representa el segundo tumor maligno primario más común del hígado y se caracteriza por un diagnóstico generalmente tardío debido a su curso clínico insidioso, lo que origina un pronóstico reservado y opciones terapéuticas limitadas. En este contexto, la identificación de marcadores pronósticos accesibles, reproducibles y de bajo costo cobra especial relevancia. Las razones entre enzimas hepáticas, como AST/ALT y GGT/FA, se han explorado previamente en hepatopatías crónicas y neoplasias hepáticas como el hepatocarcinoma; sin embargo, su valor pronóstico específico en el colangiocarcinoma es todavía poco conocido.

Objetivo: Evaluar la utilidad pronóstica de las razones AST/ALT y GGT/FA en pacientes con diagnóstico confirmado de colangiocarcinoma.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, observacional y analítico en una cohorte de 30 pacientes con diagnóstico de colangiocarci-

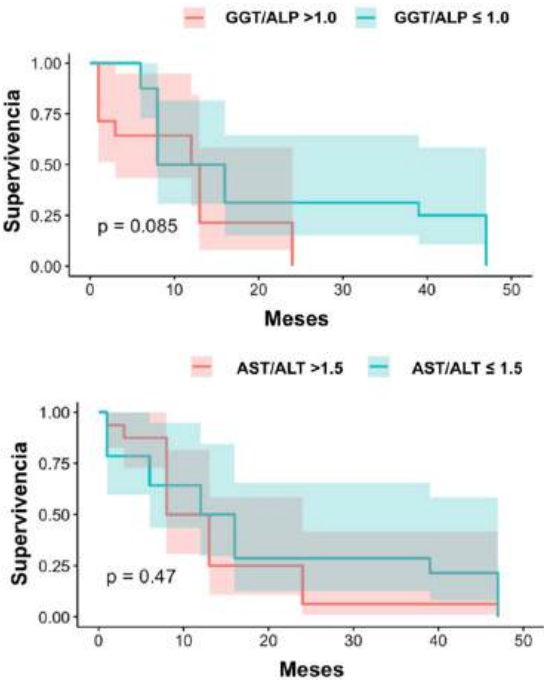
noma atendidos en un hospital de tercer nivel entre 2020 y 2024. Las razones AST/ALT y GGT/FA se calcularon a partir de pruebas basales de función hepática. Los pacientes se estratificaron de acuerdo con los puntos de corte clínicamente establecidos: $> 1,5$ vs. $\leq 1,5$ para AST/ALT y $> 1,0$ vs. $\leq 1,0$ para GGT/FA. La supervivencia global se definió desde el momento del diagnóstico hasta la muerte o la última fecha de seguimiento. Se construyeron curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y se analizaron las diferencias entre grupos mediante la prueba de log-rank.

Resultados: Se incluyó a un total de 30 pacientes con colangiocarcinoma, con una mediana de edad de 61 años y predominio del sexo masculino (60%). El subtipo más frecuente fue el colangiocarcinoma perihiliar (Klatskin), seguido del intrahepático. La mayoría de los pacientes se encontraba en estadios avanzados al momento del diagnóstico, con compromiso locorregional o metastásico. En el análisis de supervivencia, los pacientes con una razón GGT/FA $> 1,0$ presentaron una disminución más pronunciada de la supervivencia durante los primeros 20 meses, con una mediana de supervivencia inferior en comparación con aquellos con razón $\leq 1,0$. No obstante, esta diferencia no alcanzó significancia estadística ($p = 0,085$), aunque sugirió una posible tendencia clínica relevante. En contraste, la razón AST/ALT no mostró diferencias significativas en la supervivencia global ($p = 0,47$), con curvas de Kaplan-Meier ampliamente superpuestas (Figura 1).

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio sugieren que una razón GGT/FA $> 1,0$ podría relacionarse con una peor evolución clínica en pacientes con colangiocarcinoma, evidenciada por una reducción de la supervivencia, aunque sin alcanzar significancia estadística. Esta relación podría estar vinculada con el grado de colestasis o infiltración tumoral de la vía biliar. Por su parte, la razón AST/ALT no mostró valor pronóstico en esta cohorte, lo que puede explicarse por su limitada sensibilidad para reflejar daño biliar específico en comparación con el daño hepatocelular. A pesar de las limitaciones inherentes al tamaño muestral reducido, los resultados abren la posibilidad de utilizar estos marcadores séricos como herramientas auxiliares en la estratificación pronóstica inicial del colangiocarcinoma. Su bajo costo, disponibilidad en prácticamente todos los laboratorios y fácil interpretación representan ventajas potenciales en entornos clínicos de recursos limitados.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Curvas de Kaplan-Meier de supervivencia de acuerdo con la relación GGT/FA y AST/ALT. (Lun242)





Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 17 de noviembre de 2025

Enfermedad inflamatoria intestinal

Lun243

FACTORES ASOCIADOS A FALTA DE RESPUESTA A ESTEROIDES EN PACIENTES CON CUCI GRAVE

S. I. Juárez-Cruz, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En México, hasta el 15% de los pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) muestra actividad grave en el curso de su enfermedad. Es importante conocer los factores de falta de respuesta relacionados con resistencia a esteroides intravenosos (IV) con el fin de iniciar de manera oportuna tratamiento de rescate. No existen estudios previos realizados en esta población con este fin.

Objetivo: Identificar los factores vinculados con falta de respuesta a esteroides intravenosos en pacientes con CUCI grave en un centro de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio retrospectivo (2010-2025) que incluyó a pacientes con CUCI grave de acuerdo con los criterios de Truelove y Witts que se trataron con esteroides intravenosos pertenecientes a la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se recolectaron datos demográficos, clínicos y bioquímicos. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS v27. Se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se analizó un total de 150 pacientes con CUCI grave (74 mujeres y 77 hombres); el 29,1% se diagnosticó después de los 40 años, mientras que el 70,9% lo hizo antes de esa edad. Las características demográficas y clínicas se ilustran en la **Tabla 1**. Los factores de riesgo relacionados con falta de respuesta a esteroides IV fueron la presencia de cualquier tipo de infección ($p = 0,002$; $RM = 3,16$; $IC95\%$, 1,48-6,7), tener ≥ 8 evacuaciones sanguinolentas al día a las 72 horas ($p = 0,0001$; $RM = 17,7$; $IC95\%$, 3-91); proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us) $\geq 4,5$ mg/L ($p = 0,0001$; $RM = 4,5$; $IC95\%$, 2,7-73,9), velocidad de sedimentación globular (VSG) ≥ 30 mm/h ($p = 0,0001$; $RM = 2,2$; $IC95\%$, 1,97-25,3) y albúmina $< 2,8$ g/dL ($p = 0,0001$; $RM = 869$; $IC95\%$, 49,4-152). Por último, el factor vinculado con falla a ciclosporina fue también la presencia de cualquier tipo de infección ($p = 0,008$; $RM = 14,4$; $IC95\%$, 1,56-135,5), así como los factores vinculados con tratamiento quirúrgico fueron pancolitis ($p = 0,03$; $RM = 8,5$; $IC95\%$, 1,1-66,12) y falla a ciclosporina ($p = 0,0003$; $RM = 10,46$; $IC95\%$, 2,92-37,41). Es importante mencionar que el 43% desarrolló infección durante la hospitalización principalmente por *Clostridioides difficile* (19,2%), neumonía (13,2%), sepsis abdominal (12,2%) y citomegalovirus (6,6%).

Conclusiones: Los factores de riesgo vinculados con falta de respuesta a esteroides IV en pacientes con CUCI grave fueron la presencia de cualquier tipo de infección, > 8 evacuaciones sanguinolentas, PCR-us elevada $\geq 4,5$ mg/L, VSG elevada ≥ 30 mm/h e hipoalbuminemia a las 72 horas del inicio de esteroides.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con CUCI grave. (Lun243)						
Datos sociodemográficos		Marcadores serológicos de inflamación		Ingreso hospitalario	Día 3 hospitalario	Egreso hospitalario
Mediana de edad actual (años)	42	PCR $\geq 4,5$		100% (n = 150)	25,8% (n = 39)	11,3% (n = 17)
Diagnóstico de la CUCI ≤ 40 años (n = 106)	70,9%	VSG ≥ 30		100% (n = 150)	26,5% (n = 40)	11,3% (n = 17)
Pancolitits (n = 111)	74%	Albúmina $\leq 2,8$		100% (n = 150)	31,1% (n = 47)	17,9% (n = 27)
≥ 8 evacuaciones al tercer día de estancia hospitalaria (n = 39)	25,8%	HB ≤ 10		100% (n = 150)	70,9% (n = 107)	58,3% (n = 88)
Comorbilidades		Infecciones intrahospitalarias				
Diabetes mellitus (n = 16)	10,6%	CMV (n = 10)			6,6%	
Hipertensión arterial (n = 31)	20,5%	<i>Clostridioides difficile</i> (n = 29)			19,2%	

TVP (n = 32)	14,6%	Neumonía (n = 20)	13,2%
TDM/TAG (n = 35/38)	23,2/25,2%	Sepsis abdominal (n = 19)	12,2%
Tratamientos relacionados con la EII antes de hospitalización		Tratamiento hospitalario	
Tratamiento biológico (n = 6)	4%	Esteroides (n = 150)	100%
Mercaptopurina (n = 2)	1,3%	Ciclosporina (n = 33)	22%
Azatioprina (n = 75)	49,7%	Tratamiento quirúrgico (n = 21)	13,9%
5-ASA oral (n = 150)	100%	Tratamiento	Esteroides (n = 39)
Esteroides (n = 117)	77,5%	resistente	Ciclosporina (n = 11)
			25,8%
			7,3%

TVP, trombosis venosa profunda; TDM, trastorno depresivo mayor; TAG, trastorno de ansiedad generalizada; 5-ASA-5, 5-aminosalicilatos.

Lun244

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN MÉXICO

S. I. Juárez-Cruz, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En los últimos 15 años, la incidencia de EII se ha incrementado casi seis veces. La frecuencia de enfermedades cardiovasculares (ECV) en pacientes ≥ 40 años con EII es del 7 a 14% en Estados Unidos y de 2 a 4% en Asia. Aunque se ha planteado una posible relación entre EII y mayor riesgo cardiovascular, la evidencia es inconsistente y en México no se han realizado estudios al respecto.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de ECV en pacientes mexicanos con EII en un hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo (2010-2025) de 200 pacientes con EII atendidos en la clínica de EII del INCMNSZ; el análisis se efectuó en el programa SPSS v27 y se consideraron episodios cardiovasculares a los síndromes coronarios, enfermedad vascular periférica, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, isquemia vascular e insuficiencia cardíaca (incluidas arritmias e hipertrofia ventricular).

Resultados: Se incluyó a un total de 200 pacientes con EII, cuya distribución fue 133 pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y 67 con enfermedad de Crohn (EC). Las características demográficas y clínicas se observan en la **Tabla 1**. La frecuencia de ECV fue del 20% en la cual los factores metabólicos ya estaban presentes y la ECV se desarrolló después del diagnóstico, mientras que en el 5% ya la presentaban antes del diagnóstico de la EII. El riesgo de ECV aumentó considerablemente con la edad al diagnóstico de la EII ≥ 40 años ($p = 0,0001$; $RM = 3,9$; $IC95\%$, 1,9-8,1), así como los factores metabólicos ya conocidos, como diabetes mellitus ($RM = 4,8$) y dislipidemia ($RM = 2,3$). Por el contrario, la actividad leve y moderada de la CUCI de acuerdo con los criterios de Truelove y Witts, mostró incrementar el riesgo de ECV ($p = 0,01$; $RM = 3,2$; $IC95\%$, 1,22-9,0), mientras que el índice integral de Yamamoto-Furusho para actividad de CUCI (nIE) sólo confirmó que la actividad leve de la CUCI fue factor de riesgo ($p = 0,0007$; $RM = 3,9$; $IC95\%$, 1,3-11,1), así como la intervención quirúrgica que también elevó el riesgo ($p = 0,02$; $RM = 2,4$; $IC95\%$, 1,1-5,4). Por otro lado, el tratamiento tópico con enemas de mesalazina ($p = 0,03$; $RM = 0,32$; $IC95\%$, 0,10-0,96) y la azatioprina ($p = 0,04$; $RM = 0,45$; $IC95\%$, 0,20-0,98) fueron factores protectores de manera significativa. El uso de supositorios de mesalazina ($p = 0,08$; $RM = 0,47$; $IC95\%$, 0,20-1,1) fue un factor protector con tendencia a la significancia estadística.

Conclusiones: La frecuencia de ECV en pacientes mexicanos con EII fue del 25%; se considera que en el 20% ya había factores metabólicos establecidos y sólo el 5% de los pacientes desarrolló ECV posterior al diagnóstico de EII y

Tabla 1. Frecuencia de las variables evaluadas en relación con el desarrollo de ECV. (Lun244)

Total (n = 200)	Sin ECV (n = 160)	Con ECV (n = 40)		Sin ECV (n = 160)	Con ECV (n = 40)
Datos sociodemográficos			Características de la EII		
Mediana de edad en años	47	53	CUCI/Crohn (n = 67/133)	49/111	18/22
Sexo femenino/masculino (n = 110/90)	91/69	19/21	Extensión CUCI	E1 (n = 9)	8
Obesidad (n = 20)	14	6		E2 (n = 22)	20
Sobrepeso (n = 43)	31	12		E3 (n = 101)	83
Diagnóstico de la EII ≥ 40 años (n = 68)	44	24		L1 (n = 18)	13
Comorbilidades			Extensión Crohn	L2 (n = 20)	13
Diabetes mellitus (n = 18)	9	9		L3 (n = 30)	24
Dislipidemia mixta (n = 30)	20	10		L4 (n = 1)	0
Ejercicio (n = 33)	28	5		B1 (n = 22)	15
Tratamientos relacionados con la EII			Fenotipo	B2 (n = 32)	26
Tratamiento biológico (n = 53)	46	7		B3 (n = 15)	9
Supositorios de mesalazina (n = 63)	55	8			6
Azatioprina (n = 78)	68	10	CDAI remisión (n = 37)		10
Cirugía relacionada a EII (n = 39)	26	13		Con actividad (n = 75)	60
ASA-5 oral (n = 165)	133	32	Índice e integral de Yamamoto-Furusho para actividad de CUCI	Sin actividad (n = 57)	15
Enemas de mesalazina (n = 45)	41	5		Con actividad (n = 74)	59
Manifestaciones extraintestinales			Marcadores inflamatorios		
Presentes (n = 53)	44	9	PCR > 1 mg/dL (n = 44)	Sin actividad (n = 58)	7
Ausentes (n = 147)	116	31	Calprotectina fecal < 250 (n = 77)		

ASA-5, ácido 5-aminosalicílico; CUCI, colitis ulcerativa crónica inespecífica; Crohn, enfermedad de Crohn; CDAI, *Crohn's disease activity index*; PCR, proteína C reactiva; ECV, enfermedad cardiovascular.

cuyos factores relacionados fueron la actividad leve y el tratamiento quirúrgico. Los factores de protección para el desarrollo de ECV en EII fueron el tratamiento tópico a base de mesalazina y la administración de azatioprina. **Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun245

IMPACTO DE LA DEFICIENCIA DE VITAMINA D Y SU SUPLEMENTACIÓN EN LOS DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

S. I. Juárez-Cruz, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La deficiencia de vitamina D es frecuente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sobre todo en la enfermedad de Crohn (EC) por la afectación del intestino delgado. La frecuencia de deficiencia de vitamina D en pacientes con EII varía entre 30 y 40%, la cual se ha vinculado con mayor actividad de la enfermedad, recaídas y menor respuesta al tratamiento biológico; sin embargo, la evidencia actual es controversial. **Objetivo:** Evaluar el efecto en los desenlaces clínicos con la complementación con vitamina D en pacientes con EII. **Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva en individuos con diagnóstico confirmado de EII durante el periodo del 2010 al 2025. Se evaluó a aquellos sujetos que recibieron complementación con vitamina D y tenían al menos dos mediciones séricas de ésta, además de contar con escalas de evaluación de actividad clínica, bioquímica, endoscópica e histológica. Se empleó el programa SPSS versión 27 para el análisis estadístico. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Se incluyó a un total de 90 pacientes con EII (54 CUCI y 36 EC), de los cuales 50 eran mujeres y 40 hombres. Las características demográficas y clínicas se ilustran en la **Tabla 1**. La frecuencia de deficiencia de vitamina D fue del 73,3%, la insuficiencia del 20,9% y las cifras normales del 4,7% antes de la complementación de vitamina D; después de ésta, la deficiencia fue del 10,5%, la insuficiencia del 25,6% y las cifras normales del 64%. La deficiencia de vitamina D mostró tendencia a requerir intervención quirúrgica ($p = 0,05$; RM = 6,6; IC95%, 0,82-53,71). Asimismo, se encontró que la deficiencia grave de vitamina D se correlacionó de manera significativa con valores elevados de proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us > 1 mg/dL) ($p = 0,02$; RM = 3,87; IC95%, 1,22-12,27). Los pacientes con CUCI y actividad grave de acuerdo con el índice integral de Yamamoto-Furusho se vinculó de manera significativa con deficiencia grave de vitamina D en comparación con la actividad leve ($p = 0,04$; RM = 11,5; IC95%, 1,7-131,2). Por su parte, el tratamiento con 5-ASA oral se relacionó significativamente para tener valores séricos normales de

vitamina D ($p = 0,01$; RM = 0,23; IC95%, 0,075-0,7), así como el uso de tratamiento biológico fue un factor protector para la deficiencia de vitamina D ($p = 0,03$; RM = 0,29; IC95%, 0,9-0,89). La complementación de vitamina D redujo de manera significativa las concentraciones de calprotectina fecal (basal: 2,489 $\mu\text{g/g}$ y final: 969 $\mu\text{g/g}$, $p = 0,0001$). No se encontró relación entre los valores de calprotectina fecal, remisión clínica y bioquímica con respecto a las concentraciones séricas de vitamina D. **Conclusiones:** La deficiencia de vitamina D se relacionó con actividad grave en CUCI, así como PCR-us elevada e intervención quirúrgica en pacientes con EII. La complementación de vitamina D parece mejorar los valores de calprotectina fecal de manera significativa. **Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun246

ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA DE ACUERDO AL TREAT-TO-TARGET EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: UN ESTUDIO DE LA VIDA REAL

F. D. Gutiérrez-Herrera, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En la actualidad, los objetivos terapéuticos de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se extienden más allá de la remisión clínica e intentan conseguir logros más ambiciosos, como la remisión bioquímica, endoscópica e histológica. La calprotectina fecal (CF) es un marcador inflamatorio no invasivo en heces. La estrategia *treat to target* (T2T) basada en biomarcadores como la CF y la proteína C reactiva (PCR) ha demostrado mayor eficacia que la estrategia basada sólo en los síntomas clínicos. **Objetivo:** Evaluar las estrategias de optimización más empleadas y su eficacia de acuerdo con la estrategia T2T en pacientes con EII. **Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva y observacional. Se incluyó a pacientes con el diagnóstico de EII tratados en la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, quienes contaran con al menos dos mediciones de CF y PCR, una basal anterior a la optimización en la consulta y otra después de la optimización para valorar la respuesta al tratamiento. La optimización terapéutica se definió como la adición de un nuevo fármaco o el aumento de la dosis de uno ya prescrito. Se consideró como respuesta al tratamiento una disminución del 50% del valor basal o la disminución por debajo de 250 $\mu\text{g/g}$ de heces de CF, así como la disminución de PCR por debajo de 1 mg/dL. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS versión 25. Se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con EII. (Lun245)					
Datos sociodemográficos		Marcadores serológicos de inflamación		Antes de complementación	Posterior a complementación
Femenino/masculino (n = 50/40)		PCR ≥ 1		44,2% (n = 38)	26,7% (n = 23)
Diagnóstico de la CUCI ≤ 40 años (n = 31)		Calprotectina fecal		2489 $\pm$ 474	968 $\pm$ 175
CUCI (n = 54)		Albúmina $\leq 2,8$		12,2% (n = 11)	5,5% (n = 5)
CROHN (n = 36)		HB ≤ 10		12,2% (n = 11)	2,22% (n = 2)
Estadio clínico remisión		Valores de vitamina D			
Escala	Antes de complementación	Posterior a complementación		Antes de complementación	Posterior a complementación
CDAI	4,7% (n = 4)	10,5% (n = 9)	Deficiencia	73,3%	10,5%
Truelove y Witts	20,9% (n = 18)	25,6% (n = 22)	Insuficiencia	20,9%	25,6%
Índice e integral de Yamamoto-Furusho para actividad de CUCI	16,3% (n = 14)	32,6% (n = 28)	Suficiencia	4,7%	64%
Tratamientos relacionados con la EII antes de la complementación			Tratamiento posterior a la complementación		
Tratamiento biológico (n = 17)			Tratamiento biológico (n = 8)		
Azatioprina (n = 30)			Azatioprina (n = 29)		
Esteroides (n = 35)			Esteroides (n = 34)		
5-ASA oral (n = 63)			5-ASA oral (n = 72)		
Tratamiento quirúrgico (n = 21)			Tratamiento quirúrgico (n = 0)		

Resultados: Se incluyó a 127 pacientes, 70 mujeres y 57 hombres, 25 con diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC) y 102 con el de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). En 80 de los 133 (63%) hubo respuesta a la optimización del tratamiento, de los cuales 33 (41,3%) presentaron respuesta bioquímica y 47 (58,7%) alcanzaron remisión bioquímica. La única estrategia del tratamiento con significancia estadística fue el uso de prednisona oral ($p = 0,04$; RM = 6,5, IC95%, 1,03-53,0). Algunas otras variables mostraron tendencia a la significancia estadística como se ilustra en la **Tabla 1**.

Conclusiones: La aplicación estrategia de T2T fue efectiva en el 63% de los pacientes con EII, ya que alcanzaron respuesta y remisión bioquímica. La única estrategia que mostró significancia estadística fue el uso de prednisona, aunque el resto de las estrategias no alcanzó significancia por múltiples factores, entre ellos la adherencia del paciente y la disponibilidad del tratamiento en el hospital.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento alguno.

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con EII. (Lun246)

Característica	Sin respuesta	Con respuesta	Total	Valor de p	
Edad, promedio (DE)	47,5 (17,4)	49,3 (15,4)	NA	NA	
Mujeres/hombres			127		
Crohn n = 25	6	19	25	0,13	
Localización Crohn	Íleon, n (%)	3	5	8	0,27
	Colon, n (%)	1	6	7	0,47
	Ileocolónico n (%)	2	8	10	0,70
Fenotipo Crohn	Inflamatorio	0	4	4	0,22
	Estenosante	5	10	15	0,18
	Fistulizante	1	5	6	0,62
CUCI n = 102	41	61	102	0,13	
Extensión	Proctitis	5	3	8	0,16
	Colitis izquierda	13	14	27	0,32
	Pancolitis	23	44	67	0,09
Resultados	Sin respuesta	Con respuesta	Total	Valor de p	
5ASA oral	20	40	60	0,41	
Enemas de mesalazina intermitente	8	19	27	0,31	
Enemas de mesalazina diarios	2	1	3	0,28	
Supositorios de mesalazina intermitentes	14	24	38	0,98	
Supositorios de mesalazina diarios	2	3	5	0,88	
Inicio de azatioprina	4	9	13	0,62	
Ajuste de dosis de azatioprina	2	6	8	0,46	
Uso de budesonida	17	23	40	0,38	
Uso de prednisona	1	10	11	0,04	
Inicio de biológico	2	7	9	0,34	
Realizar 1 intervención	27	36	63	0,17	
Realizar 2 intervenciones	15	28	43	0,72	
Realizar 3 intervenciones	4	11	15	0,37	
Realizar 4 intervenciones	1	5	6	0,29	

DE, desviación estándar; NA, no aplica; CUCI, colitis ulcerativa crónica idiopática; 5ASAA, aumento de 5-aminosalicilato.

Lun247

FACTORES DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL CURSO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

F. D. Gutiérrez-Herrera, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha presentado un incremento de la incidencia y prevalencia a nivel global y México se encuentra en una fase de incidencia acelerada. La etiología se desconoce y se ha propuesto un carácter multifactorial en el cual los factores ambientales contribuyen de manera considerable a su desarrollo; la hipótesis de la higiene tiene un papel relevante en el desarrollo de esta.

Objetivo: Identificar factores demográficos con los desenlaces y curso clínico en pacientes mexicanos con EII.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva en el que se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de EII que tenían un seguimiento de al menos cinco años documentado en el expediente clínico en la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se recabaron las características demográficas, como lugar de nacimiento (urbano vs. rural), sexo, edad, migración a otras localidades, edad informada de inicio de síntomas, grado de estudios y características de la enfermedad. Se evaluó el curso clínico de acuerdo con el estudio IBSEN que lo catalogó en cuatro tipos: 1, actividad alta seguida de una remisión clínica prolongada; tipo 2: actividad baja que evoluciona a actividad alta; tipo 3: actividad crónica continua; tipo 4: actividad crónica intermitente con periodos de remisión. La comunidad urbana se estableció de acuerdo con la definición de la ONU que toma una población de 50 000 habitantes o más (las poblaciones con menos de 50 000 habitantes se consideraron como comunidades rurales). El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 25. Se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se incluyó a 230 pacientes, 91 hombres y 139 mujeres, 58 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC), dos con EII no clasificada y 170 con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). La frecuencia de los pacientes con EII originarios de zonas urbanas fue del 79,6% y el 20,4% de zonas rurales. Los factores demográficos vinculados de manera significativa con algún curso clínico fueron haber nacido en zona rural con el curso clínico tipo 2 ($p = 0,04$; RM = 8, IC95%, 1,7-91,2); en pacientes con EC haber nacido en zona urbana se relacionó con fenotipo fistulizante ($p = 0,03$; RM = 5,7, IC95%, 1,2-27,5). La ocupación de tipo profesión se vinculó con la necesidad de tratamiento biológico ($p = 0,01$; RM = 1,97; IC95%, 1,12-3,34) en contraste con la ocupación de tipo oficio que fue protectora del uso de fármacos biológicos ($p = 0,02$; RM = 0,53; IC95%, 0,33-0,91). Las características clínicas y resultados se observan en la **Tabla 1**.

Conclusiones: El factor relacionado con un curso clínico menos agresivo de la EII fue haber nacido en zona rural, mientras que en pacientes con Crohn

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con EII. (Lun247)

Característica	Rural	Urbana	Total	Valor de p	
Edad, promedio (DE)	49,7 (14,7)	50,3 (16,4)	NA	NA	
Mujeres/hombres	28/19	111/72	230	0,892	
Crohn n = 58	9	49	58	0,283	
Localización Crohn	Íleon, n (%)	2	16	18	0,534
	Colon, n (%)	3	7	10	0,164
	Ileocolónico n (%)	4	26	30	0,634
Fenotipo Crohn	Inflamatorio	1	12	13	0,376
	Estenosante	4	31	35	0,289
	Fistulizante	4	6	10	0,030
CUCI n = 170	38	132	170	0,225	
Extensión	Proctitis	1	10	11	0,271
	Colitis izquierda	4	19	23	0,529
	Pancolitis	33	102	135	0,224
EII no clasificable n = 2	0	2	2	0,472	

Resultados	Rural	Urbana	Total	Valor de p	
CC tipo 1	21	67	88	0,310	
CC tipo 2	2	1	3	0,046	
CC tipo 3	11	38	49	0,693	
CC tipo 4	13	77	90	0,071	
MEI	29	106	135	0,639	
Cirugía	8	40	48	0,467	
Dependencia de corticoides	21	85	106	0,828	
Trabajo	Oficio		Total	p	RM
Necesidad de biológicos	Sí	No			
40	95	135	0,023	0,53	
Trabajo	Profesionista		Total	p	RM
Necesidad de biológicos	Sí	No			
36	42	78	0,01	1,97	

MEI, manifestaciones extraintestinales; DE, desviación estándar; NA, no aplica.

nacer en zona urbana se vinculó con el fenotipo fistulizante. Desempeñarse como profesionista fue factor de riesgo para la necesidad de fármacos biológicos, en contraste con quienes se dedican a un oficio en los que esto fue factor protector del uso de fármacos biológicos.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento alguno.

Lun248

NUEVO FENOTIPO (CUCROHN) DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES MEXICANOS: SERIE DE CASOS

F. D. Gutiérrez-Herrera, I. E. Bravo-Espinoza, I. P. Padilla-Betancourt, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tiene dos subgrupos, la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). En fecha reciente se describió un nuevo fenotipo de la EII llamado UC2CD por sus siglas en inglés, el cual se ha denominado en español CUCrohn

y se caracteriza por tratarse de pacientes que inicialmente se diagnosticaron como CUCI y luego desarrollaron características propias de la EC.

Objetivo: Describir las características demográficas y clínicas de una serie de casos con nuevo fenotipo de la EII.

Reporte de casos: Se incluyó a un total de ocho pacientes clasificados como CUCrohn (seis mujeres y dos hombres) cuyo diagnóstico se estableció antes de los 40 años de la CUCI en cinco de ocho pacientes, así como a residentes de zonas urbanas en siete de ocho de los casos. Todos presentaron pancolitis con un intervalo de evolución para la transformación de cinco a 29 años de duración. Tres de los ocho pacientes tuvieron un fenotipo fistulizante y cinco un fenotipo estenosante. En cuatro de ocho pacientes se identificaron manifestaciones extraintestinales (MEI). En siete de ocho se registraron valores elevados de globulinas por arriba de 2,5 mg/dL antes de la transformación. El tratamiento se describe con detalle en la **Tabla 1**. Seis de ocho pacientes se trataron con la modalidad convencional y sólo dos con tratamiento biológico (adalimumab). Ya establecido el fenotipo CUCrohn, cuatro de ocho se trataron con fármacos biológicos, dos con adalimumab y dos con ustekinumab, quienes fueron resistentes al tratamiento convencional antes del nuevo fenotipo. En seis de ocho casos fue necesario el tratamiento quirúrgico, el cual consistió en cinco casos en proctocolectomía y en un paciente en colectomía subtotal debido a la resistencia al tratamiento médico; otro más sufrió una complicación (perforación intestinal). Véase la **Tabla 1** para el desglose de los casos.

Discusión: En el estudio de Li *et al.* se propuso este nuevo fenotipo (UC2CD), al que los autores han llamado en español CUCrohn, y destacó la descripción de un nuevo subtipo de la EII con características clínicas y serológicas típica, así como resistencia al fármaco biológico antifactor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) y mayor riesgo de presentar MEI; en dicho estudio proponen un modelo predictor basado en globulinas, velocidad de sedimentación globular (VSG), OmpC, ASCA-IgA y CBir-1. Cabe destacar que en la práctica clínica de los autores en México existe una limitante en la medición de marcadores serológicos y sólo se determinan de manera sistemática globulinas y VSG. Es importante mencionar que siete de ocho tenían globulinas > 2,5 g/dL de acuerdo con el punto de corte propuesto por Li *et al.* y, en relación con la VSG, sólo uno de los pacientes registró valores > 30 mm/h antes de su transformación. De acuerdo con el estudio de Li, se observó que los pacientes tratados con anti-TNF alfa fueron resistentes y requirieron tratamiento quirúrgico, así como cifras de globulinas elevadas > 2,5 mg/dL. En lo que respecta a las MEI, se identificó que el 50% las experimentó, en el límite superior de la prevalencia de MEI informada en las publicaciones médicas.

Conclusiones: En esta serie de casos, los signos importantes de este nuevo fenotipo llamado CUCrohn se caracterizan por tener edad al diagnóstico menor a 40 años, presencia de pancolitis, MEI, valores elevados de globulinas > 2,5 mg/dL y resistencia al tratamiento convencional, así como la necesidad de tratamiento quirúrgico.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento alguno.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con CUCrohn. (Lun248)

Caso	Sexo	Edad dx	Tiempo evol	Tx antes	Glob antes G/DI	VSG antes mm/H	Tx después	Glob después G/DI	VSG después mm/h	Imagen
1	Fem	22	21	MSZ + AZA	3,1	7	MSZ + AZA	2,4	3	Estenosis en íleon distal y terminal
2	Masc	23	5	MAZ + enemas + prednisona	3,1	3	MTX + supositorios	2,76	3	Estenosis en íleon terminal
3	Fem	39	10	MSZ + supositorios	3,68	37	MTX + enemas	3,65	33	Fístulas enteroentéricas + estenosis íleon distal
4	Masc	28	26	Ciprofloxacina	3,1	8	ADA + sulfasalazina + MTX	4,65	27	Fístulas perianales + estenosis en íleon distal
5	Fem	45	17	ADA	3,43	3	USTE + sulfasalazina	2,84	36	Estenosis en íleon terminal
6	Fem	14	29	ADA	3,81	3	USTE	3,39	3	Fístulas perianales + estenosis en íleon terminal
7	Fem	40	18	MSZ + AZA + enemas + supositorios	3,05	3	ADA + AZA + MSZ	3,61	19	Fístulas rectovaginal y transesfintérica
8	Fem	42	11	Sulfasalazina	2,24	10	MTX	4,25	12	No realizada

Fem, femenino; Masc, masculino; DX, diagnóstico; MUT, mutación; evol, evolución; TX, tratamiento; Glob, globulinas; VSG, velocidad de sedimentación globular; MSZ, mesalazina; ADA, adalimumab; AZA, azatioprina; MTX, metotrexato; USTE, ustekinumab; INFLIXI, infliximab.

Lun249

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD EN VIDA REAL DE RISANKIZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA-GRAVE EN UN ENTORNO GLOBAL

B. R. Tapia-Contla, A. Dignass, N. Joshi, R. Lukanova, F. Dawod, W. Jones, K. Kligys, J. A. Zambrano, A. Canción, J. Griffith, Departamento de Medicina I, Hospital Agaplesion Markus

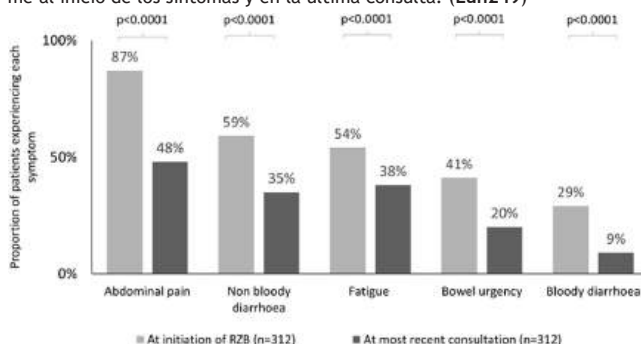
Introducción: Los objetivos primarios del tratamiento en la enfermedad de Crohn (EC) son controlar los síntomas, como el dolor Abdominal y la diarrea, e inducir la remisión endoscópica a largo plazo. El risankizumab biológico (RZB) recibió aprobación en el año 2022 para el tratamiento de pacientes adultos con EC moderada a grave.

Objetivo: Evaluar el efecto del RZB en la remisión de la enfermedad y el control de síntomas para optimizar los resultados del tratamiento en pacientes con EC, dado que los datos sobre la utilización y la efectividad del RZB son limitados.

Material y métodos: Los datos se extrajeron del *Adelphi Real World CD Disease Specific Programme*, una encuesta transversal con recolección retrospectiva de datos de gastroenterólogos (IG) en Francia, Alemania, Italia, España, Reino Unido y Estados Unidos de febrero de 2023 a octubre de 2024. Los IG proporcionaron datos sobre sus pacientes consultantes con clasificación subjetiva al inicio del RZB La EC moderada a grave registró demografía, características clínicas y síntomas al inicio de la RZB y en la consulta más reciente. Los análisis fueron descriptivos, la prueba de Wilcoxon firmó los rangos y la prueba de McNemar se utilizó para comparar la gravedad y los síntomas al inicio de RZB y en la consulta más reciente, respectivamente.

Resultados: En general, 206 IG proporcionaron datos sobre 333 pacientes con EC moderada a grave que recibieron RZB. La media de edad del paciente fue de 40,8 (13,0) y la duración de la enfermedad fue de 4,7 (5,8) años; 54% se sometió a tratamiento avanzado (AT que comprende fármacos biológicos y de molécula pequeña) ingenuo y 46% a AT experimentada (Figura 1). Entre todos los pacientes, 85% recibió RZB como monoterapia; 6% recibió RZB con corticosteroides y 9% con 5-aminosalicilatos o inmunomoduladores; el tiempo medio (DE) en RZB entre aquellos con una Duración de tratamiento conocida (n=299) fue de 7,5 (7,5) meses. Entre los pacientes que reciben RZB por > 6 meses (n = 140), el 55% se encontraba en remisión clínica informada por IG en el momento más reciente de consulta. Entre todos los pacientes, la gravedad de la enfermedad moderada a grave señalada por IG se redujo significativamente desde el inicio del RZB (100% de los pacientes) hasta la consulta más reciente (55%; $p < 0,0001$). Los síntomas clave experimentados al inicio de la RZB (dolor abdominal, 87%; diarrea sanguinolenta, 29%; diarrea no sanguinolenta, 59%; fatiga, 54%; urgencia intestinal, 41%) disminuyeron en grado significativo en la consulta más reciente con tratamiento continuado con RZB (48%, 9%, 35%, 38%, 20%, respectivamente; $p < 0,0001$).

Figura 1. Proporción de pacientes con EC que recibieron risankizumab, informe al inicio de los síntomas y en la última consulta. (Lun249)



Conclusiones: En un entorno global del mundo real, los pacientes con EC moderada a grave tratados con RZB experimentaron una reducción significativa de la gravedad de la enfermedad notificada por IG y una mejoría de los síntomas clave, y más de la mitad de los pacientes estaban en remisión clínica informada por IG. La mejoría en los síntomas y gravedad fue mayor entre los pacientes tratados durante más tiempo con RZB. Estos resultados resaltan la efectividad del RZB en el mundo real en el control de la actividad de la enfermedad y la carga de síntomas entre los pacientes a lo largo del tiempo.

Financiamiento: Abbvie farmacéuticos.

Lun250

EFECTOS SOSTENIDOS LIBRES DE CORTICOSTEROIDES EN LA TERAPIA DE MANTENIMIENTO CON UPADACITINIB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN DE MODERADA A GRAVE: RESULTADOS A 2 AÑOS. ESTUDIO DE EXTENSIÓN A LARGO PLAZO U-ENDURE

B. R. Tapia-Contla, V. Jairath, M. C. Dubinsky, L. Biedermann, T. Fuji, C. Cunneen, E. Dubcenco, S. Ford, A. Garrison, E. Loftus, Departamento de Medicina, Western University

Introducción: El uso a largo plazo de corticosteroides (CS) es una preocupación para los pacientes con enfermedad de Crohn (EC), ya que el uso prolongado se acompaña de una mayor mortalidad y resultados adversos. El upadacitinib (UPA), un inhibidor oral selectivo y reversible de la cinasa Janus, está aprobado para el tratamiento de la EC moderada a grave con eficacia de conservación de CS demostrada, con un perfil de seguridad consistente a lo largo de la semana de mantenimiento 52.

Objetivo: Evaluar la eficacia a largo plazo de UPA para lograr resultados clínicos y endoscópicos libres de CS en pacientes inscritos en el estudio U-ENDURE de extensión a largo plazo (LTE) en curso.

Material y métodos: Los pacientes que completaron el estudio de mantenimiento U-ENDURE de 52 semanas fueron elegibles para el estudio LTE posterior en el que continuaron su tratamiento previamente asignado (UPA de 15 mg una vez al día [UPA15] o UPA de 30 mg [UPA30]). La eficacia se evaluó a partir de LTE semanas 0 a 48, entre pacientes con dos (100 semanas) de tratamiento de mantenimiento total, dentro de la población general y en pacientes con uso basal de CS (semana de inducción 0). Los criterios de valoración libres de CS (sin uso de CS durante ≥ 90 días antes de la evaluación), incluyeron remisión clínica (por frecuencia fecal/puntuación de dolor abdominal [SF/APS] e índice de actividad de CD [CDAI]), respuesta endoscópica, y remisión endoscópica, y se evaluaron con métodos de imputación tanto observada como no responde-dora (NRI), con análisis de NRI presentado en texto.

Resultados: Entre los pacientes con dos años de tratamiento de mantenimiento total, 35,7% (87/244) recibió CS al inicio, 13,1% (32/244) lo hizo en cualquier momento durante el estudio LTE, independientemente del uso de CS de referencia. Entre los pacientes que tomaban CS basal y los que recibieron CS en cualquier momento durante el estudio LTE (n = 20), la mediana (intervalo) de tiempo de uso de CS fue de 127,5 (2-1589) días. La remisión clínica libre de CS se logró a LTE semanas 0 y 48 por SF/APS (población general: UPA15, 71,7%, 58,9%; UPA30, 81,8%, 57,7%; pacientes con uso basal de CS: UPA15, 71,8%, 53,8%; UPA30, 79,2%, 54,2%, NRI, Figura 1A-B) y criterios CDAI (población general: UPA15, 74,8%, 60,7%; UPA30, 83,9%, 65,0%; pacientes con uso basal de CS: UPA15, 74,4%, 56,4%; UPA30, 81,3%, 58,3%, NRI, Figura 1C-D). En LTE semana 48, una fracción alta de pacientes tratados con UPA logró respuesta endoscópica libre de CS (población general: UPA15, 48,6%; UPA30, 55,5%; pacientes con CS basal de uso: UPA15, 38,5%; UPA30, 60,4%, NRI) y remisión endoscópica libre de CS (población general: UPA15, 33,6%; UPA30, 46,0%; pacientes con uso de CS basal: UPA15, 28,2%; UPA30, 54,2%, NRI).

Conclusiones: Los pacientes con EC moderada a grave que recibieron tratamiento de mantenimiento con UPA de largo plazo sostuvieron tasas elevadas de resultados clínicos y endoscópicos libres de CS, lo que sugiere que el UPA puede servir como un tratamiento eficaz de conservación de la CS a largo plazo.

Financiamiento: Abbvie farmacéuticos.

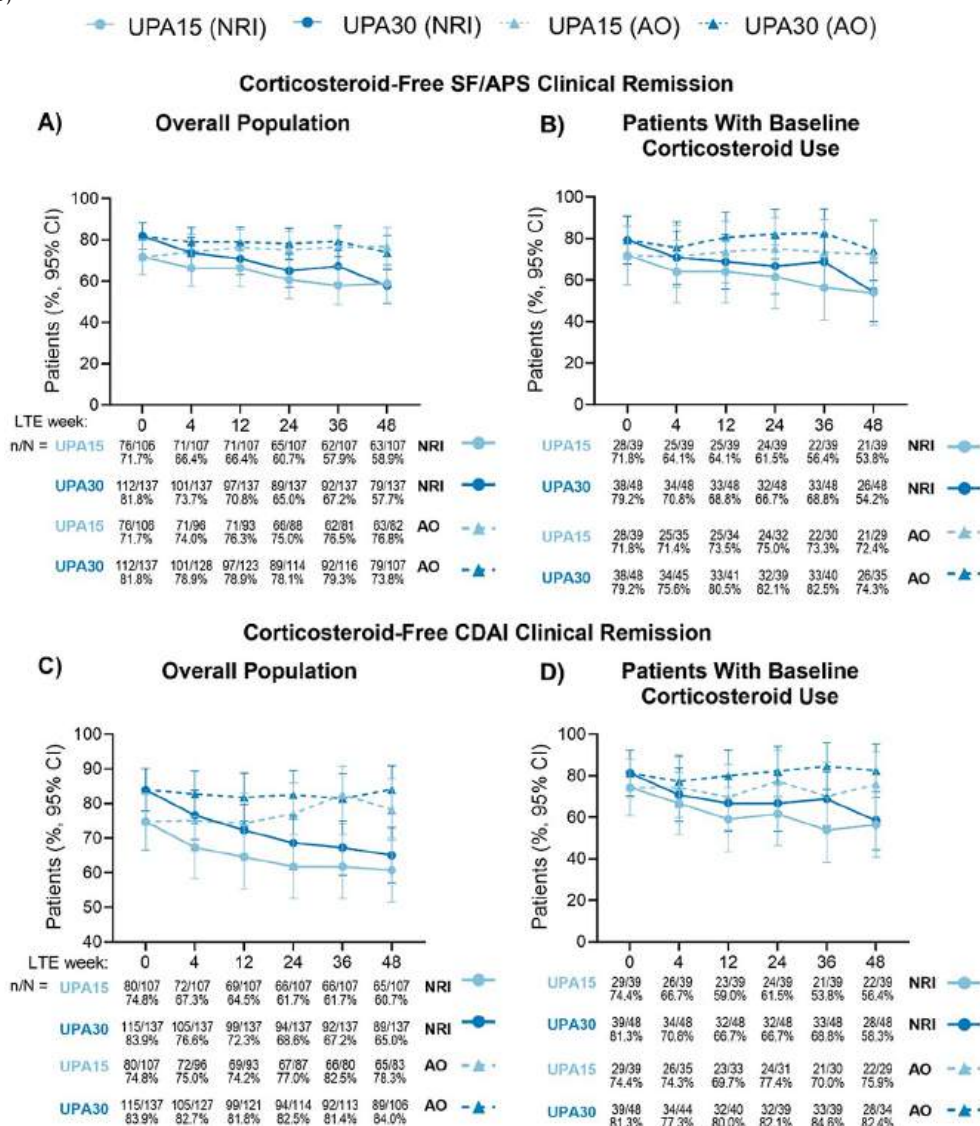
Lun251

EFICACIA Y SEGURIDAD DE UPADACITINIB DESPUÉS DE 4 AÑOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA DE MODERADA A SEVERAMENTE ACTIVA: DATOS PROVISIONALES A LARGO PLAZO DEL ESTUDIO DE EXTENSIÓN ABIERTA DE FASE 3 (U-ACTIVATE)

M. A. Leyte-Altamirano, R. Panaccione, G. Lichtenstein, J. F. Colombel, K. Nakase, S. Vermeire, University of Calgary

Introducción: El upadacitinib (UPA), un inhibidor oral reversible de la cinasa Janus, está aprobado para el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) moderada a grave activa.

Figura 1. Remisión clínica libre de corticosteroides en pacientes tratados con upadacitinib a través de la semana 48 del estudio de extensión a largo plazo U-ENDURE. (Lun250)



Objetivo: Notificar la eficacia y la seguridad del UPA desde la extensión a largo plazo (LTE) del estudio U-ACTIVATE (NCT03006068).

Material y métodos: Los pacientes tuvieron aproximadamente cuatro años de tratamiento de mantenimiento, que consiste en un año de mantenimiento de U-ACHIEVE y tres años de LTE. Los pacientes se aleatorizaron para recibir placebo (PBO) o UPA de 45 mg una vez al día (QD) para la inducción de ocho semanas. Los respondedores clínicos se realeatorizaron a PBO, UPA de 15 mg QD (UPA15), o UPA de 30 mg QD (UPA30) para el mantenimiento de 52 semanas. Los pacientes en remisión clínica (RC) por puntuación de Mayo adaptada (AMS) a la semana 52 de mantenimiento continuaron su tratamiento doble ciego al ingresar al LTE. Los no respondedores originalmente asignados al azar a UPA15 eran elegibles para escalar a UPA30, los asignados cegados aleatoriamente a UPA30 continuaron con UPA30 y los asignados a PBO eran elegibles para escalar a UPA15 de manera ciega. El estudio no fue diseñado para comparar las dosis de UPA15 y UPA30. La eficacia se evaluó mediante CR (por AMS y puntuación parcial de Mayo), mantenimiento de CR por AMS, mejora endoscópica (ME), mantenimiento de ME, remisión endoscópica (RE), mantenimiento de RE, y RC libre de corticosteroides (CS) por AMS durante la LTE a la semana 144. Los datos de eficacia se presentan tal y como se observa (AO), así como la imputación de no respondedor modificada (MnRI), a menos que se indique lo contrario. Los datos de seguridad se presentan como tasas de eventos ajustadas por exposición (EAER; eventos por 100 pt-años [E/100 PY]); fecha límite: 30 de junio de 2024.

Resultados: A LTE semana 144 se observaron mejoras y mantenimiento en RC por AMS en más de la mitad de los pacientes tratados con UPA15 o UPA30. Los pacientes en RC por AMS a LTE semana 144 estuvieron libres de CS ≥ 90 días con UPA15 (98,6%, N/n = 69/70), UPA30 (98,8%, 84/85) y PBO (100,0%, 8/8). RE se logró en casi la mitad de los pacientes y más de la mitad de ellos mantuvo RE en LTE en la semana 144 con UPA15 y UPA30. Por seguridad, se analizaron 369 pacientes (UPA15, n = 142; UPA30, n = 227) con 1043,5 PY (UPA15, 397,4 PY; UPA30, 646,1 PY) de exposición a UPA. Las tasas de efectos adversos graves (EA) y EA que llevaron a la interrupción del tratamiento fueron similares en todos los grupos de tratamiento. Se registró un EA que condujo a la muerte (EAER: 0,2 E/100 PY) en un paciente que requirió hospitalización prolongada por empeoramiento de la infección por COVID-19 en el grupo UPA30.

Conclusiones: A LTE semana 144 se observaron mejoras y mantenimiento en RC por AMS en más de la mitad de los pacientes tratados con UPA15 o UPA30. Los pacientes en RC por AMS a LTE semana 144 estuvieron libres de CS ≥ 90 días con UPA15 (98,6%, N/n = 69/70), UPA30 (98,8%, 84/85) y PBO (100,0%, 8/8). RE se logró en casi la mitad de los pacientes y más de la mitad de los pacientes mantuvo RE en LTE semana 144 con UPA15 y UPA30. Por seguridad, se analizó a 369 pacientes (UPA15, n = 142; UPA30, n = 227) con 1043,5 PY (UPA15, 397,4 PY; UPA30, 646,1 PY) de exposición a UPA. Las tasas de efectos adversos graves (EA) y EA que llevaron a la interrupción del tratamiento fueron similares en todos los grupos de tratamiento. Se registró un EA que condujo a la muerte (EAER: 0,2 E/100 PY) en un paciente que requirió

hospitalización prolongada por empeoramiento de la infección por COVID-19 en el grupo UPA30.

Financiamiento: AbbVie financió este estudio y contribuyó a su diseño, investigación, análisis, recolección de datos, interpretación de datos, y la revisión y aprobación de este resumen.

Lun252

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL RISANKIZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A GRAVE: RESULTADOS DEL ESTUDIO DE EXTENSIÓN A LARGO PLAZO ABIERTO DE UN AÑO DE SEQUENCE

M. A. Leyte-Altamirano, L. Peyrin-Biroulet, R. Atreya, S. Danés, J. O'lindsay, J. C. Chapman, Nancy University Hospital

Introducción: La segunda parte del estudio SEQUENCE en curso examina la eficacia y seguridad a largo plazo del risankizumab (RZB), un inhibidor de la interleucina-23 p19, en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) moderada a grave.

Objetivo: Notificar los resultados de un año de la segunda parte del estudio SEQUENCE.

Material y métodos: En la segunda parte del protocolo SEQUENCE (NCT04524611), los pacientes asignados aleatoriamente al grupo RZB que completaron la visita de la semana 48 podían continuar la recepción de una dosis de mantenimiento de RZB de 360 mg por vía subcutánea (SC) de etiqueta abierta cada 8 semanas. Los pacientes con respuesta inadecuada (aumento de los síntomas más un marcador objetivo de inflamación) durante la segunda fase pudieron recibir tratamiento de rescate (1 × 600 mg de RZB intravenoso, luego 360 mg de RZB SC cada 8 semanas). La remisión clínica (según el índice de actividad de CD [CDAI] y la frecuencia de deposiciones [FS]/puntuación de dolor abdominal [APS]), la remisión clínica sin esteroides, la respuesta al Cuestionario de enfermedad inflamatoria intestinal (IBDQ) y la remisión del IBDQ se evaluaron en las semanas 56 (inicial de la EIO), 80 y 104. Se evaluaron los datos de todos los pacientes con intención de tratar y se utilizó la observación (OA), independientemente del tratamiento de rescate. También se evaluaron los datos según la imputación de no respondedores (IRN) y se categorizó a los pacientes como NR en las visitas con evaluaciones no realizadas, las visitas tras la interrupción prematura del estudio y las visitas tras el inicio del tratamiento de rescate (si correspondía). Se analizaron los efectos adversos emergentes del tratamiento (EAET) notificados durante o después de la primera dosis en la segunda parte (fecha límite: 11 de julio de 2024).

Resultados: Un total de 224 pacientes ingresaron a la segunda parte de SEQUENCE. Entre los pacientes con intención de tratar, las tasas de remisión clínica (según los datos de AO) se mantuvieron estables desde la semana 56 hasta la 104 (CDAI: 75,3% [168/223] a 84,4% [141/167]; SF/APS: 71,2% [158/222] a 74,7% [124/166]). La mayoría de los pacientes que alcanzaron la remisión clínica no recibía esteroides en las visitas correspondientes. Los pacientes también mostraron mejoras sostenidas y clínicamente significativas en la respuesta al cuestionario IBDQ (86,7% [157/181]; datos de la AO) y en la remisión del cuestionario IBDQ (65,3% [126/193]; datos de la AO) en la semana 104. Se observaron resultados similares a los de la AO según los datos del NRI. Dieciséis (7,1%) pacientes recibieron tratamiento de rescate durante la segunda parte, de los cuales el 77,8 % (7/9) alcanzó la remisión clínica en la semana 104 (CDAI y SF/APS) (datos de AO). Los perfiles de efectos adversos graves (EAA) y efectos adversos graves (EAA) de interés para la seguridad fueron consistentes con el perfil de seguridad conocido de RZB, y los efectos adversos cardiovasculares mayores, las neoplasias malignas, las infecciones graves y los efectos hepáticos adjudicados permanecieron estables sin que se identificaran nuevos riesgos de seguridad. No ocurrieron muertes durante la OLE.

Conclusiones: Los pacientes que recibieron 104 semanas de tratamiento continuo con RZB en SEQUENCE demostraron eficacia clínica duradera y beneficios en la calidad de vida. El perfil de seguridad es consistente con el perfil de seguridad conocido de RZB y respalda el tratamiento con RZB a largo plazo.

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.

Lun253

IMPACTO DEL RISANKIZUMAB EN LOS RESULTADOS REPORTADOS POR LOS PACIENTES Y LOS BIOMARCADORES A LO LARGO DEL TIEMPO: ANÁLISIS *POST HOC* DE LOS ESTUDIOS INSPIRE Y COMMAND DE LA FASE 3

M. A. Leyte-Altamirano, J. O'lindsay, M. Ferrante, A. Armuzzi, L. Peyrin-Biroulet, M. C. Dubinsky, S. Danés, R. Panaccione, Queen Mary University

Introducción: Los pacientes con colitis ulcerosa (CU) pueden experimentar síntomas debilitantes que afectan su calidad de vida.

Objetivo: Evaluar en este análisis *post hoc* los cambios en los resultados referidos por el paciente (PRO) y biomarcadores a lo largo del tiempo durante el tratamiento de mantenimiento con risankizumab (RZB), un inhibidor específico de IL-23, entre los pacientes que respondieron al tratamiento de inducción de RZB.

Material y métodos: Los pacientes con respuesta clínica a 12 semanas de tratamiento intravenoso (IV) con RZB de los estudios de inducción INSPIRE de fase 2b y fase 3 se aleatorizaron 1:1:1 al retiro de placebo (PBO) subcutáneo (SC), 180 mg de RZB SC, o 360 mg de RZB SC cada ocho semanas durante el mantenimiento (COMMAND). Los PRO individuales se examinaron como sin urgencia intestinal, sin dolor abdominal, sin deposiciones nocturnas, sin tenesmo, sin incontinencia fecal, sin interrupción del sueño relacionada con la CU y sin fatiga (Evaluación funcional de la enfermedad crónica-fatiga [FACIT-F] ≥ 40). Los biomarcadores examinados fueron calprotectina fecal (FCP) y proteína C reactiva de alta sensibilidad (hs-CRP). Los resultados se registraron como el porcentaje de pacientes que lograron cada resultado para todos los PRO y los valores medios para biomarcadores en la semana 0 de inducción y cada ocho semanas de la semana 0 a 52 de mantenimiento, a menos que se indique lo contrario para FACIT-F ≥ 40,1, HS-CRP y FCP. Se utilizó la imputación de no respondedores sin un manejo especial de los datos faltantes debido a restricciones logísticas (COVID-19 o el conflicto geopolítico en Ucrania y las regiones circundantes afectadas) para los datos faltantes.

Resultados: En total, 548 pacientes (PBO SC, n = 183; RZB 180 mg SC, n = 179; RZB 360 mg SC, n = 186) se aleatorizaron en el estudio de mantenimiento. Una mayor proporción de pacientes logró PRO en la semana de mantenimiento 0 en comparación con la línea basal de inducción. A lo largo del mantenimiento, el logro de PRO persistió en pacientes que recibían RZB, independientemente de la dosis, a excepción de la ausencia de deposiciones nocturnas, ninguna incontinencia fecal, y ninguna interrupción del sueño relacionada con la CU, lo que mostró una ligera disminución de la respuesta para todos los grupos de tratamiento. A partir de la semana 32 se observó una disminución en el logro de todos los PRO en el brazo del retiro de PBO. Ambos biomarcadores mostraron una disminución de los niveles medios desde la semana de inducción 0 hasta la semana de mantenimiento 0. Durante el mantenimiento, los niveles medios de FCP fueron menores para ambas dosis de RZB en comparación con PBO. Los niveles medios más bajos de HS-CRP persistieron durante el mantenimiento, pero fueron similares entre todos los grupos de tratamiento.

Conclusiones: Las mejoras en la mayoría de los PRO y biomarcadores se sostuvieron durante todo el mantenimiento, con disminuciones observadas en el grupo de mantenimiento de PBO probablemente debido al retiro de RZB del tratamiento de inducción de RZB. Estos hallazgos muestran que el RZB puede disminuir los síntomas comunes relacionados con la CU y mejorar la calidad de vida y la carga inflamatoria de los pacientes.

Financiamiento: AbbVie financió este estudio y contribuyó a su diseño, investigación, análisis, recolección de datos, interpretación de datos, y la revisión y aprobación de este resumen.

Lun254

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DIFÍCIL DE TRATAR: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

V. N. Sebastián-Ocampo, E. Contreras-Avilés, M. Phillipe-Ponce, R. Y. López-Pérez, P. Rosales-Téllez, R. E. González-López, J. A. Chida-Romero, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), puede presentar formas clínicas complejas y resistentes al tratamiento. En respuesta a esta necesidad clínica, el consenso IOIBD 2023 propuso una definición estandarizada de EII difícil de tratar (IBD-DTT), basada en criterios terapéuticos, quirúrgicos y psicosociales. Esta clasificación permite identificar a pacientes con mal pronóstico que requieren un enfoque multidimensional. Sin embargo, los datos sobre la caracterización de esta población en países de ingresos medios son limitados. En este contexto, resulta relevante explorar la frecuencia y las particularidades fenotípicas de IBD-DTT en cohortes reales de atención terciaria, con el fin de optimizar estrategias diagnósticas y terapéuticas en escenarios con recursos restringidos.

Objetivo: Describir las características clínicas, terapéuticas y quirúrgicas de los pacientes con IBD-DTT, según los criterios diagnósticos del consenso IOIBD 2023, en una cohorte de un hospital de referencia de tercer nivel en México.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal realizado en la clínica de EII del Hospital General de México entre marzo de 2023 y junio de 2025. Se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI o EC que cumplieran con al menos uno de los criterios del consenso IOIBD 2023 para IBD-DTT. Se recolectaron variables clínicas, demográficas, terapéuticas y quirúrgicas a partir del expediente institucional. El análisis se realizó con SPSS versión 29.0. Se utilizaron medias y desviaciones estándar en variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas en cualitativas. Se aplicaron las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher para comparar proporciones, y t de Student para comparar medias. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: De un total de 298 pacientes con EII, 40 (13,4%) cumplieron con al menos uno de los criterios establecidos por el consenso IOIBD 2023 para IBD-DTT. De éstos, 15 tenían CUCI y 25 EC. Las características demográficas, clínicas, terapéuticas y diagnósticas se describen en la **Tabla 1**. No se encontraron diferencias significativas en edad ni sexo entre ambos grupos. El uso de tratamiento convencional fue más frecuente en CUCI (53,3% vs. 20,0%, $p = 0,0223$), mientras que el tratamiento avanzado, particularmente con ustekinumab, predominó en EC (80,0% vs. 46,7%, $p < 0,0001$). La reservoritis resistente y los problemas psicosociales fueron más comunes en CUCI ($p < 0,001$ y $p = 0,04$, respectivamente). En contraste, la necesidad de cirugía fue significativamente mayor en pacientes con EC (88,0% vs. 40,0%, $p = 0,0336$). El criterio diagnóstico más frecuente de IBD-DTT fue la enfermedad perianal compleja en la enfermedad de Crohn, presente en el 35% de los casos. El 7,5% de los pacientes con EII (3 de 40) cumplió con dos o más criterios del consenso IOIBD, todos ellos con diagnóstico de enfermedad de Crohn.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con IBD-DTT, el 13,4% cumplió con al menos uno de los criterios del consenso IOIBD 2023, más frecuente en EC que en CUCI. Se observaron patrones diferenciales en el uso de tratamientos, indicación quirúrgica y manifestaciones relacionadas entre ambos fenotipos. La enfermedad perianal compleja fue el criterio más prevalente en pacientes con EC. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias terapéuticas individualizadas, basadas en el fenotipo clínico de la EII, que permitan optimizar el abordaje de los casos difíciles.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Lun255

FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A LA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN: ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

V. N. Sebastián-Ocampo, E. Contreras-Avilés, G. Morales-Hernández, R. E. González-López, P. Rosales-Téllez, H. Rodríguez-Cruz, V. Hernández-Antolín, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es una alteración inflamatoria intestinal crónica y multifactorial, caracterizada por inflamación transmural de distribución discontinua en cualquier segmento del tracto gastrointestinal. Su evolución clínica es heterogénea y suele acompañarse de complicaciones como estenosis, fístulas o abscesos, que en muchos casos requieren tratamiento quirúrgico. Aunque los tratamientos inmunomoduladores y biológicos han mejorado el abordaje clínico, la cirugía es todavía esencial en pacientes con enfermedad resistente o complicaciones estructurales.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas, terapéuticas y criterios diagnósticos de pacientes con EII difícil de tratar según el consenso IOIBD 2023. (Lun254)

Variable	EII (n = 40)	CUCI (n = 15)	EC (n = 25)	Valor de p
Sexo masculino, n (%)	19 (47,5%)	6 (40,0%)	13 (52,0%)	0,68
Sexo femenino, n (%)	21 (52,5%)	9 (60,0%)	12 (48,0%)	0,68
Edad media (años $\pm$ DE)	43,7 $\pm$ 13,1	41,1 $\pm$ 10,7	45,3 $\pm$ 14,3	0,28
Clasificación				NA
Montreal-CUCI*, n (%)				
E1	—	2 (13,3%)	—	
E2	—	4 (26,7%)	—	
E3	—	9 (60,0%)	—	
Clasificación				NA
Montreal-enfermedad de Crohn*, n (%)				
A1	—	—	2 (8,0%)	
A2	—	—	14 (56,0%)	
A3	—	—	9 (36,0%)	
L1	—	—	3 (12,0%)	
L2	—	—	9 (36,0%)	
L3	—	—	8 (32,0%)	
L4	—	—	5 (20,0%)	
B1	—	—	11 (44,0%)	
B2	—	—	10 (40,0%)	
B3	—	—	4 (16,0%)	
P	—	—	10 (40,0%)	
Enfermedades crónicas degenerativas, n (%)	11 (27,5%)	6 (40,0%)	5 (20,0%)	0,0025
Tratamiento convencional, n (%)	13 (32,5%)	8 (53,3%)	5 (20,0%)	0,0223
Tratamiento avanzado, n (%)	27 (67,5%)	7 (46,7%)	20 (80,0%)	< 0,0001
Vedolizumab	5 (12,5%)	4 (26,7%)	1 (4,0%)	0,0002
Infliximab	4 (10,0%)	2 (13,3%)	2 (8,0%)	0,27
Ustekinumab	14 (35,0%)	0 (0,0%)	14 (56,0%)	0,68
Adalimumab	2 (5,0%)	1 (6,7%)	1 (4,0%)	0,68
Guselkumab	2 (5,0%)	0 (0,0%)	2 (8,0%)	—
Manifestaciones extraintestinales, n (%)	17 (42,5%)	6 (40,0%)	11 (44,0%)	0,31
Hospitalizaciones, n (%)	28 (70,0%)	9 (60,0%)	19 (76,0%)	0,06
Tratamiento quirúrgico, n (%)	28 (70,0%)	6 (40,0%)	22 (88,0%)	0,0336
Abdominal	21 (52,5%)	6 (40,0%)	15 (60,0%)	0,06
Perianal	7 (17,5%)	0 (0,0%)	7 (28,0%)	0,62
Reservoritis resistente, n (%)	6 (15,0%)	5 (33,3%)	1 (4,0%)	< 0,0001
Enfermedad perianal, n (%)	14 (35,0%)	0 (0,0%)	14 (56,0%)	0,67
Criterios IOIBD para EII difícil de tratar**				
Falla a ≥ 2 mecanismos terapéuticos, n (%)	5 (12,5%)	2 (13,3%)	3 (12,0%)	0,82
Recurrencia posoperatoria en EC tras ≥ 2 resecciones, n (%)	11 (27,5%)	0 (0,0%)	11 (44,0%)	0,30
Reservoritis resistente a antibióticos, n (%)	6 (15,0%)	5 (33,3%)	1 (4,0%)	0,0014
Enfermedad perianal compleja, n (%)	14 (35,0%)	0 (0,0%)	14 (56,0%)	0,29
Problemas psicosociales, n (%)	7 (17,5%)	6 (46,6%)	0 (0,0%)	0,04
Cumple ≥ 2 criterios IOIBD DTT-IBD**, n (%)	3 (7,5%)	0 (0,0%)	3 (12,0%)	0,02

Objetivo: Identificar las características clínicas, demográficas y bioquímicas relacionadas con la necesidad de intervención quirúrgica en pacientes con enfermedad de Crohn atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en una cohorte de 72 pacientes con diagnóstico confirmado de EC, atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México entre 2023 y 2025. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y bioquímicas, incluidos la localización y el comportamiento de la enfermedad según la clasificación de Montreal (ALBP), así como los índices de actividad clínica *Crohn's disease activity index* (CDAI) y *Harvey-Bradshaw index* (HBI). También se documentaron manifestaciones extraintestinales, comorbilidades, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y tratamientos recibidos. Las variables cuantitativas se describieron mediante medidas de tendencia central y dispersión, y las cualitativas en frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación entre pacientes operados y no operados se utilizaron las pruebas t de Student y ji cuadrada. La capacidad discriminativa de los índices HBI y CDAI para predecir la necesidad de cirugía se evaluó mediante curvas ROC (*receiver operating characteristic*), tras calcular el área bajo la curva (AUC) con su intervalo de confianza al 95%. Finalmente, se determinaron *odds ratio* (OR) con intervalos de confianza al 95% para identificar el riesgo relacionado con variables clínicas relevantes. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 72 pacientes con EC, de los cuales 40,3% requirió intervención quirúrgica. El patrón estenosante (B2) estuvo presente en 41,4% de los pacientes operados y se vinculó significativamente con la necesidad de cirugía ($p = 0,001$). Un índice de HBI > 4 también se relacionó con mayor frecuencia de cirugía ($\chi^2 = 10,979$; $p < 0,001$; OR = 2,023, IC95%, 1,235-3,315), con una AUC de 0,700 (IC95%, 0,576-0,824; $p = 0,002$). De forma similar, un CDAI > 150 mostró relación significativa con la indicación quirúrgica ($\chi^2 = 5,855$; $p = 0,016$), aunque la mayor razón de momios se observó en pacientes con CDAI < 150 (OR = 2,360; IC95%, 1,087-5,126; AUC = 0,670; $p = 0,007$). No se identificaron relaciones significativas entre la necesidad de cirugía y la edad al diagnóstico, la localización de la enfermedad ni la presencia de enfermedad perianal ($p > 0,05$).

Conclusiones: En esta cohorte, la necesidad de cirugía en pacientes con enfermedad de Crohn se vinculó significativamente con el patrón estenosante y con actividad clínica elevada (HBI > 4 y CDAI > 150). Ambos índices mostraron capacidad discriminativa para predecir riesgo quirúrgico, con mejor desempeño del HBI. Estos resultados respaldan su utilidad en la estratificación del riesgo y subrayan la importancia del seguimiento estrecho en pacientes con enfermedad más activa o estructuralmente complicada.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun256

ÍNDICE FIBRINÓGENO-LINFOCITO COMO PREDICTOR DE SEVERIDAD EN LA COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

J. A. Chida-Romero, H. Rodríguez-Cruz, V. Hernández-Antolín, V. N. Sebastián-Ocampo, E. Contreras-Avilés, P. Rosales-Téllez, R. E. González-López, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria intestinal de curso crónico y evolución variable. Aunque la colonoscopia con toma de biopsia es el método estándar para valorar su actividad, su carácter invasivo y costo limitan su uso. Ante esta necesidad, el presente estudio evalúa el índice fibrinógeno-linfocito (IFL) como posible marcador accesible y no invasivo para predecir la gravedad de la enfermedad y su correlación con índices clínicos, endoscópicos e histológicos establecidos.

Objetivo: Determinar la relación y correlación del índice fibrinógeno-linfocito con la actividad de la colitis ulcerosa crónica idiopática.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y analítico en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México. Se incluyó a 62 pacientes con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) mediante criterios clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos. Se recolectaron datos clínicos, endoscópicos, histológicos y de laboratorio. Las variables principales fueron:

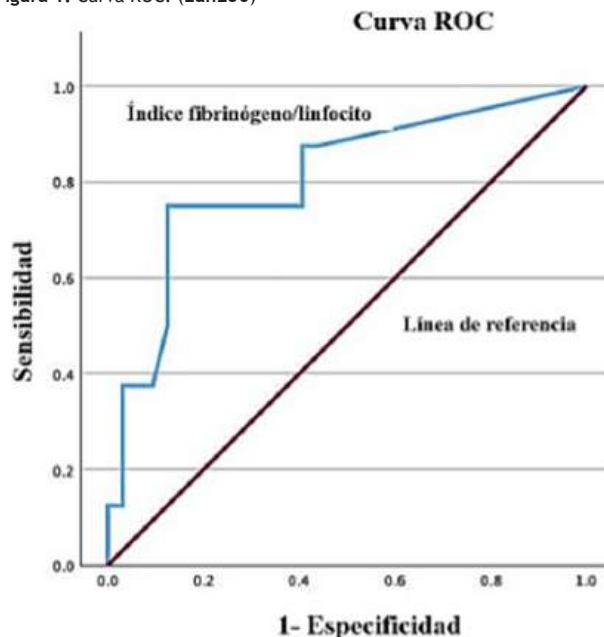
índice fibrinógeno-linfocito (IFL), escalas de actividad clínica (Truelove y Witts), endoscópica (Montreal y Mayo), e histológica (Riley). El análisis estadístico se realizó con SPSS v29. Se emplearon pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov; t de Student, U de Mann-Whitney, ANOVA y Kruskal-Wallis para comparación de variables cuantitativas; y ji cuadrada o Fisher para variables categóricas. Se construyó un análisis ROC para determinar el punto de corte del IFL y su capacidad diagnóstica, al considerar $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: De los 62 pacientes, 64,5% correspondió a mujeres, con una edad promedio de $41,16 \pm 12,99$ años. El 12% tenía antecedente de tabaquismo y el promedio de evolución de la enfermedad fue de 6,74 años. Según Truelove y Witts, el 79% de los pacientes se hallaba sin actividad clínica, 19% con actividad leve y 1,6% con moderada a grave. El patrón de actividad mostró que el 72,5% estaba inactivo, el 9,6% activo y el 19,3% alternante. El 33,8% experimentó manifestaciones extraintestinales, en particular las artralgias (27,4%). Por extensión endoscópica (Montreal): 51,6% con colitis extensa, 35,4% con colitis izquierda y 12,9% con proctitis. Según la escala de Mayo, 45,16% tenía actividad moderada, 22,5% leve y 20,9% grave. En la escala de Riley, 40,3% registró actividad leve, 30,64% moderada y 14,5% grave. El análisis estadístico mostró que no hubo correlación significativa entre el IFL y la actividad clínica. Sin embargo, sí se observó relación significativa entre IFL y actividad endoscópica moderada a grave ($p = 0,03$), así como actividad histológica ($p = 0,02$). El análisis ROC estableció que un IFL > 198 predecía actividad endoscópica o histológica moderada a grave, con AUC de 0,807, sensibilidad de 75%, especificidad de 87,5% y VPN de 70%, como se observa en la Figura 1. No se encontró relación del IFL con extensión, manifestaciones extraintestinales, tipo de tratamiento o necesidad de cirugía.

Conclusiones: El índice fibrinógeno linfocito puede ser de gran utilidad en el tratamiento de pacientes con CUCI, ya que podría suministrar un acercamiento para predecir a pacientes con actividad moderada a grave y con ello poder indicar intervenciones sin necesidad de someterlos a estudios invasivos, además de tener buena sensibilidad y especificidad para correlacionar con la actividad y un bajo costo.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Figura 1. Curva ROC. (Lun256)



Lun257

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL A TRAVÉS DEL USO DE IBD DISK EN POBLACIÓN DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

J. I. Hernández-Honorato, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, T. Cortés-Espinosa, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

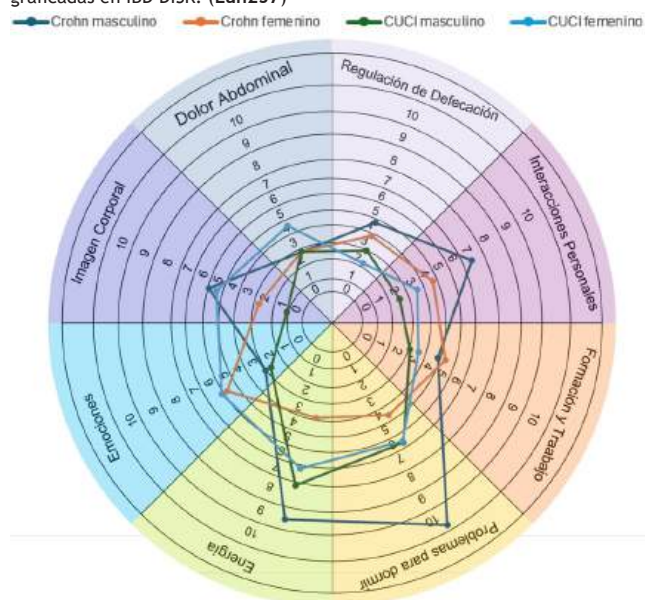
Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno que afecta de manera polifacética la vida del paciente y los aspectos físico y psicológico. Actualmente se ha intentado cumplir como parte del tratamiento de la EII mejorar la calidad de vida de los pacientes y el retorno a una vida normal. Por este motivo se han realizado distintos cuestionarios para evaluar la esfera psicosocial, afectiva y física del paciente. Uno de ellos es el disco de enfermedad inflamatoria intestinal (IBD DISK por sus siglas en inglés). En el cuestionario se evalúa el dolor abdominal, la regulación de la defecación, las interacciones personales, formación y trabajo, sueño, energía, emociones, imagen corporal, funciones sexuales y dolor articular. Se obtiene una representación visual del estado actual de la enfermedad para el paciente y para el médico: entre mayor sea el valor mayor será la afectación. La puntuación del IBD DISK se ha validado en otras poblaciones como en el estudio VALIDation, en el cual se tomaron en cuenta los cuestionarios del IBD DISK y el IBD-DI y fue un estudio para evaluar la reproducibilidad y validez del cuestionario en la población francesa. Al concluir el estudio se confirmó que el IBD DISK fue válido y reproducible como una herramienta para evaluar la discapacidad de los pacientes con EII. Ante la falta de un estudio que aplique el IBD DISK en población mexicana se decidió realizar la aplicación del IBD DISK en una cohorte de pacientes con EII del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre para evaluar el estado actual de la enfermedad, incluidos pacientes con tratamiento avanzado y sintomático.

Objetivo: Evaluar el efecto de la enfermedad en pacientes con EII del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre por medio de la aplicación del cuestionario IBD DISK.

Material y métodos: Estudio prospectivo con la aplicación del cuestionario IBD DISK en una cohorte de pacientes de un centro de referencia de tercer nivel en la Ciudad de México. Se utilizó una versión ya validada en español. Se realizó análisis de datos con t de Student para encontrar relación entre variables. Para el análisis de datos se utilizó SPSS 30.

Resultados: Se incluyó a un total de 33 pacientes en el estudio (11 EC, 22 CUCI), de los cuales 23 eran femeninos y 10 masculinos con una media de edad de $51,78 \pm 16,62$; hasta 75,7% de los pacientes se encuentra bajo algún tipo de tratamiento avanzado: 24% con infliximab, 16% con ustekinumab, 48% con certolizumab, 8% con tofacitinib y 4% con adalimumab. Se realizó una media de los resultados y se separó en cuatro grupos a los pacientes, en género femenino, masculino y tipo de EII. De acuerdo con la Figura 1 se encontró que la esfera con mayor afectación es la del sueño, seguida de la energía y las interacciones personales. Se realizó prueba de t de Student; sin embargo, esta prueba no identificó relación estadísticamente significativa entre el tipo de fármaco biológico y los síntomas evaluados en IBD DISK.

Figura 1. Promedio de puntuaciones de síntomas por enfermedad y género graficadas en IBD DISK. (Lun257)



Conclusiones: Este estudio evidencia que el IBD Disk es una herramienta útil y visualmente accesible para evaluar el efecto de la enfermedad inflamatoria intestinal en la vida cotidiana de los pacientes. De acuerdo con los resultados obtenidos puede concluirse que existe una necesidad de un abordaje

integral que considere los síntomas, así como el bienestar emocional y social de los pacientes. Se requiere una muestra más amplia para poder encontrar alguna asociación entre terapia y sintomatología. Los resultados ofrecen una primera aproximación del perfil de discapacidad en personas con EII en México y abren la puerta a futuras investigaciones con un mayor tamaño de muestra y seguimiento longitudinal. Implementar el IBD DISK puede facilitar la vigilancia personalizada del control de la enfermedad.

Financiamiento: Este trabajo no obtuvo algún financiamiento.

Lun258

FRECUENCIA DE POUCHITIS CRÓNICA EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Gutiérrez-Castillo, J. D. Prieto-Nava, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La inflamación del reservorio ileal posterior a una proctocolectomía con anastomosis ileoanal se conoce como pouchitis, la cual puede ocurrir hasta en 70% de los pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). La pouchitis se clasifica en aguda y crónica y esta última puede dividirse en dependiente de antibióticos o resistente a los antibióticos con necesidad de tratamiento avanzado con fármacos biológicos.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de pouchitis crónica en pacientes mexicanos con antecedente de CUCI y proctocolectomía total, anastomosis ileoanal y reservorio ileal.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se analizó a pacientes con CUCI que contaran con reservorio ileal posterior a una proctocolectomía con anastomosis ileoanal durante el periodo del 1 de enero del 2020 al 31 de mayo del 2025 pertenecientes a la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se definió pouchitis aguda como aquella con una duración menor de 30 días y crónica mayor de 30 días; esta última se subdividió en dependiente de antibióticos (recaída posterior a la suspensión de éstos) y resistente a los antibióticos (persistencia de síntomas pese al consumo de éstos). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 27.

Resultados: Se incluyó a un total de 18 pacientes con CUCI que se proctocolectomizaron y que contaran con reservorio ileal. La distribución por sexo fue del 50% para cada uno de ellos con mediana de edad al diagnóstico de 38,5 años (intervalo, 11-59 años). En todos los casos había antecedente de pancolitis, 10 de 18 (55,6%) presentaron manifestaciones extraintestinales y en 9 de 18 (50%) se practicó proctocolectomía electiva (actividad persistente o desarrollo de proceso maligno), mientras que 7 de 18 (38,9%) fueron intervenidos de manera urgente (falla al tratamiento en CUCI grave o perforación intestinal). El primer cuadro de pouchitis apareció con una mediana de 2,5 años (intervalo, 1-21 años) posterior a la proctocolectomía con reservorio ileoanal. Hasta 7 de 18 pacientes (38,9%) se clasificó como pouchitis aguda, mientras que en los restantes 11 casos (61,1%) se desarrolló pouchitis crónica, con cinco casos (27,8%) dependientes de antibióticos y 6 (33,3%) resistentes a los antibióticos. En relación con el tratamiento utilizado durante los episodios de pouchitis se encontró que 15 pacientes (83,3%) se trataron con metronidazol, 11 (61,1%) con ciprofloxacina y 6 (33,3%) tratamiento combinado con ciprofloxacina y metronidazol. Nueve de 11 pacientes con pouchitis crónica (50%) se trataron con fármaco biológico, ocho a base de vedolizumab (44,4%) y uno con ustekinumab (5,55%); un paciente tratado con vedolizumab sufrió falla anterior al adalimumab y en los demás pacientes se indicó vedolizumab como primera línea (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación y tratamiento de la pouchitis. (Lun258)

Pacientes proctocolectomizados con reservorio ileal	
Pouchitis n = 18 (%)	
Género (femenino)	9 (50)
Edad al diagnóstico, mediana (mínimo-máximo)	38,5 años (11-59)
Extensión (pancolitis)	18 (100)
Manifestaciones extraintestinales	10 (55,6)
Proctocolectomía electiva	9 (50)

Proctocolectomía urgente	7 (38,9)
Tipo de pouchitis	
Aguda	7 (38,9)
Crónica	11 (61,1)
Dependiente de antibióticos	5 (27,8)
Resistente a antibióticos	6 (33,3)
Tratamiento	
Metronidazol	15 (83,3)
Ciprofloxacina	11 (61,1)
Combinación (ciprofloxacina/metronidazol)	6 (33,3)
Vedolizumab	8 (44,4)
Ustekinumab	1 (5,55)

Conclusiones: La frecuencia de pouchitis crónica fue del 61.1% y en la mayoría de los casos se indicó tratamiento biológico con vedolizumab, debido a la dependencia o resistencia a los antibióticos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun259

COEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y LA INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

J. D. Prieto-Nava, C. E. Aguirre-Aguilar, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se compone, principalmente, de la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC); ambas se caracterizan por una inflamación crónica intestinal y un aumento de la activación inmune. La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) afecta a alrededor de 340 000 mexicanos, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y también a la actividad de la inmunidad relacionada con linfocitos T CD4. La presentación concomitante es rara: se han informado menos de 200 casos en el mundo.

Objetivo: Conocer el comportamiento clínico de la EII en pacientes infectados por VIH.

Informe de casos: En la **Tabla 1** se describe a los cuatro pacientes con las características de la EII, así como el estado de la infección por VIH. Cabe destacar que el comportamiento clínico de los pacientes con CUCI ha tenido un curso benigno, ya que han respondido de manera satisfactoria al tratamiento convencional y no han requerido la modalidad biológica, además de que sus cuentas de CD4 son normales con carga viral negativa. Por otro lado, en el caso del paciente con EC, inicialmente tenía el diagnóstico de EII no clasificable y pero tras un episodio de oclusión que exigió tratamiento quirúrgico se estableció el diagnóstico de adenocarcinoma de colon y EC. En relación con su estado del VIH, se encuentra con cuentas de CD4 normales y carga viral indetectable. Esta serie incluyó a cuatro pacientes con EII e infección por VIH, dos con infección por VIH antes de la detección de EII y dos con detección posterior al diagnóstico de EII.

Discusión: El desbalance inmunológico generado por dichas anomalías puede explicar el curso atenuado de la EII en estos pacientes en el cual, en un estudio previo de 65 pacientes, se identificó mayor número de pacientes tratados sólo con aminosalicilatos y menor uso de tiopurinas, metotrexato y fármacos biológicos respecto de la población sin infección por VIH.

Conclusiones: El comportamiento clínico de la EII es benigno debido al mayor uso del tratamiento convencional para lograr la remisión, la cual podría explicarse por alteraciones del estado inmunológico en pacientes con VIH. La presentación de la EII en el contexto de una infección por VIH es rara.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características clínicas de pacientes mexicanos con EII y VIH. (Lun259)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad actual	62 años	35 años	38 años	55 años
Edad Dx EII	58 años	29 años	38 años	36 años
Edad Dx VIH	59 años	32 años	22 años	27 años
Sexo	Hombre	Hombre	Hombre	Hombre
Tipo EII	CUCI E3	CUCI E3	CUCI E3	EC A3L2B2
Manifestaciones extraintestinales	No referidas	No referidas	No referidas	Eritema nodoso
Tratamiento EII	Mesalazina vía oral	Sulfasalazina Mesalazina tópica Azatioprina	Mesalazina vía oral Mesalazina tópica	Mesalazina vía oral Ustekinumab (en protocolo)
Años evolución EII	4 años	6 años	Menor a 1 año	19 años
CD4 al Dx VIH	198	23	213	No especificados
CV al Dx VIH	600.225	126.666	Desconocida	No especificada
CD4 actual	309	334	787	506
CV actual	Indetectable	Indetectable	Indetectable	Indetectable
TAR	BIC/TAF/FTC	BIC/TAF/FTC	BIC/TAF/FTC	BIC/TAF/FTC

BIC/TAF/FTC, bictegravir/tenofovir alafenamida/emtricitabina.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 17 de noviembre de 2025

Trastornos funcionales digestivos

Lun260

EXPERIENCIA PRELIMINAR CON LA MANIOBRA STRAIGHT LEG RAISE (SLR) DURANTE LA MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES CON SOSPECHA DE RECURRENCIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES POSFUNDUPLICADOS

G. F. Pérez-Roa, Y. M. Escandón-Espinoza, K. D. López-García, A. Ávila-Franco, A. Osorio-Euan, J. C. Balderas-Ortega, R. Alvarado-Hernández, M. Reyes-Morales, F. Bartolo-Colón, Hospital Regional Tipo B de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia, ISSSTE Tultitlán

Introducción: La manometría esofágica de alta resolución (MAR) ha adquirido un papel importante en el estudio de la enfermedad por reflujo (ERGE); sin embargo, su función en pacientes con síntomas de ERGE después de la cirugía antirreflujo aún es controversial. Recientemente se ha introducido una nueva maniobra durante la MAR denominada *straight leg raise* (SLR) que podría ser de utilidad para evaluar la función de la barrera de la unión esofagagástrica (UEG) en pacientes posfunduplicados. **Objetivo:** Evaluar la utilidad de la SLR y su correlación con el tiempo de exposición ácida en un grupo de pacientes con síntomas recurrentes de ERGE con funduplicatura de Nissen.

Material y métodos: Se trata de un estudio unicéntrico, prospectivo y transversal. Se incluyó a pacientes adultos con antecedente de funduplicatura de Nissen con síntomas persistentes de ERGE enviados al área de endoscopia gastrointestinal para la realización de panendoscopia, MAR y estudios de pH-metría e impedancia de 24 horas sin tratamiento antiácido, durante el periodo de enero a julio de 2025. La MAR se realizó mediante el protocolo de Chicago v4.0 (Equipo Medtronic). Al término del protocolo en supino se efectuó SLR, con ambas piernas del paciente elevadas a 45° por cinco segundos. La maniobra se consideró efectiva cuando la presión intrabdominal (PIA) se elevó un 50%. Se registró la PIE 5 cm sobre el esfínter esofágico inferior en condiciones basales y durante la maniobra, y se evaluó la variación de la presión intraesofágica. Se recopilaron datos demográficos, IMC, calificación de síntomas validados GERD-Q, GERD-HRQOL, y cuestionario de Carlsson-Dent. Se excluyó a los

pacientes que no toleraron la colocación de sonda o esofagitis de alto grado (grados B, C y D).

Resultados: Se incluyó a 20 pacientes posfunduplicados con síntomas de reflujo persistente. La prevalencia de maniobra SLR positiva fue del 35% (n = 7). La exposición ácida elevada (> 6%) se observó en 30% (6/20) de los casos. La presencia de SLR positiva se relacionó significativamente con exposición ácida elevada (OR 4,5; IC95%, 1,5-14,1; p = 0,007), lo que indicó que la maniobra SLR tiene utilidad para identificar a pacientes con probable falla del mecanismo antirreflujo posquirúrgico. Los pacientes con SLR positiva tuvieron peores puntuaciones sintomáticas mediante el cuestionario GERD-Q (mediana 12 vs. 9; p = 0,03) y HRQOL (mediana 18 vs. 12; p = 0,01) comparados con SLR negativa (Tabla 1). No se encontraron diferencias significativas en los parámetros manométricos convencionales (presión basal de la UEG, IRP); sin embargo, la calificación de Milán fue más alta en pacientes SLR positivos (mediana 188 vs. 152; p = 0,04), lo que refuerza el valor de la maniobra como complemento diagnóstico en esta población. La relación de un SLR positivo tuvo un AUROC con una exposición al ácido positiva de 0,86, con una sensibilidad de 78%, especificidad de 81%, valor predictivo positivo (VPP) de 83% y valor predictivo negativo (VPN) de 75%.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes posfunduplicados con síntomas persistentes de reflujo, la maniobra *straight leg raise* (SLR) demostró una relación significativa con exposición ácida elevada e identifica a un subgrupo con mayor carga sintomática. Estos hallazgos sugieren que el SLR es una herramienta útil y sencilla durante la manometría de alta resolución para identificar a pacientes con probable falla del mecanismo antirreflujo, incluso cuando los parámetros manométricos convencionales son normales. La implementación de SLR podría mejorar la estratificación diagnóstica en pacientes posquirúrgicos y orientar las decisiones terapéuticas.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Relación de las calificaciones de síntomas y de Milán en ERGE con una SLR positiva. (Lun260)

Variable	Mediana SLR positiva	Mediana SLR negativa	Valor de p
GERD-Q	12	9	0,03
GERD-HRQOL	18	12	0,01
Calificación de Milán	188	152	0,04

Lun261

PREVALENCIA DE DISINERGIA DEFECATORIA Y FACTORES CLÍNICO-DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

J. V. Andoney-Mayén, J. E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, M. L. Sánchez-Díaz, H. M. Herrera-Martínez, Hospital Español

Introducción: La disinergia defecatoria se define como la falta de coordinación entre la contracción del recto y la relajación del esfínter anal durante el esfuerzo defecatorio, y produce tránsito retardado y síntomas de estreñimiento crónico. Su diagnóstico se establece mediante manometría anorrectal de alta resolución (HRAM) y prueba de expulsión de balón, según los criterios de Roma IV.

En pacientes referidos a centros de motilidad con estreñimiento crónico, la prevalencia de disinergia varía alrededor del 22%, mientras que los estudios poblacionales publican intervalos de 27% a 59% en subgrupos de individuos estreñidos. Se ha observado que la edad avanzada y el sexo masculino incrementan la probabilidad de presentar disinergia (< 60 años vs. ≥ 60 años; hombres vs. mujeres: OR = 2,3) y que la distribución de los subtipos (I-IV) difiere de acuerdo con el género (tipo I más frecuente en varones, $p < 0,001$). Sin embargo, el papel de otras variables como el índice de masa corporal (IMC), las comorbilidades (diabetes, hipertensión), los hábitos de vida y los antecedentes de cirugía anal no está completamente definido en poblaciones mexicanas.

Objetivo: Calcular la prevalencia global de disinergia defecatoria con base en el protocolo de Londres (tipos I-IV) e identificar factores relacionados (edad, sexo, IMC, diabetes, HTA, consumo de fibra, actividad física).

Material y métodos: Estudio transversal en 70 pacientes con manometría anorrectal de alta resolución completa. Variables categóricas comparadas con χ^2 , continuas con t de Student o U de Mann-Whitney. Regresión logística para factores independientes (ORaj e IC95%).

Resultados: Se observó disinergia defecatoria en 15/70 (21,4%). La edad media fue mayor en el grupo de disinergia ($60,4 \pm 12,1$ vs. $52,0 \pm 13,9$ años; $p = 0,035$), y se identificó relación significativa con diabetes (40% vs. 10,9%; $p = 0,003$) e hipertensión (46,7% vs. 14,5%; $p = 0,002$). En la regresión logística, la edad (ORaj 1,04; $p = 0,042$), la diabetes (ORaj 3,91; $p = 0,036$) y la hipertensión (ORaj 4,25; $p = 0,019$) se mantuvieron independientes (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados. (Lun261)

Predictor	ORaj	IC95 %	Valor p
Edad (años)	1,04	1,00-1,08	0,042*
Sexo (M vs. F)	2,15	0,71-6,52	0,17
IMC	1,08	0,98-1,20	0,12
Diabetes	3,91	1,09-14,0	0,036*
Hipertensión	4,25	1,27-14,2	0,019*

* $p < 0,05$

Conclusiones: La disinergia defecatoria posee una prevalencia ~21% en esta cohorte y se vincula con mayor edad, diabetes e hipertensión, lo que sugiere priorizar la evaluación manométrica en estos subgrupos.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Lun262

CORRELACIÓN ENTRE PARÁMETROS MANOMÉTRICOS ANORRECTALES Y UMBRALES SENSORIALES EN POBLACIÓN CON TRASTORNOS ANORRECTALES DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

J. V. Andoney-Mayén, J. E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, M. L. Sánchez-Díaz, H. M. Herrera-Martínez, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La defecación normal requiere no sólo una función adecuada del esfínter anal, medida por presiones en reposo y de contracción voluntaria, sino también una percepción sensorial rectal precisa, evaluada mediante tres umbrales: primera sensación, deseo defecatorio y máximo volumen tolerable. La disfunción sensorial, conocida como hiposensibilidad rectal, afecta aproximadamente al 25% de los pacientes con estreñimiento crónico y se vincula con mayor gravedad de los síntomas y peor respuesta a biorretroalimentación. La manometría anorrectal de alta resolución (HRAM) es la técnica de referencia para evaluar presiones y coordinación rectoanal, incluida la medición de la sensación rectal mediante balón volumétrico. Sin embargo, la evidencia sobre la correlación cuantitativa entre parámetros de presión y umbrales sensoriales en población de estreñimiento funcional es escasa y heterogénea. Los umbrales sensoriales (primera sensación, urgencia, capacidad máxima) podrían correlacionarse con las presiones en reposo y contracción voluntaria, y proporcionar indicios de la fisiopatología del estreñimiento funcional.

Objetivo: Evaluar la correlación entre presión en reposo, presión de contracción voluntaria y porcentaje de relajación anal y los umbrales de primera sensación, urgencia defecatoria y capacidad rectal máxima.

Material y métodos: Estudio transversal en 61 pacientes con datos completos. Se usaron las pruebas de Shapiro-Wilk y correlación de Pearson (normal) o Spearman (no normal). Subanálisis por presencia de disinergia.

Resultados: La presión de contracción voluntaria se correlaciona sólidamente con urgencia ($r = 0,493$; $p = 0,0002$) y capacidad máxima ($r = 0,601$; $p < 0,001$). El porcentaje de relajación anal muestra una correlación negativa moderada con capacidad máxima ($r = -0,283$; $p = 0,038$), lo que sugiere que una menor relajación se relaciona con una mayor distensión tolerada (Tabla 1).

Conclusiones: Los hallazgos sugieren que una mayor fuerza contráctil anorrectal se acompaña de umbrales sensoriales superiores, mientras que una menor relajación se vincula con mayor distensión tolerada, lo que apunta hacia objetivos de biorretroalimentación dirigidos a mejorar la presión-relajación.

Financiamiento: Ninguno.

Lun263

EFICACIA CLÍNICA DE UNA COMBINACIÓN DE SENNA TINNEVELLY/RUIBARBO/CARBÓN VEGETAL EN PACIENTES MEXICANOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SUBTIPO ESTREÑIMIENTO

E. C. Morel-Cerda, P. J. Soto-Agustín, J. M. Aldana-Ledesma, D. K. Tapia-Calderón, E. S. García-Jiménez, D. Lagos-Prieto, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Tabla 1. Resultados. (Lun262)

	Reposo	Contracción	% Relajación	1° Sensación	Urgencia	Capacidad
Reposo	1,000	0,516	0,090	-0,167	0,182	0,211
Contracción	0,516	1,000	-0,101	0,139	0,493*	0,601*
% Relajación	0,090	-0,101	1,000	-0,250	-0,147	-0,283*
1° Sensación	-0,167	0,139	-0,250	1,000	0,445	0,264
Urgencia	0,182	0,493*	-0,147	0,445	1,000	0,787
Capacidad máxima rectal	0,211	0,601*	-0,283*	0,264	0,787	1,000

* $p < 0,05$

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno del eje intestino-cerebro caracterizado por dolor abdominal crónico y alteraciones del hábito intestinal. Según Roma IV, el subtipo estreñimiento (SII-E) requiere ≥ 2 de los siguientes ($> 25\%$): < 3 evacuaciones/semana, pujo excesivo, heces Bristol 1-2, sensación de evacuación incompleta u obstrucción y uso de maniobras digitales. El tratamiento debe dirigirse al síntoma predominante o a los mecanismos fisiopatológicos. El senna, un laxante estimulante, ha demostrado eficacia en el estreñimiento crónico, pero su efecto en SII-E no está claramente establecido.

Objetivo: Evaluar la eficacia clínica de la combinación senna Tinnevelly/ruibarbo/carbón vegetal en pacientes con SII-E.

Material y métodos: Estudio descriptivo y prospectivo (mayo-julio de 2025), en pacientes con SII-E según Roma IV en consulta de gastroenterología, que aceptaron participar y firmaron consentimiento informado. Se completó diario de síntomas basal por dos semanas y se recolectaron datos en Google Form: sociodemográficos, comorbilidades y cuestionarios IBS-SSS, IBS-QoL y HAD. Se administró la combinación durante cuatro semanas: 1 tableta cada 12 h, con ajuste a 2 tabletas cada 12 h si era necesario tras dos semanas. No debían tomar otros medicamentos para SII como antiespasmódicos durante el estudio. Se definió eficacia como $\geq 30\%$ de disminución del dolor abdominal semanal o ≥ 1 evacuación espontánea completa adicional respecto de la basal. Se utilizó IBM® SPSS Statistics. Variables numéricas: media y desviación estándar; categóricas: frecuencias y porcentajes. Distribución: prueba de Shapiro-Wilk. Comparaciones: t para muestras relacionadas y $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 15 individuos (93% de mujeres), con mediana de edad de 32 años (RIC 26-51), IMC de $23,8 \pm 3,24$, 53% con síntomas < 5 años de evolución, 46% bajo tratamiento para SII, y 6,7% con ansiedad/depresión. Gravedad inicial por IBS-SSS: leve en 6,7%, moderada en 60%, intensa en 33,3%. El 100% refirió distensión abdominal. La Tabla 1 muestra los cambios en puntuaciones de gravedad, calidad de vida, dolor abdominal, número de evacuaciones y escala de Bristol. El 93% presentó mejoría en dolor y 100% en frecuencia evacuatoria. El 26% señaló efectos adversos, los más frecuentes de los cuales fueron diarrea y distensión abdominal. Según las preguntas PRO, 53% consideró su dolor y estreñimiento “moderadamente mejor, y el 60% moderadamente mejor su SII en los últimos siete días.

Conclusiones: En esta población, la combinación de senna Tinnevelly/ruibarbo/carbón vegetal demostró eficacia clínica y mejoría de síntomas globales en pacientes con SII-E.

Financiamiento: Apoyo de Megalabs para asegurar el tratamiento completo de los pacientes.

Tabla 1. Éxitos técnico y clínico por tipo de técnica. (Lun263)		
Técnica usada	Frecuencia relativa éxito técnico (proporción)	Frecuencia relativa éxito clínico (proporción)
FCSEMS solo	76,5% (13/17)	64,7% (11/17)
FCSEMS + TTSC	100% (5/5)	40% (2/5)
FCSEMS + OTSC	50% (1/2)	100% (2/2)
OTSC solo	100% (1/1)	100% (1/1)
OTSC + TTSC	100% (1/1)	100% (1/1)
TTSC solo	0% (0/1)	100% (1/1)
EndoVac	0% (0/3)	100% (3/3)
Tapón biodegradable y adhesivo tisular	0% (0/1)	100% (1/1)
Frecuencia relativa global (total)	67,74 $\pm$ 8,37% (21/31)	74,19 $\pm$ 8,37% (23/31)

Lun264

UTILIDAD DE ESCALAS CLÍNICAS PARA PREDECIR LESIONES PREMALIGNAS E INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN PACIENTES CON DISPEPSIA

E. J. Medina-Ávalos, S. Teutli-Carrión, M. I. Torres-Ruiz, H. R. Ordaz-Álvarez, J. C. Silis-Cravioto, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La dispepsia constituye uno de los principales motivos de consulta en gastroenterología, con una prevalencia global calculada hasta de 30%. Si bien la mayoría de los casos es funcional, un porcentaje significativo puede relacionarse con infección por *Helicobacter pylori* (HP) o lesiones premalignas gástricas. Diversas escalas clínicas, como el *Glasgow dyspepsia severity score* (GDSS) y el *Short-form nepean dyspepsia index* (SF-NDI), se han propuesto como herramientas de apoyo para estratificar el riesgo, aunque su utilidad en la predicción de hallazgos histológicos aún requiere mayor validación en esta población.

Objetivo: Evaluar si las escalas de gravedad GDSS y SF-NDI correlacionan la presencia de lesiones premalignas o HP en biopsias endoscópicas.

Material y métodos: Estudio prospectivo y observacional. Se incluyó a adultos mayores de 18 años con dispepsia de acuerdo con Roma IV. Se les aplicaron cuestionarios antes de realizar la endoscopia y luego de la toma de biopsias de acuerdo con el protocolo de Sidney. Se calcularon medidas de tendencia central, estadística descriptiva y correlación de Spearman con p significativa $< 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 103 pacientes, mujeres en 63%. La edad media fue de 57 años ($DE \pm 13,3$ años) (Tabla 1). La frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* fue del 56% (58 pacientes). Respecto de las lesiones premalignas, se identificaron gastritis crónica en 87 pacientes (84%), metaplasia intestinal en 20 pacientes (19%) y atrofia gástrica en 10 pacientes (10%). No se identificaron casos de displasia en la muestra. En cuanto a las puntuaciones de las escalas, la media fue de 10 puntos para la escala de Glasgow y de 24 para el SF-NDI. La escala SF-NDI no mostró una correlación con lesiones premalignas o HP. GDSS reveló una correlación negativa con la edad ($r = -0,194$, $p = 0,049$) y con la presencia de metaplasia ($r = -0,241$, $p = 0,015$).

Conclusiones: Las escalas clínicas SF-NDI y Glasgow no se correlacionan de forma significativa ni distinguen eficazmente la presencia de lesiones gástricas premalignas o HP. Su uso debe limitarse a la evaluación sintomática subjetiva, sin atribuirles valor diagnóstico o predictivo para cambios histológicos. Los pacientes jóvenes refieren dispepsia más grave, mientras que aquéllos con metaplasia pueden tener síntomas menos intensos, lo que podría retrasar su diagnóstico. La endoscopia y biopsia son aún necesarias para la detección precisa de estas alteraciones.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Tabla 1. Características demográficas e histológicas. (Lun264)	
Edad media, años	57 $\pm$ 13,3 años
Sexo, n (%)	
Masculino	38 (37%)
Femenino	65 (63%)
Escalas, media	
Gravedad de dispepsia de Glasgow	10 pts
Índice de Nepean para dispepsia acertado	24 pts
Gastritis crónica, n (%)	
Sí	87 (84)
No	16 (16)
Atrofia gástrica, n (%)	
Sí	10 (10)
No	90 (90)
Metaplasia gástrica, n (%)	
Sí	20 (19)
No	83 (81)
Infección por <i>Helicobacter pylori</i> , n (%)	
Sí	58 (56)
No	45 (64)

Lun265

IMPACTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

V. Hernández-Garza, K. M. Bastida-Guadarrama, Y. M. Velasco-Santiago, M. Vaca-García, D. B. Lorenzo-Valle, C. S. Tinitana-Jumbo, S. Camacho-Hernández, A. G. González-Rodríguez, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno del eje intestino-cerebro que afecta a 10 a 12% de la población y genera disminución de la productividad, aumento de los costos sanitarios y reducción de la calidad de vida. Los individuos infectados por *Helicobacter pylori* (HP) tienen un riesgo 1,68 veces mayor de padecer SII y se ha demostrado que la erradicación exitosa del HP mejora sus síntomas clínicos. Ambas enfermedades disminuyen la percepción subjetiva del bienestar por separado, pero no se ha evaluado su efecto simultáneo.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los pacientes con infección por HP (con y sin SII) y compararla con controles sanos.

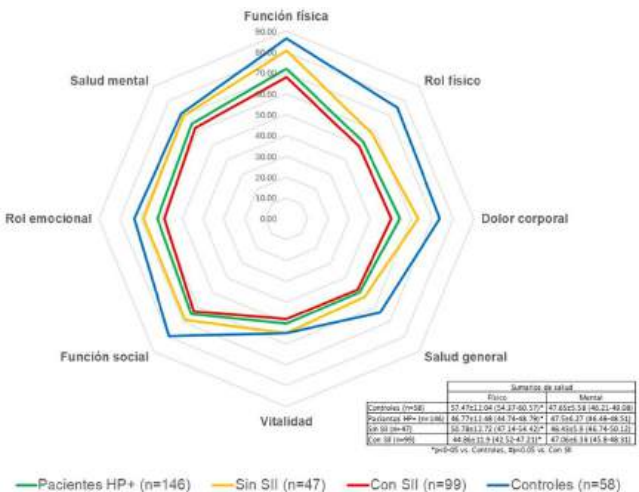
Material y métodos: Es un estudio observacional y prospectivo conducido entre mayo del 2024 y mayo del 2025. Se estudió a 146 pacientes con infección por HP (51,52 ± 11,73 [49,62-53,42], 75,34% de mujeres) diagnosticados por biopsia endoscópica y se aplicaron los criterios de Roma IV para SII. Se evaluó la calidad de vida a través del cuestionario SF-36 y se comparó con 58 controles sanos (37 ± 17,64 [32,46-41,54], 82,76% mujeres). Los datos expresan la media ± DE e IC95% o porcentajes, mientras que las diferencias estadísticas se evalúan con la prueba t de Student no pareada o la prueba ji cuadrada, según correspondiera (alfa = 0,05).

Resultados: Los pacientes infectados por HP fueron mayores que los controles sanos (p < 0,05), pero no hubo diferencia de edad entre los pacientes con SII (51,12 ± 11,53 años, 79,80% de mujeres) y sin SII (52,36 ± 12,09 años, 65,96% de mujeres), mientras que el sexo fue también similar entre los grupos (p > 0,05). Los subtipos de SII predominantes fueron: estreñimiento (45,45%), diarrea (39,39%), indeterminado (8,08%) y mixto (7,07%). No se detectaron diferencias en los síntomas indicativos de dispepsia entre los grupos con SII y sin SII (86,87% vs. 70,21%, respectivamente; p = 0,05). La prevalencia de diabetes (18,18% vs. 17,02%, respectivamente; p = 0,86) e hipertensión (21,28% vs. 24,24%, respectivamente; p = 0,69), ambas controladas en el momento de la endoscopia, no mostraron diferencias entre los pacientes con SII y sin SII. Comparados con los controles, se halló que los pacientes infectados con HP (con SII y sin SII) tenían puntuaciones reducidas en casi todos los dominios, excepto en vitalidad y rol emocional, además de que los pacientes con SII tenían puntuaciones aún más bajas en siete de los ocho dominios, tal y como se muestra en la **Figura 1**. Los pacientes con SII tenían puntuaciones más bajas en función física, rol físico, dolor corporal y salud mental que los pacientes sin SII. El componente físico mostró diferencias respecto de los controles y entre el grupo por SII, mientras que el componente mental no mostró diferencias entre grupos.

Conclusiones: Estos resultados muestran que la coinfección de HP y SII deteriora significativamente la calidad de vida, más que tener sólo HP. La presencia de SII es el principal determinante del deterioro, sobre todo en vitalidad, función social, rol físico y emocional. La posible relación entre el estado de inflamación crónica y los mecanismos cerebrales centrales tiene importantes implicaciones para el abordaje diagnóstico y terapéutico de estos pacientes. Estos resultados subrayan la necesidad de ofrecer una atención integral a los pacientes con infección por HP, en particular si presentan SII.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Figura 1. Calidad de vida (SF-36) en pacientes con infección por HP en comparación con la presencia o ausencia de SII. (Lun265)



Lun266

HIPERVIGILANCIA Y ANSIEDAD VISCERAL EN PACIENTES CON DISFAGIA Y TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS REFERIDOS A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

A. Triana-Romero, A. J. Berzunza-Casanova, R. M. Ruiz-Ravelo, M. A. González-Martínez, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La disfagia es el síntoma cardinal de los trastornos motores esofágicos, además de ser un dato de alarma en pacientes estudiados por enfermedad por reflujo gastroesofágico. La hipersensibilidad visceral es una respuesta incrementada a estímulos esofágicos normales o mínimos, mientras que la hipervigilancia implica una atención excesiva y ansiosa a las sensaciones esofágicas. Ambos fenómenos pueden incrementar la percepción de síntomas esofágicos, independientemente de la gravedad de la alteración motora subyacente. Taft *et al.* desarrollaron la Escala de hipervigilancia y ansiedad esofágica (EHAS), primer cuestionario para evaluar ambos componentes, que ya se validó en español y en la población mexicana.

Objetivo: Comparar el grado de hipervigilancia y ansiedad visceral percibido en pacientes evaluados por disfagia con trastornos motilidad esofágica en comparación de aquellos que no lo tienen.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y analítico; se obtuvieron datos clínicos y endoscópicos, y se aplicaron los cuestionarios de enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERDQ), el cuestionario breve de disfagia esofágica (BEDQ) y la EHAS en todos los pacientes con disfagia sometidos a manometría esofágica de alta resolución. Los diagnósticos de trastornos motores se establecieron conforme al consenso de Chicago versión 4.0. Se utilizó SPSS versión 25 para el análisis estadístico de los datos, y se empleó estadística descriptiva con porcentajes, medias y medianas, y para las diferencias entre los dos grupos de pacientes se calculó ji cuadrada, t de Student y U de Mann-Whitney.

Resultados: Del 01/06/2024 al 27/12/2024 se estudió a 90 pacientes, de los cuales se excluyó a 11. De los 75 pacientes evaluados, el 74,7% (n = 56) correspondió a mujeres, con edad promedio de 55 ± 14,4 años, y se hallaron comorbilidades en 61,3% (n = 46%), con algún trastorno psiquiátrico en 16,7% de los casos. La mayoría de los pacientes (53,3%, n = 40) se remitió por síntomas de reflujo gastroesofágico y disfagia y el resto por disfagia sola. Este síntoma se presentó con una mediana de 12 meses de evolución (intervalo, 7-48 meses). En la evaluación endoscópica, un 42,7% (n = 32) reveló algún grado de esofagitis y el más común fue el grado A (n = 16, 50%); asimismo, se documentó hernia hiatal en 62,7% de los individuos (n = 47). Al aplicar el cuestionario BEDQ, la mediana de puntuación fue de 12 (6-21 puntos) y la media del EHAS de 36,3 ± 12,6, con una media de 20,5 ± 9,2 en la subescala de ansiedad esofágica y una mediana de 16 (IQ 14-20) en hipervigilancia. Al realizar la manometría esofágica de alta resolución, sólo el 30,7% (n = 22) satisfizo criterios diagnósticos para algún trastorno de la motilidad, con la siguiente prevalencia: motilidad esofágica inefectiva (50%, n = 11), acalasia (36%, n = 8, porcentaje del cual 27,3% correspondió al tipo 2 [n = 6] y 9,1% al tipo 1 [n = 2]), contractilidad ausente (9,1%, n = 2) y esófago hipercontráctil (4,5%, n = 1). Al agrupar a los pacientes con trastorno motor y aquellos con motilidad esofágica normal, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los valores del cuestionario EHAS ni en las subescalas de hipervigilancia o de ansiedad visceral, tal y como se observa en la **Tabla 1**.

Conclusiones: No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de hipervigilancia ni ansiedad visceral en pacientes con disfagia y trastorno motor adjunto en comparación de pacientes sin alteraciones en motilidad esofágica evaluados en este centro.

Financiamiento: Este estudio se realizó con los recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tabla 1. (Lun266)

	Sin trastorno motor	Trastorno motor presente	Valor de p
Características clínicas	n = 53	n = 22	
Sexo femenino	39 (73,6%)	17 (77,3%)	0,738
Edad (años)	54 ± 14	59 ± 16	0,044**

IMC (kg/m ²)	27,3 (23,7-30,7)	25,5 (21,2-26,9)	0,043**
Evolución de disfagia (meses)	12 (7-36)	24 (8-48)	0,303
Pérdida ponderal (kg)	7 (5-10)	10 (8-15)	0,009**
Hallazgos endoscópicos			
Esofagitis	24 (45,3%)	8 (36,4%)	0,477
Hernia hiatal	36 (67,9%)	11 (50%)	0,144
Puntuación de cuestionarios			
GERD-Q	9 (6-11)	10 (6-10)	0,967
BED-Q	11 (6-19)	16 (9-22)	0,104
EHAS	37,6 ± 12,4	33,2 ± 12,9	0,172
- ESA	21,2 ± 9,04	18,6 ± 9,5	0,268
- EHV	17 (14-20)	16 (11-18)	0,135

GERD-Q, Cuestionario de enfermedad por reflujo gastroesofágico; BED-Q, Cuestionario breve de disfagia esofágica; EHAS, Escala de hipervigilancia y ansiedad esofágica; ESA, Escala de ansiedad esofágica; EHV, Escala de hipervigilancia visceral.

Lun267

FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

M. C. Alegria-Ovando, C. G. Solís-Hernández, F. Martínez-Rivera, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Grupo Colaborativo: Servicio de Gastroenterología y Oncología Médica, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es uno de los trastornos funcionales más comunes del sistema gastrointestinal. Se caracteriza por la presencia crónica de dolor o molestia abdominal, acompañado de alteraciones en el tránsito intestinal que pueden manifestarse como diarrea, estreñimiento o una combinación variable de ambos.

Objetivo: Determinar la frecuencia y las características de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con síndrome de intestino irritable.

Material y métodos: Se incluyeron los expedientes de pacientes mayores de 18 años de edad que cumplieran con criterios de Roma IV para el síndrome de intestino irritable, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga del 1 de enero al 31 de diciembre del 2024, que cumplieron criterios de inclusión. El tamaño de la muestra se estableció con 137 pacientes para obtener resultados estadísticamente representativos.

Resultados: Se analizaron 137 expedientes de pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) atendidos en el Hospital General de México durante el año 2024. La edad promedio fue de 49,1 años, con predominio del grupo de 40 a 59 años. El 70,1% correspondió a mujeres, en concordancia con lo informado en las publicaciones médicas internacionales. El subtipo más común fue el SII con predominio diarreico (SII-D, 53%), seguido del mixto (SII-M, 28%) y el de estreñimiento (SII-E, 19%). Los síntomas digestivos más frecuentes fueron dolor tipo cólico, distensión, evacuación incompleta y urgencia fecal, con un promedio de 2,8 episodios semanales y una intensidad media de 34,5 en la escala visual análoga. En cuanto a la salud mental, el 69% presentó ansiedad y el 42% depresión según la escala HADS. El subtipo SII-D fue el más vinculado con alteraciones emocionales, y fue significativa la diferencia en ansiedad ($p < 0,05$). Además, los pacientes con ansiedad o depresión refirieron mayor intensidad de los síntomas digestivos y mayor efecto funcional, según lo reflejan las puntuaciones elevadas en las escalas WPAI-IBS y WSAS, lo que sugiere un deterioro de la calidad de vida laboral, social y cotidiana.

Conclusiones: El estudio confirma que una proporción significativa de pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) sufre síntomas emocionales, como ansiedad y depresión, los cuales alteran negativamente su calidad de vida, incluso si no siempre alcanzan niveles clínicamente graves. Este malestar es más frecuente en pacientes con SII tipo diarrea, lo que sugiere que el subtipo clínico influye en el efecto psicológico. Estos hallazgos resaltan la importancia de incorporar el tamizaje emocional en la atención de pacientes con SII, ya que el enfoque exclusivamente digestivo resulta insuficiente. El SII debe entenderse como un trastorno

biopsicosocial, en el cual el abordaje integral, que incluya la dimensión emocional, es clave para mejorar el bienestar global del paciente.

Financiamiento: Ninguno.

Lun268

MEDIACIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES EN SUJETOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: COMPARACIÓN ENTRE MINORÍAS SEXUALES Y DE GÉNERO CONTRA CISGÉNERO HETEROSEXUALES

B. A. Priego-Parra, S. A. Reyes-Díaz, M. Amieva-Balmori, F. Lajud-Barquín, C. L. Dorantes-Nava, F. Higuera-De-la-Tijera, M. Vieyra-Vega, A. P. Vázquez-Cruz, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Las personas pertenecientes a minorías sexuales y de género (SGM, por sus siglas en inglés) suelen experimentar mayores síntomas gastrointestinales y malestar psicológico, atribuibles al estrés de las minorías.

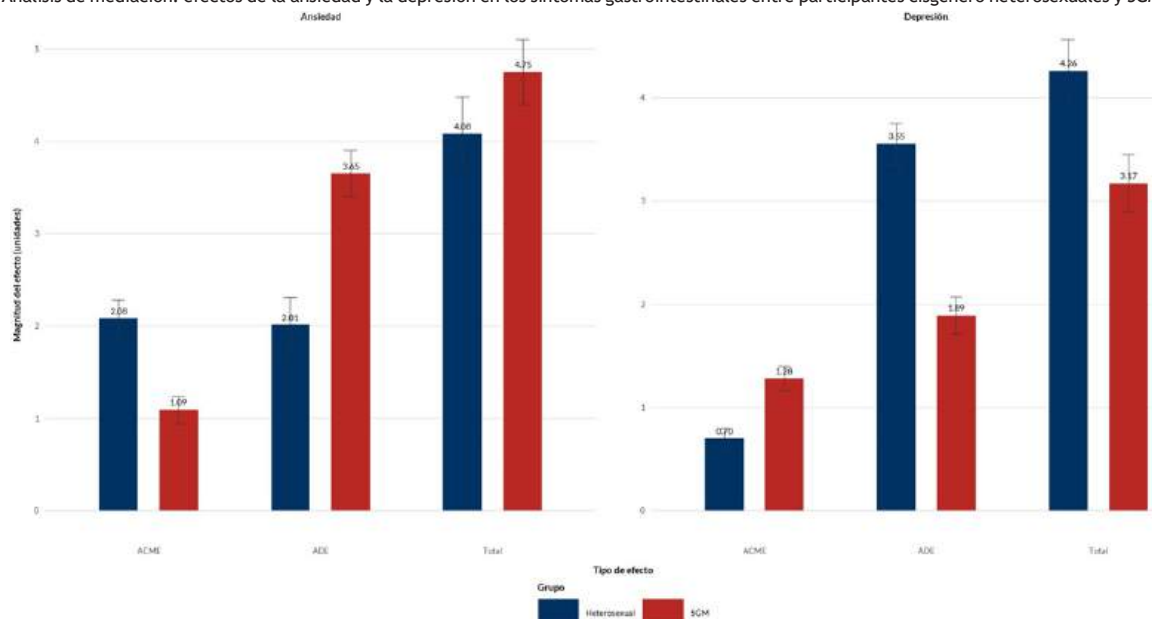
Objetivo: Comparar los efectos de la mediación de la ansiedad y la depresión en individuos SGM y en personas cisgénero heterosexuales con síndrome de intestino irritable (SII), así como en controles sanos.

Material y métodos: Estudio transversal y analítico realizado entre junio de 2021 y mayo de 2024. Todos los participantes completaron el Cuestionario Roma IV, el Índice de gravedad del SII (IBS-SSS) y la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). El análisis de mediación evaluó si la ansiedad (HADS-A) y la depresión (HADS-D) mediaban la relación entre el grupo poblacional (SGM vs. cisgénero heterosexual) y la intensidad de los síntomas gastrointestinales (IBS-SSS) en personas con SII. Se emplearon modelos de regresión lineal para determinar los efectos total, directo e indirecto. En particular se calcularon el efecto causal promedio de mediación (ACME), que representa la porción del efecto total atribuible al mediador (ansiedad o depresión), y el efecto directo promedio (ADE), correspondiente al efecto no explicado por el mediador. La suma del ACME y el ADE se informó como efecto total. También se calculó la proporción mediada para cada variable psicológica. Para comparar las diferencias entre subgrupos (SGM vs. cisgénero heterosexual) se aplicaron las pruebas t de Student independientes. Todos los análisis estadísticos se realizaron en R Studio versión 4.3.2, con un nivel de significancia establecido en $p < 0,05$.

Resultados: De los 1 424 participantes (mediana de edad, 22 años; rango intercuartílico [RIQ]: 20-26; 61% de mujeres), 478 (33,6%) cumplieron criterios para SII y 946 (66,4%) fueron controles sanos. Según la orientación sexual y la identidad de género (SOGI), 1 099 participantes (77,2%) se identificaron como cisgénero heterosexuales y 325 (22,8%) como SGM, con una distribución similar entre los grupos (22,8% vs. 23%). Entre los participantes con SII, las personas SGM registraron puntuaciones significativamente mayores de ansiedad (mediana: 11 [RIQ: 8-13] vs. 9 [RIQ: 6,2-12]; $p = 0,011$) y depresión (mediana: 7 [RIQ: 5-9] vs. 6 [RIQ: 4-8]; $p = 0,012$), en comparación con sus contrapartes cisgénero heterosexuales. En el análisis de mediación se observaron diferencias significativas en los efectos de la ansiedad. En personas cisgénero heterosexuales, el ACME fue de 2,08 unidades ($p = 0,0102$), el ADE de 2,01 unidades y el efecto total de 4,08 unidades. En participantes SGM, el ACME fue de 1,09 unidades ($p = 0,0102$), el ADE de 3,65, y el efecto total de 4,75 unidades. La mediación por ansiedad fue significativamente mayor en participantes cisgénero heterosexuales (ACME: 2,08 vs. 1,09; $p = 0,0102$). En cambio, para la depresión, el patrón fue inverso. Las personas SGM presentaron un ACME mayor (1,28 vs. 0,70; $p = 0,0112$), pero un ADE menor (1,89 vs. 3,55), lo que resultó en un efecto total de 3,17 unidades frente a 4,26 en participantes cisgénero heterosexuales. La mediación por depresión fue significativamente mayor en individuos SGM ($p = 0,0112$) (Figura 1).

Conclusiones: Los patrones distintos de mediación para ansiedad y depresión evidencian trayectorias psicológicas específicas según el grupo. Estos hallazgos destacan la necesidad de promover investigaciones inclusivas e interseccionales que consideren la orientación sexual y la identidad de género como factores determinantes en la expresión sintomática, con el fin de desarrollar intervenciones terapéuticas personalizadas y culturalmente sensibles.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Figura 1. Análisis de mediación: efectos de la ansiedad y la depresión en los síntomas gastrointestinales entre participantes cisgénero heterosexuales y SGM. (Lun268)

ADE, efecto directo promedio; ACME, efecto causal promedio de mediación; SGM, minorías sexuales y de género (por sus siglas en inglés).

Lun269

MANOMETRÍA ESOFÁGICA Y PH-IMPEDANCIA EN OBE-SOS: REPLANTEANDO LA EVALUACIÓN PREOPERATO-RIA BARIÁTRICA

A. Y. Ávila-Franco, Y. M. Escandón-Espinoza, K. D. López-García, G. Pérez-Roa, A. Osorio-Euán, J. C. Balderas-Ortega, V. R. Galán-Luna, Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia

Introducción: La obesidad se relaciona con mayor prevalencia de reflujo gastroesofágico (ERGE) y trastornos motores esofágicos, subdiagnosticados con frecuencia en la evaluación prequirúrgica para cirugía bariátrica (CB). Los estudios recientes revelan que las personas con obesidad pueden presentar alteraciones funcionales esofágicas, incluso sin síntomas ni hallazgos endoscópicos relevantes, posiblemente debido a la elevación de la presión intraabdominal. Además, se ha observado un aumento de trastornos motores esofágicos tras la cirugía bariátrica. Sin embargo, dado que la manometría esofágica de alta resolución (HRM) y la pH-impedancia de 24 horas no se emplean sistemáticamente en la evaluación previa, se desconoce si dichas alteraciones estaban presentes antes de la intervención. Por lo tanto, estas herramientas podrían ser útiles para la evaluación preoperatoria con el fin de mejorar la toma de decisiones terapéuticas y evitar complicaciones.

Objetivo: Describir los hallazgos de la HRM y pH-impedancia de 24 h en los pacientes con obesidad en protocolo para realización de cirugía bariátrica.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal. Se incluyó a adultos con obesidad seleccionados para el tratamiento con CB, que fueron enviados al área de endoscopia gastrointestinal para la realización de panendoscopia, durante el periodo de enero a julio del 2025. Con posterioridad, todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio fueron objeto de una HRM con base en los lineamientos de Chicago v4.0 y pH-impedancia de 24 h de acuerdo con los criterios establecidos por el consenso de Lyon 2.0. Se excluyó a los pacientes que no toleraron la colocación de la sonda durante el estudio y no suspendieron los fármacos inhibidores de la bomba de protones (IBP). Para la descripción de los hallazgos se utilizaron medidas de tendencia central y cálculo de frecuencias.

Resultados: Se incluyó a 18 pacientes, con predominio del sexo femenino (88,9%, 16) y edad media de 48,7 años. Los síntomas gastrointestinales más frecuentes fueron pirosis en el 61,1% (11), regurgitación en 44,4% (8) y globo faríngeo también en 44,4% (8). Los hallazgos endoscópicos más comunes fueron esofagitis de grado A de Los Ángeles en el 22,7% (5), gastropatía

folicular y crónica en 22,2% (4) y hernia hiatal en el 16,7% (3). En relación con los hallazgos de la pH-impedancia, la media del tiempo de exposición (AET) fue del 6,3% y la impedancia basal nocturna (MNBI) promedio de 1 700 ohmios. Se diagnosticó ERGE en 50% (9) de los pacientes, de los cuales la media de AET fue de 10,4% y el promedio de MNBI de 1 400 ohmios. Se identificó también 27,7% (5) con esófago hipersensible. Del total, el 44,4% (8) reveló trastornos motores esofágicos; la obstrucción del tracto de salida se reconoció en el 27,8% (5) y el esófago hipercontráctil en 16,7% (3), de los cuales sólo dos pacientes refirieron disfagia. La presión de relajación integrada (IRP) promedio en decúbito fue de 12,5 mmHg y en sedestación de 9,7 mmHg. El tipo de unión esofagogástrica más frecuente fue el tipo 2 en 44,4% (8), seguida del tipo 1 con 38,9% (7) y el tipo 3 en 16,7% (3).

Conclusiones: Este estudio mostró una elevada frecuencia de reflujo patológico en pacientes con obesidad, sin correspondencia en todos los casos con los hallazgos endoscópicos. La manometría permitió identificar alteraciones motoras relevantes y evidenció que los valores de IRP pueden estar aumentados en obesos en posición primaria en decúbito, debido a la presión intraabdominal, sin representar una verdadera obstrucción. Estos resultados confirman que la evaluación funcional esofágica aporta información relevante para la toma de decisiones. Incorporar manometría y pH-impedancia en el protocolo prequirúrgico podría mejorar la selección del tratamiento quirúrgico y reducir el riesgo de síntomas persistentes o complicaciones tras la cirugía.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun270

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL DE PACIENTES CON ONDAS ANALES ULTRALENTAS MEDIANTE MANOMETRÍA ANORRECTAL DE ALTA DEFINICIÓN

L. Bolio-Lavalle, S. P. Mendivil-Sáenz, M. Suárez-Fernández, K. D. González-Gómez, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Grupo Colaborativo: Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Las ondas anales ultralentas (OAUL) son patrones de actividad motora caracterizados por oscilaciones de muy baja frecuencia y gran amplitud en el canal anal. Wankling las describió por primera vez en 1968 como “cambios lentos y prolongados en la línea de base”, con frecuencias de 1 a 2 ciclos por minuto y amplitudes de 200 a 2 000 microvoltios. Los estudios posteriores han registrado frecuencias de 0,5 a 3 ciclos por minuto

y amplitudes > 18 mmHg, hasta alcanzar 74 mmHg. Aunque su presencia es rara en sujetos sanos (~5%), se ha observado con mayor frecuencia en pacientes con estreñimiento crónico (56%-80%), hemorroides (8%-45%) y fisura anal crónica (69%-86%). Sin embargo, la evidencia sobre su relevancia clínica y fisiopatológica es todavía limitada y la mayoría de los estudios se ha realizado con manometría convencional o sistemas de perfusión.

Objetivo: Evaluar el perfil clínico y funcional de los pacientes en quienes se detectaron OAUL mediante manometría anorrectal de alta definición (3D-HDAM), con el fin de aportar evidencia que contribuya a esclarecer su papel en los trastornos funcionales del piso pélvico.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en el cual se revisaron todas las 3D-HDAM (Medtronic) realizadas en esta institución del 1 de enero de 2023 al 30 de junio de 2025 a pacientes referidos para el estudio de trastornos anorrectales. La 3D-HDAM se efectuó de acuerdo con el protocolo de Londres. Se compararon las características demográficas, clínicas y manométricas de aquellos pacientes con presencia de OAUL (amplitud > 18 mmHg, frecuencia < 2 por minuto) durante la 3D-HDAM contra los pacientes que no tuvieron OAUL. Las variables numéricas se analizaron con la prueba t de Student para varianzas desiguales y las variables categóricas con ji cuadrada o prueba exacta de Fisher. Se aplicó corrección de Bonferroni para múltiples comparaciones. Se realizó regresión logística multivariada u se eliminaron predictores problemáticos (colinealidad o falta de varianza) para identificar factores relacionados con la presencia de ondas ultralentas.

Resultados: Se incluyó a un total de 141 pacientes, 27 con OAUL y 114 pacientes sin OAUL durante el estudio. Los pacientes con OAUL tuvieron significativamente mayor prevalencia de estreñimiento y proctalgia. Las ondas ultralentas se vincularon con mayor presión anal en reposo ($p < 0,001$), mayor longitud de la zona de alta presión ($p < 0,001$), menor frecuencia de incontinencia fecal ($p < 0,001$) y mayor prevalencia de trastornos del tono y contractilidad (Tabla 1).

Conclusiones: De acuerdo con estos resultados, las ondas ultralentas podrían representar una expresión de hiperactividad neuronal o disincronía del esfínter anal interno, lo que favorece patrones obstructivos funcionales como el estreñimiento y la proctalgia, pero reduce la propensión a la incontinencia. Su identificación mediante manometría puede aportar información diagnóstica relevante y tener implicaciones terapéuticas al orientar hacia tratamientos más específicos como la toxina botulínica o la neuromodulación.

Financiamiento: Este estudio no contó con financiamiento.

Tabla 1. Resultados con p significativa. (Lun270)			
Variable	Sin OAUL (n = 114)	Con OAUL (n = 27)	p =
Indicaciones			
• Estreñimiento (n, %)	49 (43%)	24 (88%)	0,0001
• Proctalgia	11 (10%)	8 (30%)	0,01
• Incontinencia fecal	68 (59,6%)	6 (25%)	0,001
Parámetros manométricos			
• Presión máxima en reposo (mmHg)	54,00 ± 27,88	100,78 ± 23,56	< 0,001
• Presión anal durante maniobra de tos (mmHg)	82,44 ± 40,63	120,40 ± 28,48	< 0,001
• Longitud de zona de alta presión (cm)	2,55 ± 0,73	3,16 ± 0,64	0,003
• Prueba de expulsión con balón (segundos)	22,3 ± 19	36,17 ± 23	< 0,001
Trastornos de acuerdo con la clasificación de Londres			
○ Hipotensión	88 (77,2%)	7 (25,9%)	< 0,001
○ Hipertensión	8 (7%)	11 (40,7%)	< 0,001
○ Hipocontractilidad	92 (80,7%)	12 (44,4%)	< 0,001
○ Expulsión anormal con patrón normal	4 (3,5%)	4 (14,8%)	0,045

Lun271

ASOCIACIÓN ENTRE DISINERGIA DEFECATORIA Y SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES MEXICANOS EVALUADOS POR TRASTORNOS DE LA DEFECACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, A. Vela-Torres, A. G. Salmerón-Téllez, A. J. Iberri-Jaime, M. A. Díaz-Castro, J. A. Villanueva-Herrero, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF) son enfermedades complejas caracterizadas por síntomas gastrointestinales, desprovistos de una afección orgánica subyacente, pero que no excluyen su vinculación con síndromes orgánicos. La disinergia defecatoria se detecta en el 27 al 59% de los pacientes y una superposición con tránsito colónico lento y síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento (SII) se ha descrito en el 3 al 47% de estos pacientes.

Objetivo: Evaluar la relación entre disinergia defecatoria y síndrome de intestino irritable en pacientes con trastornos de la defecación.

Material y métodos: Se estudió a 45 pacientes evaluados por trastornos de la defecación en la consulta externa de los servicios de coloproctología y gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga de enero del 2022 a diciembre del 2024. Los casos se definieron como pacientes con diagnóstico de disinergia defecatoria según manometría anorrectal y los controles como pacientes sin disinergia defecatoria, con síntomas similares y estudio manométrico que descartó disinergia. Tipo de estudio: analítico, observacional, retrospectivo de corte transversal y de tipo casos y controles. Variables analizadas: sociodemográficas (como edad y sexo), clínicas (como antecedentes quirúrgicos, comorbilidades, criterios de SII) y funcionales (como tipo de patrón manométrico, sensibilidad rectal, antecedente de corrección quirúrgica de alteraciones anatómicas, y gravedad por puntuación en la escala de Wexner). Análisis estadístico: tamaño muestral de 45 pacientes (31 casos y 14 controles) seleccionados consecutivamente. El análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central y dispersión, frecuencia absoluta y relativa. La comparación entre grupos se llevó a cabo con la prueba t de Student con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a un total de 45 pacientes con trastornos de la defecación, de los cuales 31 (68,9%) presentaban disinergia defecatoria (casos) y 14 (31,1%) no (controles). La edad media fue de $51,8 \pm 13,6$ años, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($52,6 \pm 13,1$ vs. $50,3 \pm 14,5$ años, $p = 0,61$). La mayoría de los pacientes correspondió a mujeres (66,7%), con distribución similar en ambos grupos (67,7% en casos vs. 64,3% en controles, $p = 0,81$). En relación con el diagnóstico de síndrome de intestino irritable (SII) se identificó una mayor frecuencia en el grupo con disinergia (58,1%, $n = 18$) en comparación con el grupo control (28,6%, $n = 4$), diferencia que alcanzó significancia estadística ($p = 0,049$). El análisis de regresión logística mostró que los pacientes con SII tenían una *odds ratio* (OR) cruda de 3,49 (IC95%, 0,93-13,1) para presentar disinergia. En cuanto a la gravedad del estreñimiento, evaluada mediante la escala de Wexner, los pacientes con disinergia registraron una puntuación significativamente más alta ($13,4 \pm 6,1$ vs. $8,2 \pm 4,3$; $p = 0,007$), lo cual indica una mayor afectación funcional. Respecto de los hallazgos funcionales adicionales, la hipersensibilidad rectal se observó en el 35,5% de los casos frente al 28,6% de los controles ($p = 0,65$), y el antecedente de corrección quirúrgica de alteraciones anatómicas, como rectocele o prolapso rectal, fue del 25,8% en los casos y del 21,4% en los controles ($p = 0,74$), sin diferencias estadísticamente significativas (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de las características clínicas y funcionales entre pacientes con disinergia defecatoria y sin ella. (Lun271)			
Variable	Pacientes con disinergia defecatoria (n = 31)	Pacientes sin disinergia defecatoria (n = 14)	Valor de p
Edad media (años)	52,6 ± 13,1	50,3 ± 14,5	0,61
Mujeres (%)	67,7%	64,3%	0,81
SII (%)	58,1% (n = 18)	28,6% (n = 4)	0,049*
Wexner (media)	13,4 ± 6,1	8,2 ± 4,3	0,007*
Hipersensibilidad rectal (%)	35,5%	28,6%	0,65
Antecedente de corrección quirúrgica de rectocele/prolapso (%)	25,8%	21,4%	0,74

Conclusiones: Existe una relación sugerente entre disinergia defecatoria y síndrome de intestino irritable. Se recomienda realizar estudios funcionales en pacientes con SII persistente para personalizar el abordaje terapéutico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun272

IDENTIFICACIÓN DE LOS SUBTIPOS DE DISINERGIA DEFECATORIA EN UNA POBLACIÓN MEXICANA EVALUADA POR TRASTORNOS DE LA DEFECACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, A. Vela-Torres, A. G. Salmerón-Téllez, A. J. Iberri-Jaime, M. A. Díaz-Castro, J. A. Villanueva-Herrero, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La disinergia defecatoria (DD) es un trastorno funcional del piso pélvico caracterizado por una alteración de la coordinación de los músculos anorrectales durante la evacuación. Se reconocen diferentes patrones de disinergia que se han clasificado con base en los hallazgos manométricos según criterios de la clasificación de Rao (tipo I-IV). Cada subtipo posee características distintas que pueden tener implicaciones diagnósticas y terapéuticas diferentes.

Objetivo: Identificar la distribución de los subtipos de disinergia defecatoria según la clasificación manométrica en pacientes evaluados por trastornos de la defecación.

Material y métodos: Se estudió a 45 pacientes evaluados por trastornos de la defecación en la consulta externa de coloproctología del Hospital General de México Eduardo Liceaga de enero de 2022 a diciembre de 2024. Tipo de estudio: descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Variables analizadas: sociodemográficas (como edad y sexo), clínicas (como antecedente quirúrgico, comorbilidades, criterios de SII) y funcionales (como tipo de patrón manométrico, subtipo de disinergia [I a IV], sensibilidad rectal, antecedente de corrección quirúrgica de alteraciones anatómicas previas, y gravedad por puntuación en la escala de Wexner). En el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva: mediana e intervalo intercuartílico para variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.

Resultados: De un total de 45 pacientes evaluados por trastornos de la defecación, 31 (68,9%) se diagnosticaron con disinergia defecatoria mediante manometría anorrectal. Entre estos casos, la distribución de los subtipos manométricos fue: disinergia tipo I en 12 (38,7%), tipo II en 7 (22,6%), tipo III en 6 (19,4%) y tipo IV en 6 (19,4%). La edad media de los pacientes con disinergia fue de 52,6 ± 13,1 años, y el 67,7% correspondió a mujeres. En relación con la gravedad del estreñimiento, evaluada mediante la escala de Wexner, se observó una puntuación media global de 13,4 ± 6,1. Al analizar por subtipo, los pacientes con disinergia tipo I registraron los valores más elevados (14,6 ± 5,2), seguidos por los subtipos II (13,1 ± 6,0), III (12,7 ± 7,3) y IV (11,8 ± 6,8). El diagnóstico de síndrome de intestino irritable (SII) estuvo presente en el 58,1% (n = 18) de los pacientes con disinergia. Éste fue más frecuente en los subtipos I (66,7%) y II (57,1%) que en los subtipos III (50%) y IV (33,3%). Respecto de otros hallazgos funcionales, se identificó hipersensibilidad rectal en 11 individuos con disinergia (35,5%). El antecedente de corrección quirúrgica de rectocele o prolapso rectal se notificó en 8 (25,8%) casos (Tabla 1).

Conclusiones: La disinergia tipo I fue el subtipo más frecuente en esta cohorte. Se observó una tendencia a mayor prevalencia de SII en los subtipos I y II. La identificación precisa del subtipo podría ser útil para personalizar estrategias terapéuticas como la biorretroalimentación enfocada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Distribución y características clínicas de acuerdo con subtipo de disinergia defecatoria. (Lun272)

Subtipo	n (%)	Wexner media ± DE	SII (%)	Hipersensibilidad/ antecedente corrección prolapso rectal (%)
Tipo I	12 (38,7%)	14,6 ± 5,2	66,7%	33% / 25%
Tipo II	7 (22,6%)	13,1 ± 6,0	57,1%	29% / 29%
Tipo III	6 (19,4%)	12,7 ± 7,3	50,0%	17% / 17%
Tipo IV	6 (19,4%)	11,8 ± 6,8	33,3%	17% / 17%

Lun273

HIPERVIGILANCIA Y ANSIEDAD VISCERAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

A. J. Berzunza-Casanova, A. Triana-Romero, R. M. Ruiz-Ravelo, M. A. González-Martínez, Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Los síntomas esofágicos son frecuentes en la población general, especialmente en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). No obstante, la correlación entre estos síntomas y los episodios de reflujo documentados mediante pH-metría no siempre es clara. Los pacientes con trastornos conductuales subyacentes refieren más síntomas ante estímulos esofágicos menores, lo que se denomina hipersensibilidad esofágica, y otros presentan una vigilancia excesiva de las sensaciones esofágicas, lo que se denomina hipervigilancia. Taft *et al.* desarrollaron la Escala de hipervigilancia y ansiedad esofágica (EHAS), herramienta que recientemente se validó en la población hispanohablante. Sin embargo, en México la información sobre este tema es limitada.

Objetivo: Comparar los grados de hipervigilancia e hipersensibilidad visceral en pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico evaluados mediante pH-metría-impedancia de 24 h, y diferenciar entre aquéllos con diagnóstico confirmado de ERGE y aquéllos con resultado negativo.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y analítico en pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico sometidos a pH-metría-impedancia de 24 h. Se recolectaron datos clínicos y endoscópicos, y se aplicaron los cuestionarios GERDQ, BEDQ y EHAS. El diagnóstico de ERGE se estableció según los criterios del consenso de Lyon 2.0. En casos con tiempo de exposición al ácido no concluyente, se consideró ERGE confirmado si coexistían síntomas cardinales, > 80 episodios de reflujo y una impedancia basal nocturna < 1 500 ohmios. El análisis estadístico se realizó con SPSS V25, mediante estadística descriptiva, ji cuadrada, t de Student y U de Mann-Whitney, según correspondiera.

Resultados: Del 01/06/2024 al 27/12/2024 se estudió a 61 pacientes, de los cuales se excluyó a dos. De los 59 casos evaluados, el 79,7% (n = 49) correspondió a mujeres, con edad promedio de 57 ± 12,8 años y 55,9% (n = 33%) presentaba comorbilidades, las más frecuentes de las cuales fueron la hipertensión arterial (27,1%, n = 16) y la diabetes tipo 2 (15,3%, n = 9). Hasta 89,8% (n = 53) se remitió por síntomas típicos de reflujo: la pirosis (84,7%, n = 50) fue más prevalente que la regurgitación (79,7%, n = 47). Casi todos los pacientes habían recibido IBP en las últimas cuatro semanas (89,8%, n = 53). En la evaluación endoscópica, sólo el 25,4% de los casos sufrió esofagitis, proporción de la cual el 73,3% (n = 11) fue de grado A por la clasificación de Los Ángeles; y se documentó hernia hialal en 62,7% (n = 37) de los estudios. Con la aplicación del cuestionario GERDQ se obtuvo una media de 8,98 ± 3,4 puntos, con un 71,2% de pacientes que registró ≥ 8 puntos. Con el cuestionario EHAS se obtuvo un promedio de 34,2 ± 13 puntos a nivel global, con una media de 18,56 ± 8,9 puntos en la subescala de sensibilidad/ansiedad y 15,6 ± 5,9 en la subescala de hipervigilancia esofágica. Al evaluar los resultados de pH-metría se confirmó la presencia de reflujo ácido patológico en 39% de los casos (n = 23), una mediana de tiempo de exposición al ácido de 4% (IQ 1,5-7,1). Con lo anterior se compararon las puntuaciones del cuestionario EHAS entre pacientes con reflujo gastroesofágico establecido por pH-metría como se describe en la Tabla 1.

Tabla 1. (Lun273)

	pH-metría positiva a reflujo	pH-metría negativa a reflujo	Valor de p
Características clínicas	n = 23	n = 36	
Sexo femenino	19 (82,6%)	28 (77,7%)	0,749
Edad (años)	60,9 ± 10,2	54,6 ± 13,8	0,67
IMC (kg/m²)	27,3 (23,7-30,7)	27,7 ± 4,4	0,827
Pirosis	21 (91,3%)	29 (80,6%)	0,460
Regurgitación	21 (91,3)	26 (72,2%)	0,103

Hallazgos endoscópicos			
Esofagitis	4 (17,4%)	11 (30,6%)	0,361
Hernia hiatal	12 (52,2%)	25 (69,4%)	0,270
Puntuación de cuestionarios			
GERD-Q	9,26 ± 3,4	8,81 ± 9,2	0,869
EHAS	35,78 ± 12,5	33,2 ± 13,3	0,719
- ESA	18,7 ± 8,5	18,4 ± 9,0	0,648
- EHV	17 ± 5,5	14,81 ± 6,0	0,565
Hallazgos pH-metría			
TEA total (%)	6,2 (48-11,2)	1,95 (0,75-4)	0,0001*
No. episodios de reflujo	56 (53-138)	47 (31-71)	0,022*
De Meester	19,7 (27,1-18,4)	10,6 (4,5-16,4)	0,0001*
Impedancia basal nocturna (ohmios)	1090 (770-2220)	2345 (1560-3350)	0,025*

GERD-Q, Cuestionario de enfermedad por reflujo gastroesofágico; BED-Q, Cuestionario breve de disfagia esofágica; EHAS, Escala de hipervigilancia y ansiedad esofágica; ESA, Escala de ansiedad esofágica; EHV, Escala de hipervigilancia visceral. *Autoría propia.

Conclusiones: No hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del cuestionario EHAS en pacientes con reflujo gastroesofágico establecido por pH-metría respecto de los pacientes sin evidencia de reflujo gastroesofágico estudiados en este centro.

Financiamiento: El presente estudio se realizó con los recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Lun274

NÚMERO TOTAL DE SÍNTOMAS COMO PREDICTOR NEGATIVO DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON ERUCTOS SUPRAGÁSTRICOS

K. D. González-Gómez, K. R. García-Zermeño, G. P. Martínez-Pérez, F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, S. P. Mendivil-Sáenz, L. Bolio-Lavalle, H. R. Ordaz-Álvarez, J. M. Remes-Troche, Grupo Colaborativo: Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana; Laboratorio de Motilidad

Introducción: Los eructos supragástricos (ESG) son un trastorno funcional del tracto gastrointestinal superior caracterizado por la entrada rápida y voluntaria de aire a través de la faringe, seguida de su expulsión sin alcanzar el estómago. Su fisiopatología incluye mecanismos conductuales aprendidos y se relaciona con deterioro de la calidad de vida y comorbilidades psicológicas como la ansiedad. La pH-impedancia es el estándar diagnóstico para diferenciar ESG de eructos gástricos (EG) y establecer su relación con síntomas como pirosis o regurgitación. Sin embargo, el análisis puede ser demandante cuando se notifican múltiples síntomas mediante el botón de evento. No existen umbrales clínicos objetivos que orienten sobre el número de síntomas más allá del cual la probabilidad de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) sea baja. Establecer este punto de corte podría optimizar la interpretación de los estudios.

Objetivo: Determinar si existe un número de síntomas informados durante la pH-impedancia de 24 horas a partir del cual la probabilidad de ERGE sea < 5% en pacientes con ESG excesivos.

Material y métodos: Análisis ambispectivo de un centro de referencia. Se incluyó a pacientes entre 2014 y 2025, ≥ 18 años, con diagnóstico de ESG excesivos, confirmado por impedancia. Se recolectaron número total de síntomas notificados (pirosis, regurgitación, dolor torácico, tos, eructos) y diagnóstico de ERGE según criterios de Lyon 2.0. Se calculó la proporción de pacientes con ERGE para distintos puntos de corte del número total de síntomas y se generó una curva ROC. Se informaron sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) para múltiples umbrales.

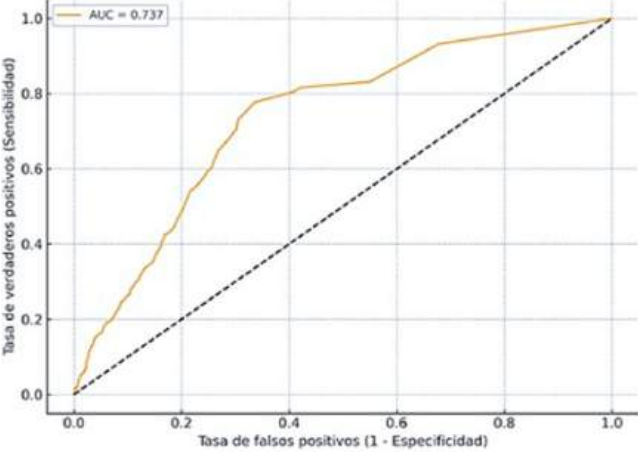
Resultados: Se analizó a 543 pacientes con diagnóstico de ESG excesivos. La mediana del número total de síntomas registrados durante la pH-impedancia

de 24 h fue de 3 (RIQ, 1-9), con un intervalo de 0 a 87 episodios por paciente. El diagnóstico de ERGE estuvo presente en 162 pacientes (7,1%). Se observó una disminución progresiva de la proporción de pacientes con ERGE conforme aumentaba el número total de síntomas informados. En el subgrupo de pacientes que refirieron ≥ 25 síntomas, la proporción de casos con diagnóstico positivo de ERGE fue menor al 5%. La curva ROC (Figura 1) construida para evaluar la utilidad del número total de síntomas como predictor de ERGE mostró un área bajo la curva (AUC) de 0,73. El punto de corte óptimo según el índice de Youden fue ≥ 1 síntoma informado, a partir del cual la probabilidad de ERGE disminuyó significativamente. Se calcularon sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para diversos umbrales de síntomas.

Conclusiones: En pacientes con ESG excesivos, el número total de síntomas notificados se relaciona inversamente con la probabilidad de ERGE. Estos hallazgos sugieren que un alto número de episodios, en ausencia de respaldo fisiológico, podría reflejar hipervigilancia o un comportamiento aprendido, más que reflujo verdadero. El uso de un umbral como ≥ 25 síntomas podrían ayudar a racionalizar el análisis de estudios complejos, sin omitir diagnósticos clínicamente relevantes. El AUC de 0,73 indica capacidad diagnóstica moderada. Si bien el punto de corte óptimo fue ≥ 1 síntoma, los umbrales altos permiten identificar a pacientes con muy baja probabilidad de ERGE. En sujetos con ESG excesivos, un mayor número de síntomas informados se vincula con menor probabilidad de ERGE. La curva ROC identificó ≥ 1 síntoma como punto de corte con buen desempeño como predictor negativo. Específicamente, ≥ 25 síntomas notificados podrían representar un criterio útil para considerar baja probabilidad de ERGE y priorizar la interpretación clínica en dichos casos. Estos hallazgos deben validarse de forma prospectiva.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Curva ROC del número total de síntomas como predictor de ERGE AUC = 0,73 (capacidad moderada de discriminación). (Lun274)



Lun275

CARACTERIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS ESOFÁGICOS DE LA INTERACCIÓN CEREBRO-INTESTINO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Toledo-Galván, D. E. Espinoza-López, F. Y. Vargas-Durán, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los trastornos esofágicos de la interacción del eje cerebro-intestino (TEICI) se caracterizan por la presencia de síntomas esofágicos sin evidencia de alteraciones estructurales en estudios endoscópicos. El diagnóstico se basa en criterios clínicos definidos por Roma IV, los cuales permiten identificar estas entidades, frecuentemente vinculadas con comorbilidades psicológicas, como ansiedad y depresión. En México, la epidemiología de estas anomalías aún no se ha establecido claramente, lo que limita la implementación de estrategias diagnósticas y terapéuticas adecuadas. Este estudio busca caracterizar el cuadro clínico de pacientes con TEICI atendidos en un hospital de tercer nivel, con el objetivo de aportar evidencia local que facilite su reconocimiento y tratamiento oportuno.

Objetivo: Describir las características clínicas y la presencia de comorbilidades psicológicas y de la interacción cerebro-intestino en pacientes con TEICI.

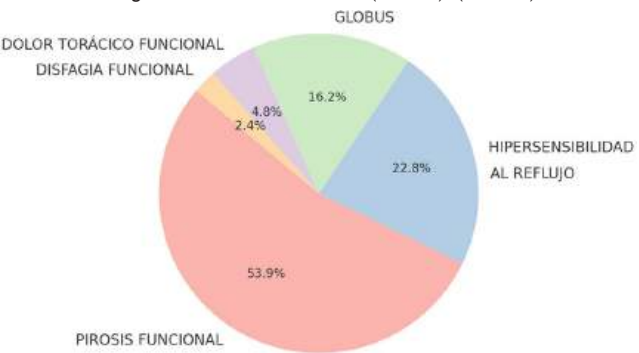
Material y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con síntomas esofágicos persistentes, sin evidencia de afectación estructural en endoscopia, atendidos en la consulta externa de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga entre enero de 2021 y diciembre de 2024. El diagnóstico se estableció con base en los criterios clínicos de Roma IV. Se recolectaron variables clínicas como edad, sexo, duración de los síntomas, síntoma predominante y comorbilidades psicológicas.

Resultados: Durante el periodo de estudio se atendió a 5 800 pacientes en la consulta externa de gastroenterología. De este total, 167 pacientes (2,9%) recibieron diagnóstico de algún TEICI. La edad promedio fue de 48,5 años y la duración media de los síntomas fue de 26,1 meses. El síntoma principal observado fue pirosis (55,7%), seguido por regurgitación (22,2%) y globus (15%). De acuerdo con los criterios de Roma IV, los diagnósticos más frecuentes fueron pirosis funcional (53,9%), hipersensibilidad al reflujo (22,8%) y globus (16,2%) (Figura 1). Respecto de las comorbilidades psicológicas, se identificó que 86 pacientes (51,5%) presentaban algún diagnóstico psiquiátrico o trastorno adjunto, los más frecuentes de los cuales fueron la ansiedad generalizada y la depresión mayor, ambos con una prevalencia del 23,4%. También se informaron diagnósticos menos prevalentes como fibromialgia (2,4%), trastorno límite de la personalidad (0,6%) y trastorno conversivo (0,6%). En lo referente a la coexistencia de otros trastornos de la interacción cerebro-intestino (TICI), se observó que 121 pacientes (72,5%) tenían al menos un diagnóstico gastrointestinal adicional al trastorno esofágico, en especial la dispepsia funcional y el síndrome de intestino irritable (SII) en sus diferentes variantes clínicas. Asimismo, 24 pacientes (14,4%) presentaban, además del TEICI, dispepsia funcional y SII, lo que indica una sobreposición clínica importante.

Conclusiones: Este estudio confirma una prevalencia considerable (2,9%) en el ámbito ambulatorio especializado de los TEICI. La aplicación de herramientas diagnósticas estandarizadas, como los criterios de Roma IV, facilita una identificación más precisa y favorece un abordaje terapéutico integral. Los resultados obtenidos respaldan el concepto de continuidad funcional a lo largo del tracto digestivo, con énfasis en la necesidad de una evaluación sistemática y detallada de los síntomas. El reconocimiento de la coexistencia de TICI tiene implicaciones terapéuticas relevantes, dado que estos pacientes suelen beneficiarse de un enfoque multidimensional centrado en el eje cerebro-intestino.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Distribución de los trastornos esofágicos de la interacción cerebro-intestino según los criterios de Roma IV (n = 167). (Lun275)



Lun276

CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS CLÍNICOS, MANOMÉTRICOS Y DE PH-METRÍA CON IMPEDANCIA EN PACIENTES CON ESOFAGITIS GRADO “A” SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LOS ÁNGELES

Y. J. Cruz-Ramírez, A. L. Desales-Iturbe, Y. Zamorano-Orozco, Centro Médico, Hospital 20 de Noviembre ISSSTE

Introducción: La esofagitis de grado A, según la clasificación de Los Ángeles, representa la forma más leve de esofagitis erosiva, caracterizada por erosiones

menores de 5 mm limitadas a los pliegues mucosos. Aunque su presentación es sutil, puede acompañarse de síntomas relevantes, como pirosis y regurgitación. Las pruebas funcionales, como la manometría esofágica de alta resolución (HRM) y la pH-metría con impedancia de 24 h, son herramientas clave para evaluar la fisiopatología del reflujo gastroesofágico (ERGE) en estos pacientes y su efecto motor.

Objetivo: Describir y correlacionar los hallazgos manométricos y de pH-metría con impedancia en pacientes con diagnóstico endoscópico de esofagitis de grado A, tras evaluar la relación entre motilidad esofágica y exposición al ácido.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se incluyó a 61 pacientes con diagnóstico endoscópico de esofagitis de grado A entre enero de 2022 y junio de 2025, atendidos en el Hospital Núm. 1 Carlos MacGregor del IMSS. Todos fueron evaluados mediante manometría esofágica de alta resolución y pH-metría con impedancia. Se recolectaron variables clínicas, antropométricas, farmacológicas y funcionales. El análisis estadístico incluyó ji cuadrada, prueba de Fisher y correlación de Spearman. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: De los 61 pacientes, 41 (67,2%) fueron mujeres y 20 (32,8%) hombres. El grupo etario más frecuente fue de 61 a 70 años (32,8%). Según el IMC, 23 (37,7%) presentaban sobrepeso y 13 (21,3%) obesidad grado I. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (36,1%), seguida de alteraciones crónicas como artritis reumatoide, EPOC e insuficiencia venosa (18,0%). En cuanto al tratamiento, el 68,9% recibía inhibidores de la bomba de protones (IBP) y el 39,3% procinéticos. En la manometría esofágica, 11 (18,0%) pacientes tenían motilidad inefectiva y 2 (3,3%) esófago hipercontráctil (Tabla 1). La pH-metría con impedancia mostró diagnóstico de ERGE en 35 pacientes (57,4%), pirosis funcional en 11 (18,0%) e hipersensibilidad al reflujo en 11 (18,0%). Se identificó una correlación significativa entre la integral contráctil distal (DCI) y el número total de episodios de reflujo ($p < 0,005$), así como entre alteraciones manométricas y diagnóstico de ERGE por pH-metría ($p < 0,001$). Además, se halló una relación entre la hernia hiatal y la ERGE ($p = 0,0012$).

Conclusiones: Los pacientes con esofagitis de grado A sufren alteraciones funcionales esofágicas relevantes, a pesar de tratarse de una forma leve de la ERGE. Se observó alta frecuencia de motilidad esofágica inefectiva y exposición ácida anormal. Los hallazgos funcionales mostraron correlación significativa, lo que sugiere una interacción entre la motilidad esofágica y el reflujo ácido. En los pacientes con esofagitis de grado A, sobrepeso como factor de riesgo y hallazgo de hernia hiatal en la endoscopia hay más riesgo de presentar ERGE patológica en la pH-metría, respecto de los pacientes que no tienen estos factores; sin embargo, se requieren más estudios con un número de pacientes más grande. El perfil clínico evidenció prevalencia elevada de comorbilidades metabólicas y uso generalizado de IBP, lo cual refleja la carga clínica de esta entidad y su abordaje convencional. La combinación de HRM y pH-metría con impedancia permite una evaluación integral del paciente, con énfasis en la necesidad de protocolos diagnósticos estandarizados que orienten un tratamiento más específico y eficaz.

Financiamiento: Este estudio no se ha patrocinado.

Tabla 1. (Lun276)

Características	n (61 pacientes)	%
Género		
Masculino	20	32,8%
Femenino	41	67,2%
Edad		
19-29	2	3,3%
30-40	6	9,8%
42-50	11	18,0%
51-60	15	24,6%
61-70	20	32,8%
71-80	7	11,5%
IMC		
Bajo peso	2	3,3%
Peso normal	21	34,4%
Sobrepeso	23	37,7%
Obesidad grado I	13	21,3%
Obesidad grado II	1	1,6%

Comorbilidades		
HTA	22	36,1%
DM2	10	16,4%
Hipotiroidismo	9	14,8%
Hiperlipidemias	4	6,6%
Enfermedades cardíacas	3	4,9%
Otras enfermedades	11	18,0%
Cirugías		
Colecistectomía	7	11,5%
Apendicectomía	4	6,6%
Funduplicatura	3	4,9%
Cirugías ginecológicas	16	26,2%
Otras cirugías	42	68,9%
Medicamentos		
Hipoglucémicos	10	16,4%
Antihipertensivos	20	35,4%
Estatinas	3	4,9%
IBP	42	68,9%
Procinéticos	24	39,3%
Levotiroxina	7	11,5%
Diagnósticos manométricos		
Paciente sano	44	72,0%
Acalasia tipos III y I	1	1,6%
Obstrucción de la UEG	1	1,6%
Espasmo esofágico	1	1,6%
Esófago hipercontráctil	2	3,3%
Motilidad esofágica inefectiva	11	18,0%
Diagnósticos de pH-metría		
ERGE	35	57,4%
Pirosis funcional	11	18,0%
Hipersensibilidad al reflujo	11	18,0%
Correlación		
DCI*Número total de reflujo	0,42	P ≤ 0,005
Diagnóstico manométrico patológico *diagnóstico patológico en pH-metría	27,7% vs. 93,0%	P ≤ 0,001
Hernia hiatal*ERGE	68,9% *57,4%	P = 0,0012
Diagnósticos endoscópicos		
Esofagitis "A" de Los Ángeles	61	100%
Gastropatía crónica nodular de cuerpo	4	6,6%
Gastropatía erosiva leve a moderada	17	27,9%
Gastropatía crónica	20	32,8%
Gastropatía congestiva leve de cuerpo y antro	11	18,8%
Bulboduodenopatía erosiva leve	17	27,9%

IMC, índice de masa corporal; HTA, hipertensión arterial sistémica; DM2, diabetes mellitus tipo 2; IBP, inhibidor de la bomba de protones; DCI, integral contráctil distal; UEG, unión esofagogástrica; ERGE, reflujo gastroesofágico.

Fuente: datos extraídos de informes de manometría y pH-metría del Hospital Macgregor, IMSS.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 17 de noviembre de 2025

Esófago

Lun277

TEGOPRAZÁN VS. PANTOPRAZOL EN ERGE EROSIVA: PRIMER ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO CON P-CAB EN LATINOAMÉRICA

J. M. Remes-Troche, L. R. Valdovinos-García, M. A. Valdovinos-Díaz, J. L. Vargas-Basurto, R. A. Jiménez-Castillo, H. Barragán, A. R. Bernal-Méndez, C. A. Reyes-Medina, G. V. González-Hernández, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico erosiva (ERGE) es una de las principales causas de consulta en gastroenterología. Aunque los inhibidores de la bomba de protones (IBP) han sido el tratamiento estándar, los inhibidores competitivos del potasio ácido (P-CAB), como el tegoprazán, ofrecen un inicio de acción más rápido y una supresión ácida más sostenida. Este estudio representa el primer estudio clínico controlado realizado en México y América Latina que evalúa un P-CAB en la ERGE erosiva, y aporta evidencia regional sobre su eficacia y seguridad.

Objetivo: Comparar el tegoprazán de 50 mg frente al pantoprazol de 40 mg en cuanto a mejoría sintomática en la primera semana, calidad de vida, cicatrización endoscópica y valores séricos de gastrina en pacientes con ERGE erosiva.

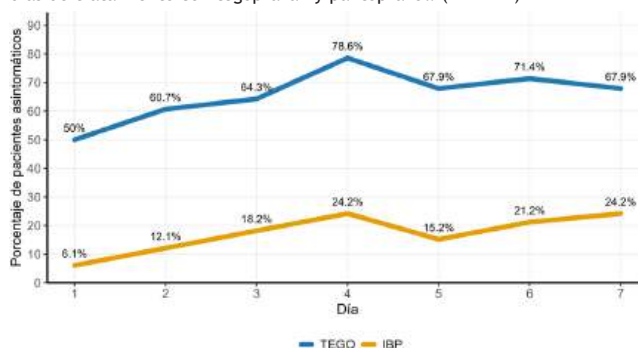
Material y métodos: Se incluyó a 62 pacientes con ERGE erosiva confirmada por endoscopia (edad media: 50,2 años; 52% de hombres), aleatorizados para recibir tegoprazán de 50 mg ($n = 29$) o pantoprazol de 40 mg ($n = 33$) durante cuatro semanas. Se evaluaron síntomas diarios, cuestionarios de calidad de vida, cicatrización a los 28 días y valores de gastrina en los días 0, 7, 28 y 35.

Resultados: El 82,8% del grupo de tegoprazán experimentó mejoría significativa de síntomas a los siete días, en comparación con el 30,3% en el grupo de pantoprazol ($p < 0,01$). Desde el día 1, el tegoprazán mostró mayores tasas de pacientes asintomáticos (día 4: 78,6% vs. 24,2%, **Figura 1**). La mejoría en calidad de vida fue mayor con el tegoprazán ($19,5 \pm 19,9$ vs. $8,1 \pm 23,2$; $p = 0,04$). La tasa de cicatrización fue del 100% con tegoprazán y del 83% con pantoprazol. Las cifras de gastrina aumentaron en ambos grupos de forma similar, con regreso a sus valores basales.

Conclusiones: El tegoprazán de 50 mg demostró una respuesta clínica más rápida, mayor efecto en la calidad de vida, tasa de cicatrización superior y perfil de seguridad adecuado, y se ha posicionado como una alternativa terapéutica eficaz en ERGE erosiva en esta región.

Financiamiento: Los autores declaran que este trabajo recibió apoyo de Carnot laboratorios, México.

Figura 1. Porcentaje de pacientes asintomáticos durante los primeros siete días de tratamiento con tegoprazán y pantoprazol. (Lun277)



Lun278

DESEMPEÑO DIAGNÓSTICO Y VALOR CLÍNICO DE LA RESPUESTA A TEGOPRAZÁN COMO PRUEBA TERAPÉU- TICA EN PACIENTES CON ERGE (ANÁLISIS INTERINO DEL ESTUDIO CLÍNICO FASE IV TEGO-TEST, ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO PC-ECI-GAS-001-2024)

L. R. Valdovinos-García, J. L. Vargas-Basurto, R. A. Bernal-Méndez, H. H. Barragán-Córdova, C. Reyes-Medina, G. V. González-Hernández, M. A. Valdovinos-Díaz, E. Coss-Adame, J. M. Remes-Troche, Grupo Colaborativo: Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana; Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es motivo de consulta frecuente en gastroenterología y el diagnóstico requiere estudios invasivos. La prueba con inhibidores de la bomba de protones (IBP) se ha utilizado para sugerir el diagnóstico. Un metaanálisis publicó una sensibilidad agrupada de 78% o 68%, y una especificidad agrupada de 54% o 46%.

Los bloqueadores competitivos de potasio (P-CAB), como el tegoprazán, que inducen una supresión ácida más rápida y sostenida desde la primera dosis, pueden usarse como prueba diagnóstica de ERGE.

Objetivo: Evaluar el desempeño diagnóstico y la utilidad clínica del tegoprazán como prueba terapéutica para el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), y comparar su precisión con un estándar de referencia compuesto por endoscopia y pH-metría de 24 horas.

Material y métodos: Éste es un análisis interino del estudio Tego-TEST. Se analizó de forma prospectiva a 27 pacientes con síntomas indicativos de ERGE, a quienes se les realizó una prueba terapéutica con tegoprazán de 50 mg diarios por 14 días. La respuesta clínica se evaluó mediante el cuestionario GERD-Q, aplicado en el día 0 (basal), a la semana (día 7 de tratamiento) y a las dos semanas (día 15 de tratamiento). Se definió como “prueba terapéutica positiva” una reducción > 50% de la puntuación total de GERD-Q entre la visita basal y la semana dos. El comparador diagnóstico como estándar de referencia fue una combinación jerárquica de endoscopia y pH-metría de 24 h; una endoscopia con esofagitis de grados B, C o D de Los Ángeles es diagnóstica de ERGE y una pH-metría de 24 h con tiempo de exposición ácida > 6% se consideró diagnóstica. Se construyó una tabla 2 × 2 para calcular sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos (VP), razones de verosimilitud y concordancia.

Resultados: La edad media fue de 49,7 años (DE: 12,8; intervalo, 24-72), con 19 (70,4%) mujeres y 8 (26,9%) hombres. No se identificaron diferencias relevantes en la respuesta terapéutica ni en la confirmación diagnóstica, según sexo o grupo etario, aunque el tamaño muestral limitado restringe el poder estadístico para comparaciones entre subgrupos. Se obtuvo una S de 84,6% (IC95%, 55,5-97,3), E de 78,6% (IC95%, 49,2-95,3), VPP de 78,6% (IC95%, 49,2-95,3), VPN de 84,6% (IC95%, 55,5-97,3). Las razones de verosimilitud fueron: (LR⁺) 3,95 y (LR⁻) 0,20. La exactitud global fue de 81,5% (IC95%, 63,3-91,8%). Véase la Tabla 1.

Conclusiones: El tegoprazán, al utilizar como criterio una reducción > 50% de la puntuación GERD-Q tras dos semanas de tratamiento, muestra un desempeño diagnóstico robusto. Desde la perspectiva clínica, un valor predictivo negativo (VPN) de 84,6% respalda el uso de la prueba terapéutica como herramienta para excluir ERGE en pacientes con sospecha clínica. Una prueba negativa debería llevar al médico a considerar otros diagnósticos diferenciales, como los trastornos funcionales y avanzar hacia estudios diagnósticos como endoscopia o pH-metría. La LR⁺ de 0,20 es útil para descartar con confianza la enfermedad ante una prueba negativa. Estos valores superan los notificados para IBP en los estudios previos. Aunque la muestra del presente análisis es limitada (n = 27), la exactitud global fue de 81,5% (IC95%, 63,3-91,8%), y la precisión de los estimadores se mantiene dentro de márgenes aceptables para estudios preliminares. En conjunto, los hallazgos sustentan el uso del tegoprazán como una estrategia diagnóstica empírica válida que sugiere el diagnóstico de ERGE y puede reducir el uso innecesario de estudios invasivos, y mejorar la eficiencia en la toma de decisiones clínicas.

Financiamiento: Estudio patrocinado por Carnot Laboratorios.

Tabla 1. Tabla 2 × 2 que muestra la concordancia entre la prueba terapéutica con tegoprazán (50 mg/día por 14 días) y el estándar diagnóstico compuesto (esofagitis erosiva B-D de Los Ángeles o pH-metría de 24 h con exposición ácida > 6%) en pacientes con sospecha de ERGE. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valores predictivos, razones de verosimilitud y exactitud global con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. (Lun278)

	Prueba terapéutica positiva	Prueba terapéutica negativa
Estándar de oro positivo	11 (VP)	2 (FN)
Estándar de oro negativo	3 (FP)	11 (VN)

Lun279

HIPERTONÍA DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR COMO MECANISMO DE BARRERA ANTIRREFLUJO

S. Zavala-Villegas, Y.N. Varela-Martínez, G. Morales-Ororio, N. Guzmán-Rodríguez, C. L. Valdez-Contreras, J. I. Carrillo-Rojas, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El esfínter esofágico superior (EES) es una estructura muscular localizada entre la faringe y el esófago proximal, compuesta principalmente

por músculo estriado del cricofaríngeo y fibras del músculo constrictor inferior y esofágico proximal. En reposo, mantiene presión basal (34-104 mmHg), lo que evita el paso retrógrado del contenido esofagogástrico hacia la faringe y las vías respiratorias. Se relaja de forma transitoria durante deglución, eructo y vómito. La hipertonía del EES podría actuar como mecanismo compensatorio cuando el esfínter esofágico inferior (EEI) es incompetente, como en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Este estudio evaluó la relación entre la presión basal del EES y la gravedad del reflujo gastroesofágico o laringofaríngeo.

Objetivo: Analizar la relación entre la presión basal del EES y la presencia de reflujo gastroesofágico y reflujo laringofaríngeo.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes con síntomas esofágicos y extraesofágicos de ERGE, de enero a diciembre de 2024, en un hospital de tercer nivel evaluados mediante manometría esofágica de alta resolución e impedancia/pH-metría ambulatoria de 24 h. Se incluyó a adultos mayores de 18 años con los síntomas mencionados. Se excluyó a aquellos con antecedentes quirúrgicos esofágicos/faríngeos o trastornos motores mayores.

Resultados: Se incluyó a 51 pacientes: 42 (82,4%) mujeres y 9 (17,6%) hombres. El 82% tenía sobrepeso u obesidad, y 25% refirió tabaquismo activo. El 72% presentó síntomas típicos de ERGE y el 100% tuvo al menos un síntoma extraesofágico. Los más frecuentes fueron: tos (76,5%), globus faríngeo (19,6%), disfonía (39,2%) y aclaramiento vocal (7,8%). Se documentó hernia hiatal por endoscopia en 28 (54,9%) pacientes, aunque sólo el 31,4% se confirmó por manometría esofágica. El diagnóstico de ERGE se estableció en 17 (33,3%) pacientes mediante impedancia/pH-metría; 21,6% mostró hipersensibilidad al reflujo y 45,1% pirosis funcional. La media de la presión del EES fue de 91,1 mmHg. El tono fue normal en 30 pacientes (58,8%), bajo en 1 (2%) e hipertónico en 20 (39,2%). No se encontró correlación entre el tono del EES y la presencia de ERGE. Sin embargo, los pacientes con globus faríngeo mostraron mayores presiones del EES (media de 117 mmHg), y el 19% de ellos registró hipertonía.

Conclusiones: La hipertonía del EES no se relacionó directamente con la ERGE, lo cual sugiere que su función podría no ser meramente un reflejo protector frente al reflujo ácido. En pacientes con globus faríngeo, la hipertonía del EES podría reflejar una alteración sensitivo-motora faringoesofágica relacionada con mecanismos del eje cerebro-intestino o aumento del tono simpático. Estos hallazgos resaltan la necesidad de considerar intervenciones con neuromoduladores y tratamientos dirigidos a la relajación muscular en pacientes con síntomas extraesofágicos persistentes.

Financiamiento: No se obtuvo financiamiento.

Lun280

CAPACIDAD DEL PUNTAJE MANOMÉTRICO DE MILÁN PARA PREDECIR ERGE EN LA POBLACIÓN MEXICANA

I. A. González-Lozano, M. J. Sánchez-Otero, G. A. Torres-Barrera, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario de Monterrey

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno altamente prevalente en México que afecta en grado significativo la calidad de vida de los pacientes. La puntuación manométrica de Milán es una herramienta diagnóstica prometedora, pero su capacidad predictiva no se ha validado en la población mexicana.

Objetivo: Evaluar la capacidad predictiva de la puntuación manométrica de Milán para el diagnóstico de ERGE en pacientes mexicanos que acuden a la consulta de gastroenterología.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico y prospectivo en pacientes con sospecha de ERGE que acudieron al servicio de gastroenterología durante el periodo de enero de 2024 a febrero de 2024. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con síntomas indicativos de ERGE. Se realizó a los pacientes manometría esofágica de alta resolución y pH-metría de 24 h. Se calcularon la puntuación de Milán para cada paciente y su sensibilidad, especificidad, valores predictivos y área bajo la curva ROC para el diagnóstico de ERGE. Se utilizó el programa SPSS v.26 para el análisis estadístico. Un valor $p < 0,05$ se consideró significativo.

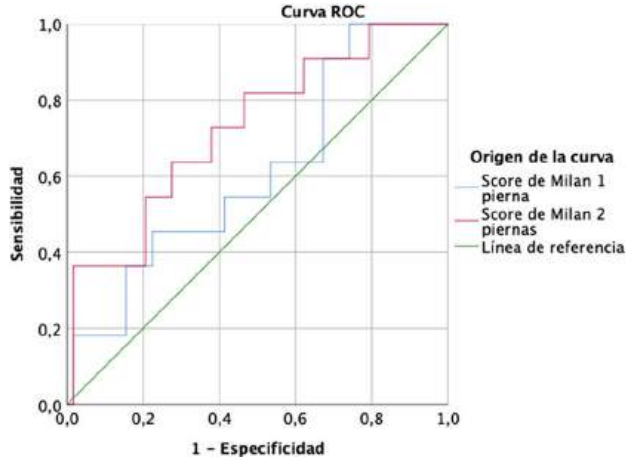
Resultados: Se incluyó a 69 pacientes con edad media de $53,32 \pm 14,49$ años, de los cuales la mayoría correspondió a mujeres (69,6%). El cuestionario GERDQ mostró una probabilidad moderada a elevada de ERGE en 64,2% de los pacientes. La manometría de alta resolución reveló un IC-UEG de $25,46 \pm 16,87$ mmHg con calificaciones de Milán promedio de $133,39 \pm 59,60$ para una pierna y $151,04 \pm 49,05$ para dos piernas. La pH-metría mostró síntomas clínicamente significativos en 65,2% de los casos. La incidencia de

ERGE fue de 15,9%. El análisis de curvas ROC registró un área bajo la curva (AUC) de 0,611 de la calificación de Milán de una pierna y de 0,726 para dos piernas para predecir ERGE. Para un punto de corte de 177 (el mejor encontrado), la calificación de Milán de dos piernas reveló mejor rendimiento diagnóstico (sensibilidad de 63,64%, especificidad de 72,41%) que el de una pierna (sensibilidad de 45,45%, especificidad de 77,59%) (Figura 1).

Conclusiones: La puntuación manométrica de Milán con elevación de dos piernas tuvo una capacidad predictiva moderada para ERGE, superior a la maniobra de una pierna, con mejor sensibilidad y valor predictivo negativo, aunque con limitada especificidad y valor predictivo positivo.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Figura 1. Curva ROC sobre la capacidad de la puntuación de Milán para predecir ERGE. (Lun280)



Lun281

CARACTERÍSTICAS POR MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE PH-METRÍA CON IMPEDANCIA Y MANOMETRÍA ESOFÁGICA PARA CLASIFICAR A LOS PACIENTES CON ERGE “ACCIONABLE” CANDIDATOS A TRATAMIENTO INVASIVO DEL REFLUJO SEVERO

M. I. Astudillo-Delgado, S. M. I. Mejía-Loza, A. Díaz-García, R. Vázquez-Pérez, J. I. Mazadiego-Cid, C. A. Oviedo-Garza, E. A. San Vicente-Parada, Hospital Juárez de México

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) “accionable”, según el consenso de Lyon 2.0, se define por la evidencia objetiva de reflujo y síntomas consistentes que justifican una escalada del tratamiento. La ERGE grave se caracteriza por un tiempo de exposición al ácido (TEA) > 10%, lo cual se vincula con mayor riesgo de complicaciones y puede justificar

escalar el tratamiento hacia modalidades invasivas. La presencia combinada de criterios objetivos de pH-metría y manometría esofágica de alta resolución (HREM), como unión esofagogástrica (UEG) $\geq$ 3 cm, > 80 episodios de reflujo en 24 horas, relación con síntomas positivos (SAP+) (> 95%), TEA en supino > vertical, y alteración de la reserva esofágica, permite seleccionar a los sujetos con ERGE grave que se benefician significativamente de la cirugía antirreflujo o tratamiento endoscópico.

Objetivo: Determinar la frecuencia de pacientes con ERGE “accionable” elegibles para tratamiento invasivo de tipo quirúrgico y endoscópico, según las características funcionales y de manometría esofágica.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo descriptivo en 354 pacientes con vigilancia mediante pH-impedancia y manometría esofágica de alta resolución (HREM). De ellos, 122 mostraron síntomas consistentes y TEA > 6%, y 75 registraron TEA > 10% (ERGE grave). Éstos se estratificaron por el tipo de unión esofagogástrica (UEG) y criterios funcionales adicionales: > 80 episodios de reflujo, relación positiva de síntomas (SAP+), TEA supino mayor que en posición vertical y presencia de reserva esofágica. El tipo de UEG y la reserva se evaluaron mediante HREM; las variables funcionales se midieron con pH-impedancia. Se construyeron tablas de contingencia para comparar los subgrupos según su condición anatómica y la presencia de criterios clínicos, lo que permitió determinar la proporción de pacientes inicialmente elegibles para tratamiento que se clasificaron como aptos para intervención mediante criterios funcionales. No se utilizaron pruebas estadísticas inferenciales, dado que el objetivo fue caracterizar la población y calcular proporciones clínicas relevantes. El análisis se realizó en el programa Stata/BE 19.0.

Resultados: De los 75 pacientes con ERGE grave, 29 tenían UEG tipo 3 y se consideraron elegibles para cirugía por tener hernia hiatal. Los 46 restantes (tipos 1 y 2) se evaluaron con criterios funcionales: 22 tuvieron > 80 episodios de reflujo, 45 fueron SAP+, 28 presentaron TEA supino > vertical; y 40 mostraron reserva esofágica; el resto mostró ausencia de reserva esofágica, maniobras inválidas o no realizadas (Tabla 1).

Conclusiones: La inclusión de criterios funcionales permitió identificar a sujetos aptos para intervención más allá de los criterios anatómicos habituales. Evaluar la reserva esofágica puede ayudar a predecir el riesgo de disfagia posfunduplicatura. Esto evidencia la utilidad de una valoración integral que combine parámetros morfológicos y fisiopatológicos para una mejor toma de decisiones terapéuticas.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Lun282

PREDICTORES MANOMÉTRICOS PREOPERATORIOS DE RESPUESTA CLÍNICA Y DISFAGIA POSOPERATORIA EN PACIENTES CON ERGE SOMETIDOS A FUNDUPLICATURA LAPAROSCÓPICA: ESTUDIO EXPLORATORIO EN POBLACIÓN MEXICANA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. A. Aguado-Valerio, L. D. Valdez-Vega, R. García-Santiago, C. Morales-Limón, R. Estupiñán-Martínez, F. Montoya-Ruiz, D. A. Olivares-González, R. A. Cruz-Nieves, Instituto Mexicano del Seguro Social, HES Puebla

Tabla 1. Frecuencia de pacientes con ERGE según un TEA > 10% elegibles para tratamiento invasivo. Características funcionales por pH-metría y HREM para clasificar a los pacientes con ERGE grave aptos para tratamiento invasivo quirúrgico y endoscópico. Los resultados se expresaron mediante frecuencia absoluta y relativa. La frecuencia relativa (%) se tomó respecto del total de pacientes con ERGE grave (n = 75). (Lun281)

Criterio/grupo	Tipo de unión 1	Tipo de unión 2	Tipo de unión 3	Total
Pacientes con TEA > 10%	31 (41,3)	15 (20)	29 (38,6)	75 (100)
Elegibles iniciales para cirugía	-	-	29 (38,6)	29 (38,6)
Criterios adicionales:				
- Episodios > 80	10 (13,3)	4 (5,3)	8 (10,6)	22 (29,3)
- SAP +	17 (22,6)	10 (13,3)	18 (24)	45 (60)
- TEA supino > vertical	13 (17,3)	3 (4)	12 (16)	28 (37,3)
MRS/DCI:				
- Reserva (+)	17 (22,6)	9 (12)	14 (18,6)	40 (53,3)
- Sin reserva	6 (8)	1 (1,3)	6 (8)	13 (17,3)
- Maniobra no válida	6 (8)	0 (0)	4 (5,3)	10 (13,3)
- Maniobra no realizada	2 (2,6)	4 (5,3)	6 (8)	12 (16)

Introducción: La funduplicatura laparoscópica es un tratamiento eficaz para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) resistente. No obstante, la respuesta clínica y la incidencia de disfagia posoperatoria presentan variabilidad considerable. La manometría esofágica de alta resolución (MAR) permite caracterizar con detalle la motilidad esofágica y se ha propuesto como herramienta potencial para predecir desenlaces clínicos. Sin embargo, su valor pronóstico en la práctica cotidiana y su aplicabilidad en escenarios reales permanecen poco definidos.

Objetivo: Evaluar la relación entre parámetros manométricos esofágicos preoperatorios obtenidos mediante manometría de alta resolución y la evolución clínica posoperatoria, en términos de control sintomático global, calidad de vida (cuestionario GERD-HRQL) y presencia de disfagia en pacientes con ERGE sometidos a funduplicatura laparoscópica.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo y transversal que incluyó a pacientes ≥ 18 años con ERGE documentada por endoscopia o pH-metría, sometidos a funduplicatura laparoscópica (Nissen, Nissen Floppy o Toupet) en un hospital de tercer nivel (Puebla, México) entre 2023 y 2024. Se excluyeron los trastornos graves de motilidad (acalasia, contractilidad ausente, espasmo distal), proceso maligno, hernia hiatal grave y cirugías mayores previas de esófago. La MAR preoperatoria se realizó con base en Chicago v4.0 y se registraron presión basal del EEI, presión integrada de relajación (IRP), latencia distal (DL) y DCI primario, secundario y multitrago. La evaluación clínica se llevó a cabo ≥ 6 meses posoperatorios mediante llamada telefónica y aplicación del cuestionario GERD-HRQL. La disfagia se definió como puntuación ≥ 2 en el ítem específico de disfagia. La satisfacción global se categorizó como satisfecho, neutral o insatisfecho. Se aplicaron pruebas de normalidad (Shapiro-Wilk). Las variables normales se analizaron con t de Student y correlación de Pearson; las no paramétricas con U de Mann-Whitney y Spearman. Se utilizó SPSS v29.0 y se consideró significancia una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 23 pacientes con ERGE sometidos a funduplicatura (73,9% Nissen, 17,4% Nissen floppy, 8,7% Toupet). La mediana de seguimiento fue de 10 meses. El 78,3% refirió satisfacción clínica global, mientras que 21,7% señaló persistencia significativa de síntomas. La disfagia posoperatoria estuvo presente en 26% de los casos. En el análisis global no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los parámetros manométricos preoperatorios (presión basal del EEI, IRP, DCI, latencia distal e índice de contracción distal) y la presencia de disfagia o el grado de satisfacción clínica. Tampoco se observaron correlaciones significativas entre estos parámetros y las puntuaciones totales del cuestionario GERD-HRQL. En el análisis estratificado por tipo de funduplicatura, las tendencias observadas no alcanzaron significancia estadística debido al tamaño limitado de la muestra.

Conclusiones: En esta cohorte, la mayoría de los pacientes sometidos a funduplicatura laparoscópica refirió adecuada satisfacción clínica y bajas puntuaciones de disfagia en el seguimiento. No se identificaron relaciones significativas entre los parámetros manométricos prequirúrgicos y la evolución sintomática o la calidad de vida. Estos hallazgos, en un escenario de práctica real, sugieren que la manometría de alta resolución debe considerarse como una herramienta de apoyo más que como un predictor único de los desenlaces clínicos. Los estudios de mayor tamaño muestral podrán definir con precisión su utilidad pronóstica.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento.

Lun283

MALNUTRICIÓN EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUEVE CASOS

E. M. Ramírez-Rangel, M. G. Rojas-Loureiro, A. D. Flores-Loredo, M. R. Zavala-Solares, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro, Hospital Ángeles Centro Sur

Introducción: La disfagia orofaríngea (DO) es un síntoma clínico, definido por la dificultad para desplazar efectivamente el bolo alimentario de la boca al esófago. Es una alteración de alta prevalencia que afecta al 13% de la población ≥ 65 años y al 51% de los adultos mayores institucionalizados. Su frecuencia aumenta conforme a la edad y la fragilidad, debido a que el envejecimiento causa cambios en los mecanismos neurales y musculares de la deglución. También se relaciona con enfermedades neurológicas, como la enfermedad de Parkinson que posee una prevalencia de DO de 15 a 82%. La DO eleva el riesgo de desnutrición, una complicación que se vincula con pérdida de la masa y función muscular, y que en personas mayores contribuye al ciclo de sarcopenia-DO-desnutrición. Ésta es una consecuencia poco

detectada, explorada y tratada, posiblemente debido a la escasa atención multidisciplinaria. El índice de masa corporal (IMC) es una medida útil para evaluar el estado nutricional. Por ello es relevante describir las características clínicas de pacientes con DO y bajo IMC, así como los diagnósticos relacionados, para orientar futuras investigaciones y abordajes clínicos.

Objetivo: Analizar el índice de masa corporal (IMC) bajo como medida de desnutrición, en pacientes con disfagia orofaríngea, con el fin de describir sus características sociodemográficas y antropométricas; y, de acuerdo con el tipo de diagnóstico relacionado, explorar las posibles diferencias.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo en adultos, mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de disfagia orofaríngea, un IMC $< 18,5$ kg/m² y al menos un diagnóstico clínico relacionado. Los datos se expresaron como frecuencias y medidas de tendencia central acorde a las características de las variables. Se compararon los grupos mediante la prueba de Kruskal-Wallis. Un valor de $p < 0,05$ se consideró significativo.

Resultados: Se incluyó a nueve pacientes con DO y bajo IMC ($< 18,5$ kg/m²). La mediana de edad de la muestra fue de 70 años (RIC: 47-78,5). El 77,8% correspondió a mujeres ($n = 7$) y el 22,2% a hombres ($n = 2$). El diagnóstico relacionado más frecuente fue la enfermedad de Parkinson (18,18%). Otros diagnósticos observados fueron: esclerosis múltiple, demencia cognitiva, trastorno neurológico funcional, COVID-19, candidiasis esofágica, esclerodermia, artritis reumatoide y diabetes mellitus tipo 2, cada uno con una frecuencia de 9,09%. Algunos pacientes presentaron más de un diagnóstico. Los datos de peso e IMC por grupo de DO se detallan en la Tabla 1. No se identificó una diferencia estadísticamente significativa entre ellos de dichas variables. En cuanto a la distribución por sexo, únicamente el grupo neurológico incluyó tanto a mujeres como a hombres, mientras que el resto de los grupos se integró sólo con mujeres.

Tabla 1. Datos demográficos, peso e IMC por grupo con DO. Las medidas de tendencia central se expresan como mediana (RIC). (Lun283)

	Neurológico (n = 5)	Autoinmune (n = 2)	Otros diagnósticos (infeccioso, anatómico-estructural) (n = 2)
Mujeres, n (%)	3 (44,44%)	2 (22,22%)	2 (22,22%)
Hombres, n (%)	2 (22,22%)	-	-
Edad, mediana años (intervalo)	74 (60-84)	57 (48-66)	30
Peso, mediana kg (intervalo)	43 (39,5-50)	42,5 (40-45)	42,75 (38,5-47)
IMC, mediana (intervalo)	16,8 (15,52-17,4)	18,03 (17,77-18,3)	17,1 (15,8-18,4)

Conclusiones: En esta serie de casos se observó que el diagnóstico relacionado con DO y desnutrición más frecuente fue la enfermedad de Parkinson, como parte del grupo de diagnóstico neurológico. Aunque no se identificaron relaciones estadísticamente significativas por el tamaño de muestra, estos hallazgos señalan la importancia de evaluar de forma integral a los pacientes con DO para evitar este tipo de complicaciones. Se sugiere realizar dichas comparaciones con muestras más grandes en busca de algún patrón clínico.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Lun284

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MOTORES DEL ESÓFAGO EN PACIENTES CON DISFAGIA ESOFÁGICA NO OBSTRUCTIVA

C. A. Munguía-Lares, J. I. Carrillo-Rojas, F. D. García-García, G. Morales-Osorio, Y. N. Varela-Martínez, K. A. Miyagui-Adame, K. F. Núñez-Román, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La disfagia es un síntoma caracterizado por la sensación de dificultad del paso del alimento desde la boca hasta el estómago y se considera no obstructiva cuando se excluyen por endoscopia anomalías estructurales e inflamatorias. Los trastornos de la motilidad esofágica son la causa principal de la disfagia no obstructiva y requieren manometría esofágica de alta resolución (MAR) para su diagnóstico. A pesar de realizar un abordaje diagnóstico

exhaustivo, en algunos pacientes no se documenta una causa y se clasifican como disfagia funcional de acuerdo con los criterios de Roma IV; esta entidad no se explica por trastornos estructurales, lesiones mucosas, enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis eosinofílica o alteraciones motoras. Para su diagnóstico es necesaria la endoscopia del tracto digestivo superior con toma de biopsias de esófago, pH-metría y MAR, y debe cumplir el criterio de temporalidad.

Objetivo: Determinar la prevalencia de los trastornos motores del esófago en pacientes con disfagia esofágica no obstructiva en una población mexicana.

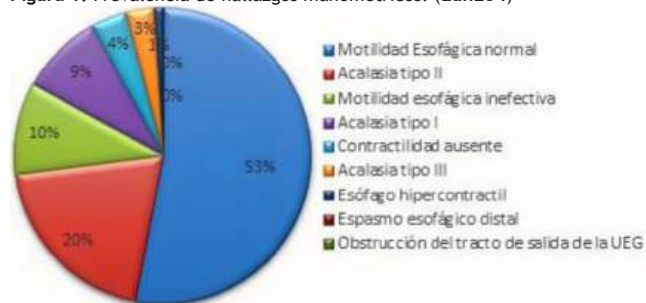
Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo en el que se determinó la prevalencia de los patrones manométricos relacionados con disfagia no obstructiva. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, endoscópicos y manométricos; las variables se resumieron mediante estadística descriptiva y se realizaron comparaciones mediante χ^2 , t de Student o U de Mann-Whitney. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 251 pacientes, 84 (34%) hombres y 167 (66%) mujeres, con una edad media de $55,2 \pm 14,3$ años y una media de índice de masa corporal de $25,9 \pm 4,5$ kg/m². Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial sistémica (25%), diabetes tipo 2 (13%) e hipotiroidismo (6%). El síntoma acompañante más frecuente fue regurgitación en 32%, seguida por pirosis en 30%. El 53% de los pacientes evaluados tuvo motilidad esofágica normal. El resto de los patrones encontrados tenía acalasia tipo II en 20%, motilidad esofágica inefectiva en 10%, acalasia tipo I en 9%, contractilidad ausente en 4%, acalasia tipo III en 3%, esófago hipercontráctil en 1%, espasmo esofágico distal y obstrucción del tracto de salida de la UEG en 0% (Figura 1).

Conclusiones: La motilidad esofágica normal fue el hallazgo más común en pacientes con disfagia esofágica no obstructiva, seguida de acalasia tipo II y motilidad esofágica inefectiva. El sexo femenino se relacionó significativamente con la presencia de patrones manométricos anormales.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Prevalencia de hallazgos manométricos. (Lun284)



Lun285

DETERMINANTES MANOMÉTRICOS DE DISFAGIA PERSISTENTE EN PACIENTES POSOPERADOS CON MIOTOMÍA DE HELLER SECUNDARIO A ACALASIA EN LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES IMSS PUEBLA

R. Milán-Aguirre, E. I. González-Bravo, S. Herrera-Gómez, F. Montoya-Ruiz, R. Estupiñán-Martínez, L. A. Castillón-Carbajal, M. A. Armenta-Olivas, J. A. Aguado-Valerio, Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS Puebla

Introducción: La acalasia es un trastorno primario de la motilidad esofágica caracterizado por la falta de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) y la ausencia de peristalsis en el cuerpo esofágico. La miotomía de Heller es un tratamiento quirúrgico eficaz; sin embargo, un porcentaje de pacientes experimenta persistencia de disfagia posoperatoria. La manometría esofágica de alta resolución (MAR) permite una evaluación detallada de la función esofágica y puede aportar información sobre los mecanismos subyacentes de la disfagia persistente.

Objetivo: Evaluar los hallazgos de MAR en pacientes con acalasia que presentan disfagia persistente después de la miotomía de Heller e identificar factores vinculados con la disfagia posoperatoria.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, homodémico y unicéntrico en los pacientes que acudieron a consulta al

servicio de gastroenterología y cirugía general con diagnóstico de acalasia sometidos a tratamiento quirúrgico con miotomía de Heller con persistencia de síntomas de disfagia para determinar los hallazgos por manometría de alta resolución.

Resultados: Se analizó a 22 pacientes con disfagia persistente posterior a miotomía de Heller más funduplicatura. La mayoría correspondía a acalasia tipo II (77,3%). El valor medio del IRP posquirúrgico fue de 10,5 mmHg (DE $\pm 15,1$), y el 18,2% de los pacientes registró IRP anormal (> 15 mmHg). El porcentaje de presurizaciones tuvo una mediana de 25% (intervalo, 0-100%). No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el IRP ni en el porcentaje de presurizaciones al comparar a grupos de gravedad de disfagia según la puntuación de Eckardt ($p > 0,05$). Tampoco se observó correlación significativa entre estos hallazgos manométricos y la puntuación de disfagia (Spearman rho $< 0,25$). Se evidenció una tendencia descriptiva a mayor IRP y presurización en pacientes con disfagia más grave y en aquellos con acalasia tipo II. Estos hallazgos sugieren que la disfagia residual podría depender de múltiples factores.

Conclusiones: En esta cohorte no se identificó una relación estadísticamente significativa entre los hallazgos manométricos posquirúrgicos y la gravedad de la disfagia residual. La mayoría de los pacientes registró valores de IRP dentro de límites normales, lo que sugiere que la relajación incompleta del EEI no constituye el principal mecanismo de disfagia persistente en este contexto. Se observaron tendencias descriptivas hacia un mayor IRP y porcentaje de presurizaciones en los casos con disfagia más grave y en pacientes con acalasia tipo II, lo que podría reflejar la participación de otros factores fisiopatológicos, como la aperistalsis propia de la acalasia, alteraciones de fibrosis posquirúrgica o hipersensibilización esofágica. Estos hallazgos aportan información valiosa sobre la caracterización manométrica de la disfagia posoperatoria y destacan la necesidad de estrategias diagnósticas más integrales que consideren distintos mecanismos funcionales en su origen.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun286

FRECUENCIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO NO EROSIVA DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE LYON 2.0

D. L. Granados-Espinosa, M. A. González-Martínez, N. X. Ortiz-Olvera, K. P. Sandoval-Mosqueda, B. Morales-Cruz, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es el cuarto motivo de consulta en gastroenterología en Estados Unidos, con una prevalencia registrada hasta de 30%. En México se realizó el estudio SIGUEME 2 en el que se documentó una prevalencia del 10 al 20% con un predominio en el sexo femenino en el 61% de los casos. El consenso de Montreal define ERGE como el ascenso del contenido gástrico hacia el esófago que causa síntomas o lesiones esofágicas. Según el consejo de Lyon 2.0, el diagnóstico de ERGE requiere evidencia concluyente mediante endoscopia o vigilancia de reflujo en presencia de síntomas consistentes. La enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosivo (ERNE) se evidencia en un paciente sin lesiones esofágicas endoscópicas que tiene alteraciones en la vigilancia del pH esofágico. La pH-metría es el estándar de oro para el diagnóstico de ERGE. El criterio para una evidencia concluyente en una vigilancia del pH esofágico es el tiempo de exposición al ácido (TEA), el cual se considera normal si es menor de 4% y anormal si es mayor de 6%. En Roma IV se incluyeron trastornos en pacientes con pirosis y hallazgos endoscópicos normales, entre los cuales figuraron la hipersensibilidad al reflujo (HR) y la pirosis funcional (PF); la principal característica de estos trastornos es su aparición en pacientes con exposición al ácido esofágico normal.

Objetivo: Determinar la frecuencia de ERNE de acuerdo con los criterios de Lyon 2.0

Material y métodos: Se realizó un estudio de prueba diagnóstica basado en una cohorte retrospectiva de pacientes con sospecha de ERGE evaluados en el Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, entre mayo de 2024 y mayo de 2025. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con síntomas indicativos de ERGE, sometidos a medición de pH-metría de 24 horas y que no recibieron tratamiento con inhibidores de la bomba de protones siete días antes del procedimiento, que contaran con una panendoscopia que descartara esofagitis erosiva. De estos pacientes se recopilaron características demográficas, somatométricas, endoscópicas, manométricas, histológicas y de la vigilancia del pH.

Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y relativas, y las variables cuantitativas con media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico (RIC) de acuerdo con su distribución.

Resultados: Se identificó un predominio del sexo femenino con el 77,9% (232), y una mediana de edad de 55 años (45-63); el 15,7% (47) de los pacientes refirió antecedente de DT2 y el 18,7% (56) de HAS; en cuanto al IMC, se encontró una media de 26,4 (DE $\pm$ 4,5) y la mayoría (39,9%, 119) tenía sobrepeso. De los hallazgos encontrados en la pH-metría se registró una mediana en el valor de TEA de 2,3 (0,7-6,3), una mediana de episodios de reflujo de 49,5 (34-71), una mediana de DeMeester de 10,7 (4,1-23,6) y una mediana de IBN de 2 290 (1 367-3 280). Con estos hallazgos, la población se integró en los siguientes diagnósticos: pH-metría normal en 18,1% (54), ERNE en 27,2% (81) de los pacientes, no concluyente en 11,4% (34%), pirosis funcional en 37,6% (112), e hipersensibilidad al reflujo en 4% (12). Los hallazgos más frecuentes en los estudios de endoscopia superior fueron gastropatía en 80,9% (241), hiato incompetente en 20,5% (61), esofagitis grado A en 22,5% (67). La manometría esofágica señaló unión esofagogástrica tipo II en 19,5% (29), motilidad esofágica inefectiva en 12,8% y el hallazgo histopatológico más frecuente fue la gastritis crónica relacionada con *H. pylori* en 40% (8) (Tabla 1).

Conclusiones: Se registró una frecuencia de ERNE de acuerdo con los criterios de Lyon 2,0 de 27,2%.

Financiamiento: Ninguno.

Lun287

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LOS ELEMENTOS DEL PUNTAJE ENDOSCÓPICO DE CARS EN LA DETECCIÓN DE ACALASIA

L. Santoyo-Fexas, R. A. Jiménez-Castillo, J. C. Jiménez-Castillo, Z. P. Álvarez-Tiburcio, G. Torres-Barrera, J. A. González-González, H. J. Maldonado-Garza, J. M. Remes-Troche, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: El retraso diagnóstico en la acalasia es reconocido a nivel mundial, con un promedio un retraso calculado de dos años. En la actualidad, el diagnóstico de acalasia se establece mediante manometría esofágica de alta resolución, pero pocos centros tienen acceso a este instrumento. En 2024 se desarrolló la puntuación endoscópica de CARS (*Contents, anatomy, resistance and stasis*). Éste pretende orientar el diagnóstico de acalasia desde la endoscopia y en consecuencia disminuir su retraso. Una puntuación $\geq$ 4 tiene una sensibilidad del 96% y una especificidad del 72% para el diagnóstico de acalasia; sin embargo, la precisión diagnóstica de cada elemento dentro de la puntuación de CARS se desconoce.

Objetivo: Documentar la precisión diagnóstica de cada elemento de la puntuación de CARS en el diagnóstico de acalasia.

Material y métodos: Se incluyó de manera retrospectiva a 60 pacientes que acudieron a atención médica por disfagia esofágica a sólidos, líquidos o ambos. Los pacientes acudieron al Hospital Universitario José E. González de Monterrey, Nuevo León, México o al Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de Veracruz, México, entre septiembre de 2024 y junio de 2025. Se incluyó a pacientes que contaran con un expediente clínico, informes de endoscopia y de manometría completos. Se excluyó a los sujetos que no contaran con los cuatro elementos de la puntuación plasmados en el informe de endoscopia. El diagnóstico definitivo se realizó de acuerdo con la clasificación de Chicago 4.0 y se obtuvo del informe de manometría. La comparación entre variables numéricas se efectuó mediante la prueba de ANOVA. Se condujo un análisis de la curva *receiver operating characteristic* (ROC) para determinar cuál de los cuatro elementos de la puntuación de CARS predice con mayor exactitud el diagnóstico de acalasia.

Resultados: Se incluyó a 60 pacientes que tuvieron una mediana de edad de 54 años (intervalo, 44-64) y 42 (70,0%) eran mujeres. La mediana de duración de los síntomas antes del diagnóstico fue de 6 meses (intervalo, 2-12). El diagnóstico más frecuente en esta cohorte fue acalasia tipo II en 24 (40%) pacientes, seguido de peristalsis normal en 21 (35%), acalasia tipo I en 9 (15%), acalasia tipo III en 3 (5%), peristalsis ausente en 2 (3,3%) y motilidad esofágica inefectiva en 1 (1,7%). Al obtener la media del total de la puntuación de CARS por grupo diagnóstico, la media de acalasia tipo I fue de 4,77 ($\pm$ DE: 1,48), la de acalasia tipo II de 3,69 ($\pm$ DE: 1,81), acalasia tipo III de 0,0 ($\pm$ DE: 0,0) y el resto de 0,0 ($\pm$ DE: 0,0), ($p < 0,001$).

El elemento de la puntuación de CARS con mayor precisión diagnóstica para acalasia fue la presencia de contenido líquido o sólido en la luz esofágica con

Tabla 1. Frecuencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva de acuerdo con Lyon 2.0. (Lun286)

Variable	n = 298
Mujeres, n (%)	232 (77,9)
Edad, años, mediana, percentiles.	55 (45-63)
Comorbilidades, n (%)	147 (49,4)
Hipertensión arterial sistémica, n (%)	56 (18,7)
Diabetes tipo 2, n (%)	47 (15,7)
Ansiedad, (%)	17 (5,7)
Depresión, n (%)	16 (5,3)
Hipotiroidismo, n (%)	20 (6,7)
IMC, media (DE)	26,4 (4,5)
Sobrepeso, n (%)	119 (39,9)
Normal, n (%)	109 (36,6)
GERD-Q, mediana (RIC)	10 (7-12)
Normal, n (%)	78 (26,2)
Anormal, n (%)	220 (73,8)
pH-metría	
TEA, mediana (RIC)	2,3 (0,7-6,3)
Normal, n (%)	186 (62,4)
Patológico, n (%)	89 (26,5)
Indeterminado, n (%)	30 (10,1)
DeMeester, mediana (RIC)	10,7 (4,1-23,6)
Normal, n (%)	171 (57,4)
Anormal, n (%)	127 (42,6)
Impedancia basal nocturna, mediana (RIC)	2 290 (1 367-3 280)
Normal, n (%)	144 (48,3)
Anormal, n (%)	90 (30,2)
Indeterminada, n (%)	64 (21,5)
PAS	
Positivo, n (%)	35 (11,7)
Negativo, n (%)	127 (42,6)
IAS	
Positivo, n (%)	24 (8,1)
Negativo, n (%)	139 (46,6)
Diagnóstico pH-metría	
Normal, n (%)	54 (18,1)
ERNE, n (%)	81 (27,2)
No concluyente, n (%)	34 (11,4)
PF, n (%)	112 (37,6)
HR, n (%)	12 (4)
Endoscopia superior	
Gastropatía	241 (80,9)
Hiato incompetente	61 (20,5)
Esofagitis grado A	67 (22,5)
Manometría, n (%)	148 (49,7)
Normal, n (%)	68 (45,9)
Unión esofagogástrica tipo II, n (%)	29 (19,5)
Motilidad esofágica inefectiva, n (%)	10 (12,8)
EEI hipotenso e intratorácico, n (%)	13,5%
Contractilidad ausente, n (%)	5 (3,4)
Histopatología, n (%)	20 (6,7)
Gastropatía reactiva, n (%)	6 (30)
Gastropatía relacionada con <i>H. pylori</i> , n (%)	8 (40)
Gastropatía no relacionada con <i>H. pylori</i> , n (%)	5 (25)
Esofagitis por reflujo, n (%)	4 (20)

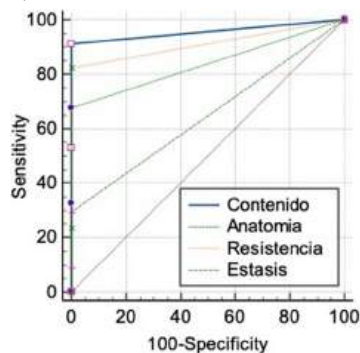
IMC, índice de masa corporal; DE, desviación estándar, rango intercuartílico; GERD-Q, Cuestionario para pacientes con síntomas gastrointestinales superiores; TEA, tiempo de exposición al ácido; PAS, probabilidad de relación con síntomas; IAS, índice de relación de síntomas; ERNE, enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva; PF, pirosis funcional; HR, hipersensibilidad al reflujo; EE, esfínter esofágico inferior.

una sensibilidad del 91,2% y una especificidad del 100%, un valor predictivo positivo (VPP) del 100%, un valor predictivo negativo (VPN) del 88% y un área bajo la curva de 0,956, seguido de la presencia de resistencia al paso del endoscopio a través de la unión esofagogástrica con una sensibilidad de 77,1%, una especificidad del 100%, un VPP del 100%, un VPN de 76% y un área bajo la curva de 0,912 (Figura 1). Ambos elementos fueron significativamente superiores en comparación con la presencia de alteraciones en la anatomía y de cambios en la mucosa provocados por la estasis ($p < 0,05$).

Conclusiones: En pacientes con disfagia esofágica, el elemento de la puntuación de CARS con mayor precisión diagnóstica fue el contenido líquido o sólido en el esófago durante la endoscopia con un valor predictivo positivo del 100%. En la cohorte estudiada, la puntuación de CARS no fue capaz para distinguir entre pacientes con acalasia tipo III y pacientes sin acalasia.

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

Figura 1. (Lun287)



Lun288

SÍNDROME DE ESÓFAGO NEGRO: UNA ENTIDAD QUE TRASCIENDE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA

C. Morales-Limón, L. Cantorán-Ramírez, L. D. Valdez-Vega, J. J. Durán-Castro, D. D. González-Ramírez, J. A. Aguado-Valerio, R. García-Santiago, D. A. Olivares-González, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional General de División Manuel Ávila Camacho

Introducción: La necrosis esofágica aguda (NEA), o síndrome de esófago negro, es una entidad clínica muy rara. Afecta sobre todo a adultos mayores

y se presenta en el 70% de los casos como hemorragia digestiva alta. Su fisiopatología es incierta; se relaciona con isquemia, desnutrición o procesos malignos. La endoscopia revela mucosa esofágica negruzca, sin patrón vascular, desde el esófago proximal hasta la unión gastroesofágica (UEG). El pronóstico depende de las comorbilidades, con una mortalidad hasta de 50%.

Objetivo: Presentar tres casos de necrosis esofágica aguda con hemorragia digestiva alta, distintos contextos clínicos, hallazgos endoscópicos y tratamiento aplicado.

Informe de casos: **Caso 1:** paciente masculino de 24 años con linfoma no Hodgkin difuso CD20+. Diagnóstico tras biopsia retroperitoneal por dolor abdominal. Durante su hospitalización por quimioterapia sufrió melena y vómito en posos de café; Hb: 4,6 mg/dL y requirió transfusión. Endoscopia: NEA en todo el esófago y duodenitis. Se inició IBP y control endoscópico posterior sin alteraciones.

Caso 2: mujer de 66 años con antecedentes de diabetes e hipertensión arterial. Acude por vómito de contenido alimentario y disfagia, y luego muestra hematemesis. Hb: 12,2 mg/dL. Endoscopia: NEA en el tercio distal, bulbo-duodenopatía erosiva grave y úlcera gástrica Forrest IIC. Se la trató con IBP doble dosis, endoscopia de seguimiento con mejoría.

Caso 3: hombre de 99 años, sin comorbilidades crónicas. Presentó náusea y hematemesis por siete días. Hb: 15,08 mg/dL. Endoscopia: NEA con hemorragia activa distal, pangastropatía crónica y bulbo-duodenopatía erosiva moderada. Se aplicó Hemospray® y se indicó tratamiento con IBP. En todos los casos se observó una adecuada tolerancia a la vía oral posterior al tratamiento y las endoscopias de control revelaron regeneración de mucosa esofágica.

Discusión: Brennan describió la NEA por primera vez en 1967 en necropsia y Goldenberg en EGD en 1990. Tiene una incidencia menor de 0,3% y afecta principalmente al esófago distal, una zona menos vascularizada. La afectación vascular del tronco celiaco puede explicar las lesiones duodenales relacionadas. Los factores como hipoperfusión, daño en la barrera mucosa y reflujo gastroesofágico contribuyen al cuadro. La causa es multifactorial, afecta con frecuencia a hombres mayores y se relaciona con isquemia, trombosis y neoplasias. Los síntomas comunes son epigastralgia, emesis, disfagia y fiebre. La EGD es clave para el diagnóstico; las biopsias no son imprescindibles. Histológicamente hay necrosis de la mucosa. El diagnóstico diferencial incluye melanosis, pseudomelanosis, melanoma, acantosis nigricans, depósitos de carbón, cáusticos e infecciones. El tratamiento incluye apoyo hemodinámico, IBP, sucralfato y control de comorbilidades. Se recomienda ayuno por 24 a 48 h. En EGD de control (48-72 h) suele observarse regeneración de la mucosa. Las complicaciones inmediatas graves incluyen perforación y sepsis; a largo plazo, la estenosis esofágica (15%).

Conclusiones: La NEA es una esofagitis rara y grave que debe considerarse ante hemorragia digestiva alta, sobre todo en pacientes con riesgo isquémico o estado catabólico. Su detección endoscópica oportuna permite iniciar tratamiento y prevenir complicaciones graves.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgm



Sesión de trabajos libres orales

Martes 18 de noviembre de 2025

Hígado II y enfermedades genéticas hereditarias

Mar289

DIVERGENCIA METABÓLICA ENTRE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA Y EL SÍNDROME METABÓLICO: FENOTIPOS CLÍNICOS DISTINTOS E IMPLICACIONES EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

M. M. Ramírez-Mejía, N. Méndez-Sánchez, Plan de Estudios Combinados en Medicina (Pecem-Md/Phd), Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASLD, por sus siglas en inglés) se ha posicionado como la principal causa de enfermedad hepática crónica en el mundo. Por tradición, el síndrome metabólico (SM) se ha utilizado como referencia clínica para identificar la disfunción metabólica; sin embargo, este enfoque puede no reflejar completamente el espectro de riesgo vinculado con la MASLD. La creciente evidencia sugiere que existe una notable heterogeneidad clínica dentro de MASLD, lo cual plantea desafíos para la estratificación del riesgo y el diseño de intervenciones personalizadas.

Objetivo: Explorar dicha heterogeneidad fenotípica, especialmente en lo referente a la superposición y divergencia entre MASLD y SM, a través de métodos de análisis de clústeres no supervisado aplicados a datos clínicos y metabólicos.

Material y métodos: Se llevó a cabo un análisis de clústeres no supervisado (K-medias) en una cohorte de descubrimiento conformada por 600 adultos mexicanos que acudieron a revisiones médicas regulares. Se utilizaron nueve variables clínicas y bioquímicas estandarizadas, seleccionadas por su relevancia metabólica y baja colinealidad. Para definir el número óptimo de clústeres se aplicaron múltiples índices de validación interna y se realizó reducción de dimensionalidad mediante análisis de componentes principales (PCA) para visualizar la separación fenotípica. Las relaciones entre pertenencia a clústeres y desenlaces hepáticos se evaluaron mediante modelos de regresión lineal ajustados por edad y sexo. La validación externa se realizó en una cohorte independiente de 407 adultos mexicanos, tras asignar a los individuos a clústeres con base en los centroides derivados del análisis original.

Resultados: El modelo de dos clústeres permitió distinguir a un grupo metabólicamente saludable (en su mayor parte mujeres jóvenes sin MASLD ni SM) y un grupo de alto riesgo con elevada prevalencia de MASLD (77,3%) y SM

(44,6%), con predominio de hombres con perfiles metabólicos adversos. El modelo de tres clústeres ofreció una estratificación más detallada y reveló a un tercer grupo intermedio caracterizado por la MASLD sin cumplir criterios de SM, con parámetros metabólicos heterogéneos, lo que sugiere un fenotipo hepatocéntrico clínicamente relevante. En ambos modelos, la pertenencia a clústeres de mayor riesgo se acompañó significativamente de mayores valores de las calificaciones CAP, LSM y FAST. Estas relaciones se replicaron en la cohorte de validación, lo que reforzó la reproducibilidad y la robustez del enfoque. En particular, los fenotipos discordantes (MASLD sin SM) fueron frecuentes y clínicamente relevantes (hasta 46,9%).

Conclusiones: Estos hallazgos sustentan la idea de que la MASLD representa una entidad clínicamente heterogénea, que no siempre se acompaña del perfil típico del SM. La aplicación de enfoques basados en fenotipos clínicos permite identificar a subgrupos de pacientes con combinaciones específicas de disfunción metabólica y daño hepático, lo que podría mejorar la estratificación del riesgo y evitar tanto el subdiagnóstico como el sobrediagnóstico. Este enfoque puede contribuir al desarrollo de estrategias de tamizaje y tratamientos más personalizados, centrados no sólo en parámetros metabólicos sistémicos, sino también en indicadores hepáticos directos.

Financiamiento: Este protocolo no recibió financiamiento.

Mar290

INFERENCIA ESTADÍSTICA CAUSAL EN LA ASOCIACIÓN ENTRE GLUTAMATO Y COLESTEROL HDL SÉRICOS EN EL CONTEXTO DE ESTEATOSIS HEPÁTICA

N. A. Cruz-Sancén, M. T. Angulo, Grupo Colaborativo: Instituto de Matemáticas, Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela de Nutrición, División de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac Querétaro

Introducción: La enfermedad de hígado graso relacionada con disfunción metabólica (MAFLD) es la hepatopatía crónica más prevalente, con una incidencia creciente ligada a la obesidad, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares. Su diagnóstico se basa en esteatosis hepática y disfunción metabólica. La etiología es multifactorial e incluye genotipo, edad, sexo, comorbilidades y microbiota. El desarrollo de biomarcadores séricos es prometedor, pero la evidencia sobre mecanismos causales es limitada.

Objetivo: Evaluar las relaciones causales y la independencia condicional entre la esteatosis hepática (CAP), las concentraciones séricas de glutamato

(Glu) y el colesterol HDL (HDL) en pacientes con y sin esteatosis, mediante análisis de grafos acíclicos dirigidos y residuos predictores.

Material y métodos: Se incluyó a 33 sujetos (15 controles, 18 con esteatosis). Las variables cuantitativas se transformaron a distribución estándar Z. Se evaluó la relación entre CAP y parámetros séricos. Se construyeron grafos acíclicos dirigidos (DAG) para representar relaciones causales plausibles entre CAP, Glu y HDL. Se utilizaron modelos de regresión lineal bayesiana con muestreo MCMC para determinar distribuciones posteriores y calcular residuos predictores ($X_{resid} = X - X_{pred}$). Se graficaron los residuos predictores contra la variable desenlace para evaluar supuestos de independencia condicional. Se realizó un análisis de sensibilidad basado en validación cruzada *leave-one-out* para evaluar la robustez del modelo.

Resultados: Las concentraciones séricas de glutamato ($p = 0,63$) y colesterol HDL ($p = -0,61$) mostraron la mayor relación con CAP, con una relación inversa entre Glu y HDL ($r = -0,48$). El análisis de residuos predictores mostró una relación lineal inversa entre HDL y los residuos de esteatosis ($p = -0,43$), lo que sugiere que la independencia de HDL de esteatosis condicionada por Glu es poco plausible (incompatible con DAG 3 y 4). Por otro lado, no se observó relación lineal entre HDL y los residuos de Glu ($p = -0,24$), lo que indica que Glu y HDL son independientes condicionados por esteatosis (Figura 1). El análisis de sensibilidad sugirió estabilidad y generalizabilidad del modelo.

Conclusiones: La esteatosis hepática actúa como un mediador en la relación entre glutamato y colesterol HDL. El uso de grafos acíclicos dirigidos y el análisis de residuos predictores son herramientas valiosas para inferir causalidad en la fisiopatología de MAFLD, lo que podría guiar el desarrollo de biomarcadores más precisos.

Financiamiento: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Mar291

PREVALENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL (MetALD) EN POBLACIÓN VERACRUZANA: UN ESTUDIO PILOTO

A. A. Ceballos-Carrasco, M. Vieyra-Vega, K. D. González-Gómez, H. R. Ordaz-Álvarez, M. R. Francisco, R. E. Del Cueto-Espinoza, M. Suárez-Fernández, J. M. Remes-Troche, A. D. Cano-Contreras, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: En fecha reciente se reconoció la coexistencia de factores metabólicos y consumo de alcohol como una entidad clínica denominada esteatosis hepática metabólica relacionada con el consumo de alcohol (MetALD). Se considera consumo diario de alcohol de 20 a 50 g en mujeres y 30 a 60 g en hombres, junto con la presencia de al menos un factor de riesgo cardiometabólico. Se ha descrito que el consumo riesgoso de alcohol en pacientes con factores de riesgo metabólico puede actuar sinérgicamente en el desarrollo y progresión de la enfermedad hepática, hasta culminar en cirrosis hepática.

Objetivo: Determinar la prevalencia de MetALD en la población veracruzana.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico. Se incluyó a individuos mayores de 18 años con esteatosis hepática,

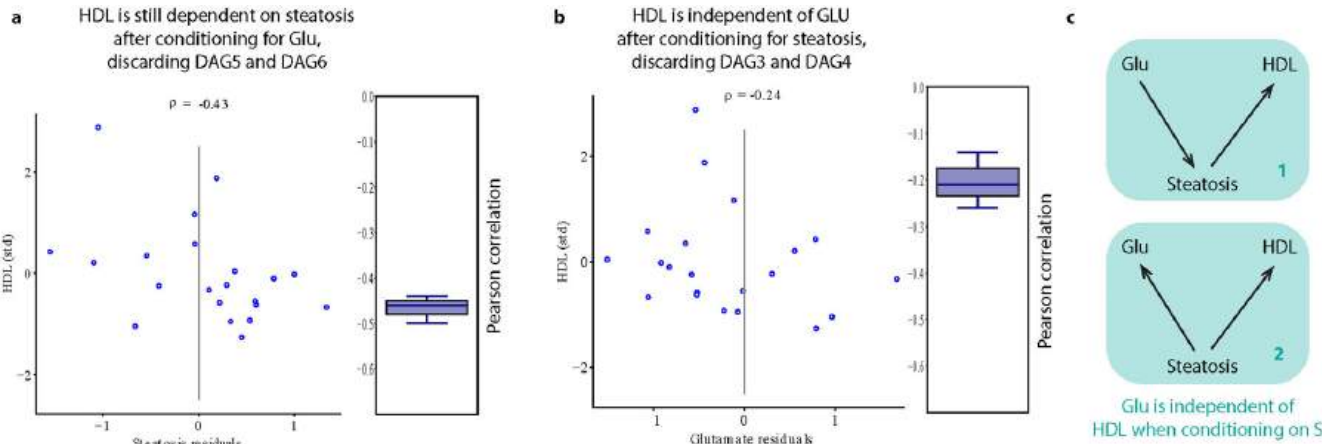
alcohol), con una media de 4 bebidas en días laborales y 7 en días festivos. Los resultados de la elastografía hepática mostraron a 5 (16,6%) pacientes con riesgo de fibrosis avanzada (> 8 kPa), de los cuales 3 (23,1%) refirieron consumo aumentado de alcohol de acuerdo con el cuestionario AUDIT (Tabla 1). En el análisis de regresión logística, la depresión (OR 0,84; IC95%, 0,11-6,03; $p = 0,865$) y la ansiedad (OR 1,2; IC95%, 0,18-7,92; $p = 0,850$) no se vincularon significativamente con el consumo de alcohol. Asimismo, la depresión (OR 1,18; IC95%, 0,16-8,47; $p = 0,865$) y la ansiedad (OR 4,8; IC95%, 0,71-6,78; $p = 0,088$) no se relacionaron significativamente con MetALD.

Tabla 1. Características de los pacientes con MetALD. (Mar291)

	0-4 copas Muy bajo 2 (7%)	5-9 copas Bajo 9 (30%)	10-20 copas Moderado 6 (20%)	21-42 copas Aumentado 13 (43%)
Edad (años)	61 ± 15	57 ± 12	51 ± 15	54 ± 13
Peso (kg)	78 ± 5	79 ± 13	83 ± 12	89 ± 21
IMC (kg/m ²)	27 ± 1	29 ± 5	28 ± 2	31 ± 7
Factores de riesgo metabólicos				
Alteraciones en el metabolismo de la glucosa* 7 (23%)	2 (100%)	7 (77,8%)	4 (66,7%)	8 (61,5%)
PA > 130/85 mmHg* 13 (43%)	0	2 (22,2%)	4 (66,7%)	7 (53,8%)
Triglicéridos > 150 mg/dl* 8 (26%)	1 (50%)	1 (11,1%)	4 (66,7%)	6 (46,2%)
Colesterol HDL H < 40/M < 50 mg/dl* 6 (20%)	1 (50%)	1 (11,1%)	3 (50%)	5 (38,5%)
AUDIT				
Riesgo medio 21 (70%)	2 (100%)	7 (77,8%)	4 (66,6%)	8 (61,5%)
Riesgo alto 6 (20%)	0	2 (22,2%)	2 (33,3%)	2 (15,4%)
Probable adicción 3 (10%)	0	0	0	3 (23,1%)
Escala de ansiedad y depresión				
Ansiedad	1 (50%)	1 (11,1%)	1 (16,7%)	3 (23,1%)
Depresión	2 (100%)	0	1 (16,7%)	2 (15,4%)
Puntuación total del cuestionario	19 ± 6	7 ± 2	12 ± 4	9 ± 8
Elastografía hepática				
CAP	247 ± 40	288 ± 83	284 ± 55	273 ± 59
kPa	4,4 ± 1,6	5,9 ± 2,9	5,8 ± 1,3	6,4 ± 3,6
< 8 kPa	2 (100%)	8 (88,9%)	5 (83,3%)	10 (76,9%)
> 8 kPa	0 (%)	1 (11,1%)	1 (16,7%)	3 (23,1%)

IMC, índice de masa corporal; PA, presión arterial; HDL, lipoproteínas de alta densidad; AUDIT, prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol; CAP, parámetro control de atenuación; kPa, kilopascasles. *Cursan con alteración metabólica a la evaluación o se encuentran en tratamiento farmacológico.

Figura 1. Gráficas de residuos predictores para la relación entre HDL, residuos de esteatosis y residuos de Glu. Panel a: muestra la relación lineal inversa entre HDL y los residuos de esteatosis ($p = -0,43$). Panel b: muestra la ausencia de relación lineal entre HDL y los residuos de Glu ($p = -0,24$). (Mar290)



Conclusiones: La prevalencia de enfermedad hepática metabólica relacionada con el consumo de alcohol (MetALD) en la población veracruzana estudiada fue del 36,6%. Este estudio piloto evidenció que la coexistencia de factores de riesgo metabólicos y consumo riesgoso de alcohol constituye un importante problema de salud. Sin embargo, se enfrentaron limitaciones como la reticencia de los pacientes a notificar el consumo de alcohol y las dificultades en la sensibilidad de los métodos diagnósticos. Este trabajo sienta un precedente para futuras investigaciones con muestras más amplias que permitan profundizar en los factores relacionados y mejorar la detección y tratamiento de esta entidad clínica en la región.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar292

EVALUACIÓN HEPÁTICA HOLÍSTICA EN ESFUERZO DE MICROELIMINACIÓN DEL VHC EN CENTROS DE REHABILITACIÓN POR ADICCIONES: HACIA UNA MEDICINA PERSONALIZADA

J. P. Manjarrez-Rocha, R. Gutiérrez-Monterrubio, M. C. García-Alanís, W. V. Sánchez-Hernández, C. Torres-Mata, M. Lovaco-Sánchez, M. F. Bautista-Garín, D. Kershenobich-Stalnikowitz, G. E. Castro-Narro, Grupo Colaborativo: Alianza por la eliminación de hepatitis C en poblaciones prioritarias con una propuesta hepática holística (ALECHH), Departamento de Gastroenterología, Hepatología y Trasplante Hepático, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los trastornos por consumo de sustancias suelen coexistir con ansiedad y depresión en personas en centros de rehabilitación; sin embargo, rara vez se aplican evaluaciones integrales que incluyan salud mental y hepática y enfermedades infecciosas.

Objetivo: Analizar las relaciones entre el consumo de sustancias, salud mental, rigidez hepática y detección de enfermedades infecciosas, incluido el virus de la hepatitis C (VHC), en 15 centros de rehabilitación de la Ciudad de México.

Materiales y métodos: Estudio transversal prospectivo en adultos ≥ 18 años. Se evaluaron rigidez hepática y esteatosis mediante elastografía. El consumo de sustancias se midió con AUDIT, Fagerström y DAST-20; la salud mental con HADS; y la calidad de vida con SF-36. Se aplicaron pruebas rápidas para VIH, sífilis y VHC, con PCR confirmatoria en casos reactivos.

Resultados: Se incluyó a 161 participantes (92,5% de hombres, mediana de edad de 38 años). El 69% tuvo esteatosis hepática y 18% fibrosis significativa. El 29,1% mostró posible dependencia del alcohol, 11,1% alta dependencia del tabaco, y 57,7% consumo moderado a intenso de sustancias. El 29,7% mostró síntomas depresivos y 37,8% ansiedad. Las puntuaciones elevadas en AUDIT, Fagerström y DAST-20 se vincularon con mayor ansiedad; y DAST-20, Fagerström y rigidez hepática con depresión. La edad más joven y el sexo masculino se relacionaron con mayor consumo. La prevalencia de enfermedades infecciosas fue baja (Tabla 1).

Tabla 1. Evaluación psicosocial y conductual. (Mar292)	
Variable	n = 161
AUDIT, mediana (IQR)	11 (2-22)
- Bajo riesgo, n (%)	63 (39,1)
- Consumo peligroso, n (%)	36 (22,3)
- Abuso, n (%)	15 (9,3)
- Posible dependencia, n (%)	47 (29,1)
Fagerström, mediana (IQR)	1 (0-3)
- Muy baja dependancia, n (%)	112 (69,5)
- Baja dependancia, n (%)	21 (13)
- Dependencia media, n (%)	10 (6,2)
- Alta dependancia, n (%)	15 (9,3)
- Muy alta dependancia, n (%)	3 (1,8)
DAST-20, mediana (IQR)	12 (2-17)
- Sin problemas, n (%)	21 (13)
- Nivel bajo, n (%)	32 (19,8)
- Nivel moderado, n (%)	15 (9,32)
- Nivel sustancial, n (%)	41 (25,4)
- Nivel grave, n (%)	52 (32,3)

HADS depresión, mediana (IQR)	4 (1-8)
- Normal, n (%)	113 (70,1)
- Límitrofe anormal, n (%)	23 (14,2)
- Anormal, n (%)	25 (15,5)
HADS ansiedad, mediana (IQR)	6 (3-10)
- Normal, n (%)	100 (62,1)
- Límitrofe anormal, n (%)	29 (18)
- Anormal, n (%)	32 (19,8)
SF-36, mediana (IQR)	98 (90-101)
AUDIT, Cuestionario de identificación de los trastornos por consumo de alcohol; DAST-20, Prueba de detección de abuso de sustancias de 20 ítems; HADS, Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; IQR, rango intercuartílico; SF-36, Cuestionario de salud en su forma corta de 36 ítems.	

Conclusiones: El consumo problemático de sustancias se acompaña de síntomas psiquiátricos, especialmente en jóvenes. Se requiere atención mental y hepática integral, así como tamizaje sistemático de VHC, en estos entornos.

Financiamiento: Este estudio se realizó dentro de Plan Nacional de Eliminación de la Hepatitis. El equipo iLivTouch® FT100 lo proporcionó HiSky Medical Technologies como respaldo irrestricto.

Mar293

DAÑO HEPÁTICO EN BROTE POR DENGUE EN EL OCCIDENTE DE MÉXICO

D. K. Tapia-Calderón, F. A. Félix-Téllez, R. Escobedo-Sánchez, K. García-Ruiz, D. S. Chávez, J. M. Aldana-Ledesma, S. A. Aguirre-Díaz, J. A. Velarde-Chávez, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Grupo Colaborativo: Gastroenterología e Infectología: Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: El dengue es una enfermedad viral transmitida por vectores (*Aedes aegypti*) que representa una de las principales causas de morbilidad en regiones tropicales y subtropicales, lo que afecta de manera significativa a la salud pública. Durante el periodo de julio a octubre de 2024 se registró un brote de fiebre por dengue serotipo 3 en el occidente de México. Este brote afectó a una población diversa, con complicaciones significativas, especialmente alteraciones hepáticas.

Objetivo: Describir la afectación hepática en pacientes del occidente de México con dengue serotipo 3 durante el brote y evaluar la relación entre la gravedad del dengue y la hepatitis, así como los factores clínicos relacionados con desenlaces graves, como trombocitopenia, ingreso a cuidados intensivos y mortalidad.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en pacientes hospitalizados por diagnóstico de fiebre secundaria a dengue durante el brote ocurrido en el occidente de México entre julio y octubre de 2024. Se recopilaron datos sociodemográficos y se categorizó a los pacientes de acuerdo con su gravedad según la WHO. Para clasificar el daño hepático se tomaron en cuenta las siguientes definiciones: a) hepatitis aguda, transaminasas ≥ 2 LNS (> 80), b) lesión hepática por dengue, transaminasas ≥ 10 LNS (> 400) y c) hepatitis grave por dengue, transaminasas $\geq 1\,000$ U. Se realizó estadística descriptiva con medias (rango intercuartílico) para las variables continuas y frecuencias (porcentaje) para las categóricas. Se efectuó análisis univariado para comparar las características de los pacientes con y sin hepatitis grave mediante la prueba ji cuadrada para las variables categóricas y prueba t de Student o U de Mann-Whitney para las variables continuas de acuerdo con lo necesario.

Resultados: Se incluyó a un total de 329 pacientes, de los cuales 211 (64%) fueron mujeres, con una media de edad de 27,2 años. Todos fueron serotipo 3 y en 225 pacientes se determinó NS1, de los cuales 201 (89%) fueron positivos. De acuerdo con la clasificación de la OMS, el 42,6% de los pacientes cumplió criterios de dengue grave (Tabla 1). El consumo de alcohol se registró en 35% y de productos herbolarios en 3% de los casos. Los síntomas más frecuentes al ingreso fueron: fiebre (97%), náusea (76%), vómito (72%), cefalea (66%), sangrado (61%) y mialgias (52%). Más del 90% de los pacientes presentaron elevación de transaminasas hepáticas, de los cuales 166 (50,5%) se clasificaron como hepatitis leve, 95 (28,9%) como lesión hepática por dengue y 43 (13,1%) como hepatitis grave. La trombocitopenia grave ($< 50\,000$) se presentó en 26,1% de

los pacientes. El ingreso a la unidad de cuidados intensivos fue necesario en 6 (1,8%) sujetos. La mortalidad fue del 3%. La presencia de NS1 positivo se vinculó con trombocitopenia grave (0,014), aunque no hubo diferencia en cuanto a la gravedad del dengue, hepatitis aguda, estancia en UCI o muerte. Los pacientes con hepatitis grave tuvieron mayor frecuencia de estancia en UCI en comparación con los pacientes con hepatitis leve (6,9% vs. 1,2%, $p = 0,029$).

Conclusiones: Este estudio, enfocado en el brote de dengue serotipo 3 en el occidente de México, demuestra que la afectación hepática es una manifestación

frecuente y clínicamente relevante, con alteraciones hepáticas observadas en más del 90% de los casos. La hepatitis grave se vinculó con una mayor frecuencia de ingreso a cuidados intensivos, lo que subraya su efecto en la evolución clínica de los pacientes. Aunque la positividad del antígeno NS1 se relacionó con trombocitopenia grave, no se encontró una vinculación directa con la gravedad del dengue o la hepatitis. Estos hallazgos destacan la importancia de evaluar la función hepática en estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno.

Tabla 1. Características basales de los pacientes hospitalizados por fiebre secundaria a dengue. (Mar293)

Características clínicas		Número de pacientes (n = 329/%)	
Sexo femenino		211 (64,1%)	
Edad (media)		36,6 (15-87)	
NS1 positivo (n = 225)		201 (89,3%)	
Clasificación del dengue	Sin datos de alarma	6 (1,8%)	
	Con datos de alarma	183 (55,6%)	
	Dengue grave	140 (42,6%)	
Comorbilidades	Diabetes mellitus	44 (13,4%)	
	Hipertensión arterial sistémica	36 (10,9%)	
	Enfermedad hepática crónica	1 (0,3%)	
Tóxicos	Tabaquismo	82 (24,9%)	
	Consumo de alcohol	115 (35%)	
	Uso de herbolaria	10 (3%)	
Síntomas al ingreso	Fiebre	319 (97%)	
	Náusea	251 (76,3%)	
	Vómito	239 (72,6%)	
	Dolor abdominal	142 (43,2%)	
	Cefalea	218 (66,3%)	
	Mialgias	174 (52,9%)	
	Artralgias	155 (47,1%)	
	Exantema	19 (5,8%)	
	Prurito	9 (2,7%)	
	Sangrado	202 (61,4%)	
	Manifestaciones neurológicas	3 (0,9%)	
	Manifestaciones cardíacas	5 (1,5%)	
Parámetros de laboratorio al ingreso (media/DE)	Hemoglobina		
	Hematócrito		
	Plaquetas		
	Leucocitos		
	Creatinina		
	GGT		
	ALT/TGP		
	AST/TGO		
	Fosfatasa alcalina		
	DHL		
Complicaciones	Hepatitis aguda por dengue 304 (92,4%)	Hepatitis leve	166 (50,5%)
		Lesión hepática por dengue	95 (28,9%)
		Hepatitis grave	43 (13,1%)
	Trombocitopenia 284 (86,3%)	Leve	50 (15,2%)
		Moderada	152 (46,2%)
		Grave	86 (26,1%)
	Estancia en UCI		6 (1,8%)
	Hospitalización ≥ 7 días		11 (3,3%)
	Muerte		10 (3%)



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 18 de noviembre de 2025

Neurogastroenterología V

Mar294

LA SINFONÍA DE LA PERISTALSIS: CAMBIOS EN PH-METRÍA, ENDOSCOPIA E HISTOLOGÍA EN LOS TRASTORNOS DE LA PERISTALSIS ESOFÁGICA SEGÚN CHICAGO 4.0

R. Estupiñán-Martínez, J. A. Aguado-Valerio, E. I. González-Bravo, UMAE Puebla, IMSS

Introducción: Las disfunciones de la peristalsis esofágica definidas en la clasificación de Chicago versión 4.0, como la motilidad esofágica inefectiva (MEI) y la ausencia de contractilidad (CA), son frecuentes en individuos que padecen enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). No obstante, su vínculo con los hallazgos endoscópicos, los cambios histológicos y las mediciones de pH-impedancia aún no se ha descrito en profundidad en la población mexicana. Comprender estas manifestaciones desde un enfoque integral podría ayudar a reconocer perfiles clínicos concretos que tengan relevancia terapéutica.

Objetivo: Analizar la relación entre los trastornos motores esofágicos según Chicago 4.0, la clasificación endoscópica AFS y las variables de pH-impedancia en pacientes con presunta ERGE atendidos en un centro especializado.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal, observacional y analítico en 133 adultos evaluados entre junio de 2024 y abril de 2025. Se seleccionaron casos diagnosticados con MEI, CA o esófago hipercontráctil que contaban con información completa sobre endoscopia, histología y pH-metría. Se aplicaron pruebas estadísticas con ji cuadrada, Kruskal-Wallis y cálculo de *odds ratio* con intervalos de confianza al 95%. Las variables numéricas se resumieron mediante mediana y rango intercuartílico. Además, se elaboró un diagrama de bosque con escala logarítmica y barras de error específicas.

Resultados: El trastorno motor predominante fue MEI (63,2%), seguido por CA (35,3%). Se encontró una relación significativa entre grados elevados de la clasificación AFS y la presencia de MEI ($p = 0,003$; OR = 3,176). La detección de la válvula de Gubaroff anatómicamente completa (AFS F) mostró relación inversa con MEI ($p < 0,001$; OR = 0,158), mientras que la infección por *Helicobacter pylori* también se vinculó de forma negativa con MEI ($p = 0,035$; OR = 0,374) (Tabla 1). En las variables continuas, la latencia distal y los valores de DCI primario, secundario y multigrado revelaron diferencias estadísticamente relevantes entre los distintos patrones de motilidad ($p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas en la presión del EEI, el IRP, el tiempo de exposición ácida, MNBI

ni en otros indicadores. La presencia de línea Z irregular, la metaplasia y la esofagitis endoscópica tampoco revelaron correlación relevante. Los resultados son parciales.

Conclusiones: Este estudio identifica relaciones relevantes entre las modificaciones anatómicas de la unión esofagogástrica y las alteraciones peristálticas descritas por la clasificación de Chicago 4.0. La aproximación multimodal aporta información fisiopatológica valiosa que puede contribuir a perfeccionar los enfoques diagnósticos y terapéuticos en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Tabla 1. Relación de variables endoscópicas e histológicas con motilidad esofágica inefectiva en comparación con la contractilidad ausente. AFS de alto grado se refiere a grados 3-4 mientras que bajo grado a 1-2. F+ se refiere a presencia de válvula de Gubaroff anatómicamente completa, en tanto que F- a válvula anatómicamente incompleta. (Mar294)

Variable	OR	IC bajo	IC alto	Valor p
AFS grado alto vs. bajo	3,176	1,471	6,859	0,003
AFS F+ vs. F-	0,158	0,051	0,485	< 0,001
<i>H. pylori</i> (sin vs. con)	0,374	0,147	0,953	0,035

Mar295

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON TEGOPRAZÁN EN SUJETOS CON HIPERSENSIBILIDAD AL REFLUJO

J. L. Vargas-Basurto, F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, E. L. Núñez-Jiménez, M. M. Pérez-Guzmán, H. R. Ordaz-Álvarez, S. P. Mendivil-Sáenz, L. R. Valdovinos-García, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La hipersensibilidad al reflujo (HR) es un trastorno del eje cerebro-intestino que se caracteriza principalmente por la evidencia de síntomas (pirosis o dolor torácico) desencadenados por episodios de reflujo a pesar de una exposición normal al ácido en la vigilancia ambulatoria de

pH-impedancia, pero con relación sintomática positiva. Los inhibidores de la bomba de protones actualmente forman parte del tratamiento farmacológico, pero la respuesta clínica es limitada. El tegoprazán es un fármaco bloqueador ácido competitivo de potasio (PCAB), que recientemente se aprobó en México y del que no existen estudios que evalúen su efectividad en pacientes con HR.

Objetivo: Evaluar la respuesta clínica al tegoprazán en sujetos con HR después de dos semanas de tratamiento.

Material y métodos: Estudio abierto en pacientes que acudieron al Instituto de Investigaciones Médico Biológicas durante el periodo septiembre-diciembre del 2024 en el que se les estableció el diagnóstico de HR por pH-metría e impedancia de 24 h. A cada paciente se le administró una tableta de tegoprazán de 50 mg una vez al día durante 14 días. Se aplicaron los cuestionarios de Carlsson-Dent y GERD-HRQL, basal y al terminar dos semanas de tratamiento. Las variables numéricas se expresaron con medidas de tendencia central y de dispersión, mientras que las variables categóricas lo hicieron con frecuencias y porcentajes. La distribución de los datos se evaluó con la prueba de Shapiro-Wilk. Se compararon las medias de las puntuaciones de los cuestionarios basales y posteriores al tratamiento mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas y la prueba de McNemar para las variables categóricas pareadas. Las comparaciones entre grupos se realizaron con la prueba t de Student para muestras independientes y las correlaciones se analizaron con el coeficiente de Spearman. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis se realizó con SPSS, v. 26.

Resultados: Se incluyó a 15 sujetos con HR, de los cuales el 66,7% correspondió a mujeres, con una edad media de 45,6 años (intervalo, 24-71) y un IMC promedio de $27,5 \pm 5,5 \text{ kg/m}^2$. A las dos semanas, el 86,7% de los pacientes disminuyó $\geq 50\%$ en la puntuación GERD-HRQL y el 46,7% en el Carlsson-Dent. Además, el 40% de los sujetos se encontraba asintomático. La puntuación de Carlsson-Dent decreció de $15,2 \pm 2,7$ a $6,0 \pm 4,8$ puntos ($p = < 0,001$) y el GERD-HRQL de $43,4 \pm 8,5$ a $7,2 \pm 1,6$ ($p = < 0,001$) (Figura 1). Hubo una reducción significativa en la subescala de pirosis (basal: $23,8 \pm 4,5$ vs. postratamiento: $4,2 \pm 1,0$; $p = < 0,001$) y en la subescala de regurgitación (basal: $19,5 \pm 4,7$ vs. postratamiento: $3,0 \pm 0,9$; $p = < 0,001$). La proporción de individuos satisfechos aumentó del 6,7% al 93,3% ($p = < 0,001$). Al comparar a los pacientes asintomáticos con los sintomáticos se identificó un menor IMC en los asintomáticos ($24 \pm 3,8$ vs. $29,8 \pm 5,5$, $p = 0,046$), y además se observó una correlación inversa significativa entre el IMC y la respuesta sintomática ($r = -0,598$; $p = 0,018$). No se identificaron otros predictores de respuesta, ya que no se encontraron diferencias en la calificación de Lyon ni en los parámetros de pH-metría.

Conclusiones: El tegoprazán es una opción terapéutica en pacientes con HR que mejora los síntomas y la calidad de vida a las dos semanas de tratamiento. El IMC se identificó como un posible predictor de respuesta; sin embargo, se requieren estudios adicionales para confirmar este hallazgo y explorar otros posibles predictores.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar296

DISPEPSIA POSTINFECCIOSA EN PACIENTES CON DENGUE GRAVE

M. J. Muñoz-Jiménez, E. C. Morel-Cerda, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, F. A. Félix-Téllez, R. Escobedo-Sánchez, S. A. Aguirre-Díaz, D. S. Chávez, M. F. Hernández-Jiménez, J. M. Aldana-Ledesma, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

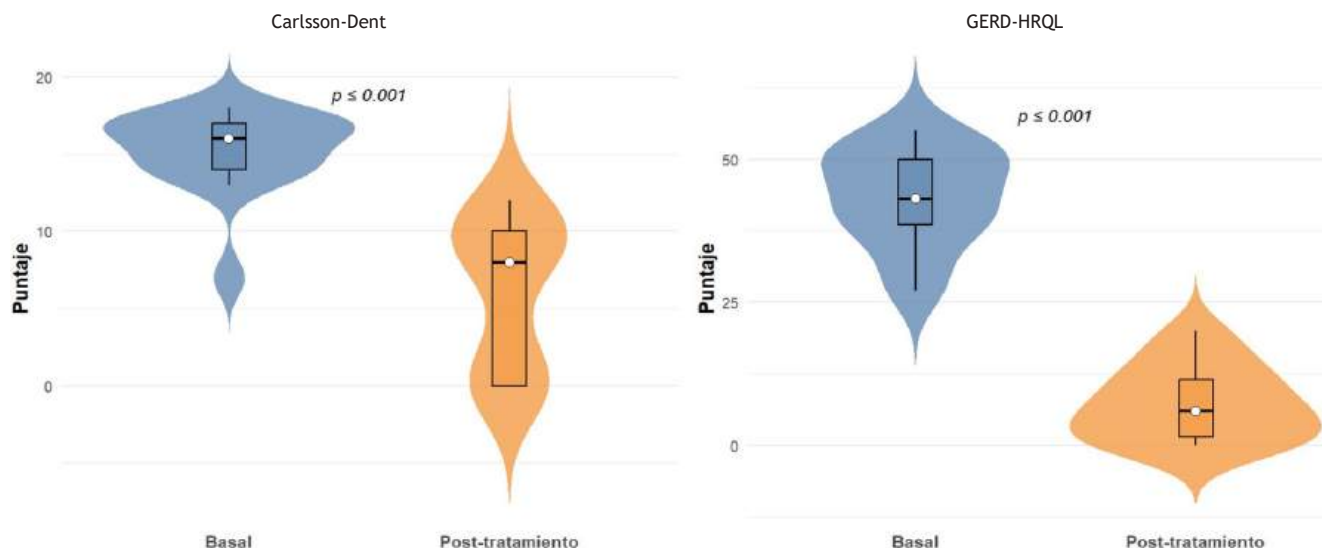
Introducción: La dispepsia representa un padecimiento gastrointestinal común que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes. Por tradición, su etiología ha sido multifactorial. Sin embargo, un área de creciente interés es la dispepsia posinfecciosa (DPI), caracterizada por el inicio de síntomas dispépticos en individuos previamente asintomáticos, tras un episodio de infección aguda, lo que sugiere un vínculo entre la inflamación intestinal inducida por patógenos y el desarrollo de disfunción gastrointestinal persistente.

Objetivo: Determinar la relación de la dispepsia posinfecciosa en pacientes con dengue grave y hacer una comparación entre un paciente posinfeccioso con SARS-CoV-2.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes mayores de 18 años que cursaron con una hospitalización por dengue grave en el Hospital Civil de Guadalajara del 2024 al 2025, sin síntomas previos de dispepsia o enfermedad gastrointestinal. Se utilizó un grupo control de pacientes de dispepsia posterior a COVID. Tipo de estudio: retrospectivo, observacional y analítico. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y además se realizó una regresión logística y ANOVA, con análisis *post hoc* de Tukey B para comparar las medias entre grupos.

Resultados: Se incluyó en total a 94 pacientes con dengue grave y se utilizó un grupo control de 238 pacientes con SARS-CoV-2. Los individuos que cumplieron criterios de Roma IV para dispepsia fueron objeto de una encuesta de gravedad, como LEEDS y PAGI-SYM. Se encontró que la dispepsia estaba presente en un 51,1% de los pacientes con dengue y en 14,7% de los pacientes con SARS-CoV-2, con un riesgo relativo (RR) para “dispepsia posinfecciosa por dengue grave” de 6,96 (IC95%, 4,00-12; $p < 0,001$). Los principales síntomas señalados fueron: dolor epigástrico (38,3%), dolor ardoroso (28,7%), saciedad temprana (26,6%) y plenitud (11,7%). Además, se condujo un análisis de gravedad sintomática mediante ANOVA que reveló diferencias significativas ($p < 0,001$) entre los tres fenotipos de dispepsia (síndrome de dolor epigástrico [SDE], síndrome de distrés posprandial [SDP], síndrome de sobreposición [OVL]), tanto para la escala total LEEDS como para el PAGI-SYM total. Las pruebas *post hoc* de Tukey B confirmaron que el OVL presentó la mayor gravedad (LEEDS: $21,6 \pm 5,79$; PAGI-SYM: $38,5 \pm 20,5$), seguido por el SDP (LEEDS: $15,0 \pm 4,35$; PAGI-SYM: $29,4 \pm 21,76$); la SDE tuvo la menor gravedad (LEEDS:

Figura 1. Distribución de las puntuaciones de Carlsson-Dent y GERD-HRQL antes y después del tratamiento. (Mar295)



3,44 ± 1,68; PAGI-SYM: 3,13 ± 1,82), con diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos.

Conclusiones: Los pacientes con dengue grave tienen un alto riesgo de desarrollar dispepsia posinfecciosa. El síntoma más frecuente fue el dolor epigástrico y el síndrome de sobreposición (OVL) fue el subtipo de dispepsia más prevalente y el que presentó la mayor gravedad sintomática, mientras que el síndrome de dolor epigástrico (SDE) mostró la menor. De forma adicional, se observó una menor incidencia del síndrome de distrés posprandial (SDP) en la cohorte de dengue en comparación con SARS-CoV-2 ($p < 0,001$).

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar297

ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD E INCOMPETENCIA DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA EVALUADA POR MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN

M. Herrera-Sato, C. I. Zubía-Nevárez, D. I. Carmona-Guerrero, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La obesidad se ha vinculado con mayor prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), posiblemente debido al incremento sostenido de la presión intraabdominal, que compromete la competencia de la unión esofagagástrica (UEG). La manometría esofágica permite evaluar parámetros funcionales que pueden reflejar esta incompetencia, entre ellos: a) una integral contráctil esofagagástrica (IC-UEG) < 25 mmHg·cm, b) una delta de presión intraesofágica elevada (diferencia entre presión esofágica durante la maniobra de elevación de pierna recta (EPR) menos la presión esofágica en reposo > 11 mmHg), c) equalización gastroesofágica (cuando la presión intragástrica menos la intraesofágica es < 1 mmHg) durante la EPR y d) una transmisión visible de la presión durante la maniobra de EPR.

Objetivo: Evaluar la relación entre obesidad e incompetencia de la UEG definida por parámetros manométricos y su relación con el tiempo de exposición al ácido (TEA).

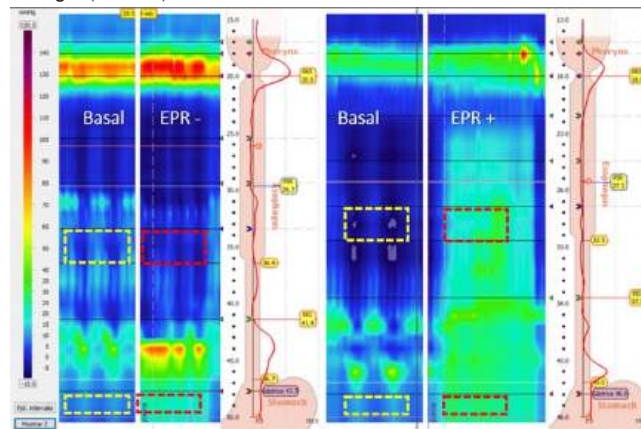
Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con manometría y pH-metría esofágica entre julio de 2024 y julio de 2025 en el INCMNSZ. Se incluyó a adultos con maniobra EPR completa y se los excluyó si presentaban cirugías esofagagástricas, esclerosis sistémica, EGJO y gastroparesia. Se calculó: a) la IC-UEG, b) la delta de presión intraesofágica, c) el gradiente gastroesofágico durante EPR y d) la transmisión visible de presión. Se definió la obesidad como IMC > 30 kg/m². Las variables cuantitativas se resumieron como media ± desviación estándar o mediana con rango intercuartílico y las categóricas como frecuencias absolutas y porcentajes. Se aplicaron pruebas de normalidad de Shapiro-Wilk. Las variables cuantitativas se compararon con t de Student o U de Mann-Whitney y las categóricas con ji cuadrada o prueba exacta Fisher.

Resultados: Se analizó a 77 pacientes con edad mediana de 48,9 años, 53,2% de mujeres y 22,1% con obesidad. El 68,8% tuvo motilidad esofágica normal y el tipo de UEG más frecuente fue el II (46,8%). La mediana de IC-UEG fue de 40,29 mmHg·cm. Al comparar a pacientes con o sin obesidad, la media de IC-UEG fue igual ($p = 0,873$) y la proporción de IC-UEG hipotensa también. En 66,2%, la maniobra de EPR fue efectiva (Figura 1). La obesidad se relacionó significativamente con una delta > 11 mmHg (OR: 4,5; $p = 0,042$). La equalización gastroesofágica fue más frecuente en obesos (66,7%), sin alcanzar significancia ($p = 0,086$). También se observó una relación entre obesidad y transmisión visible de presión (OR: 8,94; $p = 0,007$). Los pacientes con obesidad presentaron mayor presión gástrica máxima en reposo ($p = 0,002$; de Cohen = 1,076), presión gástrica media en reposo ($p < 0,001$; $d = 1,243$), presión gástrica media ($p < 0,001$; $d = 1,577$) y máxima durante EPR ($p = 0,002$), presión esofágica máxima ($p < 0,05$) y esofágica media ($p = 0,017$) durante EPR. En el subanálisis de los pacientes que contaban con pH-metría (38), no hubo mayor proporción de un tiempo de exposición al ácido > 6% en el grupo de obesidad (25% vs. 36,7%, $p = 0,689$).

Conclusiones: Los sujetos con obesidad sufrieron una disrupción de la barrera antirreflujo evaluada mediante la maniobra de EPR con manometría esofágica de alta resolución. Sin embargo, estos hallazgos no se tradujeron en una mayor exposición patológica al ácido evaluada por pH-metría.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Se muestran las áreas donde se midió la presión basal tanto esofágico (cuadro punteado amarillo superior) como gástrico (cuadro punteado amarillo inferior) y la presión durante la elevación de pierna recta esofágico (cuadro punteado rojo superior) y gástrico (cuadro punteado rojo inferior). En el lado izquierdo se muestra a un paciente con adecuada competencia de la unión esofagagástrica (UEG) durante la maniobra de elevación de pierna recta (EPR) comparado con el lado derecho donde es incompetente la UEG y se visualiza la transmisión de la presión gástrica al esófago. (Mar297)



Mar298

PERFIL FISIOLÓGICO DE LA SOBREPOSICIÓN ENTRE INCONTINENCIA FECAL Y ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL: UN ANÁLISIS MULTICÉNTRICO BASADO EN MANOMETRÍA ANORRECTAL Y SENSIBILIDAD RECTAL

H. R. Ordaz-Álvarez, K. R. García-Zermeño, G. P. Martínez-Pérez, K. D. González-Gómez, N. B. Noriega-García, R. A. Jiménez-Castillo, F. A. Félix-Téllez, J. M. Remes-Troche, Grupo Colaborativo: Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Los trastornos funcionales del piso pélvico como el estreñimiento funcional (EF) y la incontinencia fecal (IF) pueden coexistir y producir un cuadro de sobreposición EF + IF que es frecuente en la práctica clínica pero poco caracterizado en términos fisiológicos. A pesar de su prevalencia, estos pacientes suelen excluirse de los estudios, lo que limita la comprensión de su fisiopatología.

Objetivo: Explorar si la sobreposición representa un fenotipo fisiológico diferenciado mediante el análisis conjunto de parámetros de manometría anorrectal y sensibilidad rectal.

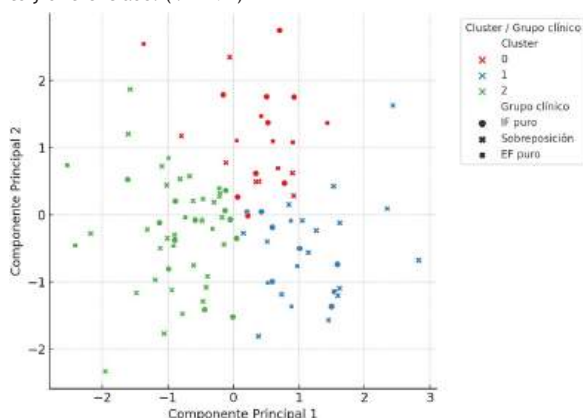
Material y métodos: Se realizó un estudio ambispectivo multicéntrico. Se incluyó a adultos con manometría anorrectal de alta resolución y prueba de sensibilidad rectal completas. Se los clasificó en tres grupos: EF puro, IF puro y sobreposición EF + IF, con base en síntomas predominantes y puntuaciones clínicas. Se compararon parámetros fisiológicos clave como presiones anales, RAIR y umbral de primera sensación. Se aplicaron pruebas no paramétricas, regresión logística, curvas ROC, análisis de conglomerados (K-means) y componentes principales para explorar patrones fisiológicos y capacidad discriminativa.

Resultados: Se incluyó a 730 pacientes: 42 con EF puro (5,8%), 192 con IF puro (26,3%) y 496 con sobreposición EF + IF (67,9%). La mayoría del grupo de sobreposición correspondió a mujeres (72%) con edad media de 58 años. La presión anal en reposo y la presión de contracción fueron menores en IF puro, mayores en EF puro y de valores intermedios en sobreposición ($p < 0,01$). El umbral de primera sensación rectal fue más elevado en sobreposición, lo que sugiere hiposensibilidad rectal límite. Las curvas ROC individuales mostraron poder discriminativo modesto (AUC 0,60-0,62). El modelo multivariable integrado (ARM + sensibilidad rectal) alcanzó AUC global de 0,60. Una calificación clínica derivada mostró distribución diferencial por grupo. El análisis de conglomerados no supervisado reveló tres clústeres fisiológicos distintos (Figura 1). El grupo de sobreposición predominó en un clúster caracterizado por presiones intermedias y umbral sensorial elevado, lo que respalda la existencia de un fenotipo mixto.

Conclusiones: Los hallazgos indican que la sobreposición EF + IF no es simplemente la suma de dos entidades, sino un perfil fisiológico híbrido. Las presiones intermedias y la posible hiposensibilidad rectal reflejan una disfunción combinada, con implicaciones diagnósticas y terapéuticas. Aunque el poder discriminativo individual de los parámetros fue limitado, su análisis conjunto permite identificar patrones complejos. La calificación clínica derivada y el clúster predominante en la sobreposición sustentan esta interpretación. Desde una perspectiva clínica, este fenotipo mixto exige un abordaje terapéutico más personalizado, que combine estrategias dirigidas tanto a la mejoría del control esfintérico como a la normalización de la sensibilidad rectal y la coordinación motora. El uso racional de tratamientos como la biorretroalimentación multimodal, la neuromodulación o las intervenciones farmacológicas específicas podría beneficiarse de esta caracterización fisiológica. Finalmente, estos resultados abren la puerta a futuras investigaciones que exploren la evolución longitudinal del fenotipo de sobreposición, su respuesta terapéutica y su relación con biomarcadores neurogastroenterológicos.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Figura 1. Análisis de componentes principales (PCA) con agrupamiento no supervisado (*K-means*) de los parámetros fisiológicos anorrectales estandarizados. Se identificaron tres clústeres principales, de los cuales uno fue predominantemente ocupado por pacientes con sobreposición EF + IF. Este subgrupo se caracterizó por presiones anales intermedias y umbrales de sensibilidad elevados, lo que respalda la hipótesis de un fenotipo fisiológico mixto y diferenciado. (Mar298)



Mar299

DESREGULACIÓN INMUNITARIA Y DEL ESTADO RÉDOX EN DISPEPSIA FUNCIONAL (DF): ANÁLISIS DE PERFIL INFLAMATORIO Y BIOMARCADORES DE ESTRÉS OXIDANTE

A. S. Morales-Guzmán, A. Alarcón-Aguilar, A. Luna-López, G. Mendoza-Domínguez, S. A. Zaragoza-Galicia, M. Motola-Kuba, M. Schmulson, Laboratorio de Trastornos Neurogastroenterológicos, Unidad de Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Introducción: La DF es un trastorno de la interacción intestino-cerebro de etiología multifactorial en la cual la inflamación de bajo grado del duodeno juega un papel importante. En fecha reciente se ha demostrado en el síndrome de intestino irritable (SII) una respuesta inmune alterada junto con estrés oxidante (EO), pero no hay información al respecto en la DF.

Objetivo: Evaluar la respuesta inmune sistémica en pacientes con DF mediante el análisis de interleucinas proinflamatorias y antiinflamatorias y de biomarcadores de EO.

Material y métodos: Como parte de un estudio para evaluar el EO y la activación inmune en pacientes con SII, en esta investigación se analizó a 17 pacientes con DF-Roma III de la consulta externa de gastroenterología del Hospital General de México y 17 controles negativos para DF. Se excluyó a aquéllos con enfermedades orgánicas (diabetes mellitus, autoinmunes, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celiaca, infecciones recientes). Se recolectó sangre venosa periférica de cada participante y se determinaron valores de interleucinas (IL-10, IL-4, IL-6 y TNF- α) mediante ELISA y concentraciones de malondialdehído (MDA) mediante análisis con ácido tiobarbitúrico (TBARS); carbonilos proteicos con la 2,4-dinitrofenilhidrazina; glutatión reducido (GSH) y oxidado (GSSG) mediante el método de ELLMAN (Sigma-Aldrich). Los datos se analizaron con la U de Mann-Whitney, y se consideró significativa una $p \leq 0,05$.

Resultados: Se estudió a 15 mujeres y 2 hombres con DF, pareados con 15 mujeres y 2 hombres controles, de igual edad: 39 ± 13 vs. 38 ± 14 años ($p = 0,8$). Los pacientes con DF, respecto de los controles, presentaron menores valores de IL-10 ($179,60 \pm 147,04$ vs. $383,04 \pm 165,53$ pg/ μ L, $p < 0,01$) e IL-4 ($291,42 \pm 39,0$ vs. $926,89 \pm 352,93$ pg/ μ L, $p = 0,01$); y mayores de IL-6 ($956,79 \pm 291,53$ vs. $292,23 \pm 36,26$ pg/ μ L, $p = 0,01$) y TNF- α ($943,97 \pm 308,45$ vs. $292,23 \pm 36,26$ pg/ μ L, $p = 0,01$). Asimismo, en DF se registraron mayores concentraciones de MDA ($3,84 \pm 1,57$ vs. $2,51 \pm 0,50$ nmol/mg/proteína) y GSSG ($60,65 \pm 17,67$ vs. $40,41 \pm 14,40$ μ M) en comparación con los controles (ambos $p < 0,01$). En contraste, las concentraciones de GSH no mostraron diferencias entre los grupos (DF: $27,94 \pm 12,63$ vs. controles: $35,53 \pm 16,17$ μ M, $p > 0,05$); sin embargo, el cociente GSH/GSSG fue menor en DF ($2,44 \pm 1,06$ vs. $6,54 \pm 1,83$ μ M, $p < 0,01$). Adicionalmente, los pacientes con DF se distribuyeron en síndrome de distrés posprandial (SDP): 41,1%; síndrome de dolor epigástrico (SDE): 17,7%; sobreposición SDP/SDE: 5,9% (un solo paciente excluido del análisis); y DF no clasificable (DF-NC): 35,3%, pero no hubo diferencias en las cifras de interleucinas ni en los marcadores de EO entre estos subtipos.

Conclusiones: Estos datos evidencian un desbalance entre las interleucinas proinflamatorias y antiinflamatorias en DF y, por primera vez en las publicaciones médicas, la presencia de EO en dichos pacientes, lo que respalda la implicación de una alteración de la respuesta inmune y del estado redox en DF independientemente del subtipo.

Financiamiento: Financiado parcialmente por la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM; Instituto Nacional de Geriátria. Gabriel Mendoza Domínguez recibe beca de posgrado por parte de la SECIH.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 18 de noviembre de 2025

Oncología

Mar300

FACTORES DETERMINANTES EN LA ELECCIÓN DE PRUEBAS DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN EL NOROESTE DE MÉXICO: UN ESTUDIO DE PREFERENCIAS ENTRE FIT Y COLONOSCOPIA

C. R. Elías-Ortega, M. M. García-Favela, J. Félix-Gurrola, E. Ledesma-Martínez, C. O. Morales-Gómez, M. A. Sánchez-Escandón, J. M. Avendaño-Reyes, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) representa un problema de salud pública significativo en México y es el tercer cáncer en incidencia y el segundo más letal. La mayoría de los casos se detecta en estadios avanzados, lo que destaca la urgencia de la detección temprana. En particular, Baja California ha mostrado una preocupante tendencia al alza en la mortalidad por CCR en los últimos años, lo que subraya la necesidad de estrategias de cribado efectivas.

Objetivo: Identificar las variables relacionadas con la elección de una prueba de tamizaje, como la prueba FIT, la colonoscopia o ninguna, entre personas en edad de escrutinio de la población de Baja California, tras recibir información sobre ambos métodos de cribado.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de la población de Mexicali, Baja California, en los meses de junio y julio de 2025 a 788 personas en edad de escrutinio. Tras una breve explicación sobre la prueba FIT y la colonoscopia, se preguntó a los participantes sobre su método de cribado preferido. Se llevaron a cabo análisis univariados para identificar las variables significativamente vinculadas con cada elección.

Resultados: Se obtuvieron tres grupos de individuos: los que escogieron colonoscopia (109, 13,83%), los que seleccionaron la prueba FIT (655, 83,12%) y los que optaron por no tamizar (24, 3,04%). En el grupo que eligió la colonoscopia se observó una relación significativa con pertenecer al IMSS (OR 0,573; 0,331-0,994; $p = 0,048$), lo que sugiere que los afiliados al IMSS tienen una menor probabilidad de elegir la colonoscopia. Las razones significativas para preferirla incluyeron ser percibida como “más meticulosa” (OR 40,66; $p = < 0,001$), “mejor para encontrar/remover pólipos o cáncer” (OR 44,89; $p = < 0,001$), así como la aversión a “manipular heces” (OR 76,10; $p = < 0,001$) y el deseo de “realizar menos pruebas/estudios” (OR 42,22; $p = < 0,001$). En contraste, en el grupo que seleccionó la prueba FIT, la afiliación al IMSS se relacionó significativamente (OR 1,925; 1,145-3,238; $p = 0,013$), lo cual indica que los afiliados al IMSS tienen

casi el doble de probabilidades de elegir la prueba FIT. Además, el conocimiento sobre la colonoscopia fue altamente significativo (OR 1,970; 1,270-3,058; $p = 0,002$), lo que sugiere que aquellos con mayor conocimiento sobre la colonoscopia también son más propensos a elegir la prueba FIT. Las razones independientes para elegir la FIT ($p < 0,05$) fueron su naturaleza “no invasiva” (OR 21,06; $p = < 0,001$), ser “fácil de usar” (OR 5,68; $p = < 0,001$), evitar la “preparación previa” (OR 8,58; $p = 0,011$), el “miedo a la colonoscopia” ($p = 0,017$) y la posibilidad de realizarla “cada año” (OR 16,72; $p = < 0,001$). En cuanto al grupo que eligió ninguna como su prueba de cribado de elección, se encontró una relación altamente significativa con el conocimiento sobre la colonoscopia (OR 0,290; 0,113-0,746; $p = 0,010$). Esto indica que un mayor conocimiento sobre la colonoscopia se vincula con una menor probabilidad de no elegir ningún método de cribado.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la afiliación al sistema de salud público y el grado de conocimiento sobre los procedimientos de cribado juegan un papel crucial en la decisión de la población con respecto a la elección de la prueba FIT o la colonoscopia para el cribado de CCR. La prueba FIT fue el método de elección preferido. La falta de conocimiento, incluso después de una intervención, puede llevar a la inacción. Estos hallazgos resaltan la importancia de programas educativos dirigidos y adaptados a las características de la población para fomentar la participación en el cribado del CCR.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar301

CERTEZA DIAGNÓSTICA DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES PARA LESIONES ENDOSCÓPICAS MALIGNAS O PREMALIGNAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON ACTIVIDAD METABÓLICA INCIDENTAL EN TUBO DIGESTIVO

L. M. Cruz-Rodríguez, M. E. Ramírez-Solís, J. O. Alonso-Lárraga, A. I. Hernández-Guerrero, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: La captación incidental de fluorodesoxiglucosa (FDG) en estudios PET-CT puede sugerir procesos malignos en el tubo digestivo, especialmente en pacientes oncológicos. Sin embargo, no existe un consenso sobre el rendimiento diagnóstico del valor SUVmax para identificar lesiones malignas o premalignas, lo que genera incertidumbre diagnóstica ante hallazgos

con posible relevancia oncológica que llevan a la realización de estudios endoscópicos complementarios.

Objetivo: Determinar la certeza diagnóstica del PET-CT para diagnosticar lesiones endoscópicas malignas o premalignas en pacientes oncológicos en quienes se identificó de manera incidental la captación de FDG en tubo digestivo.

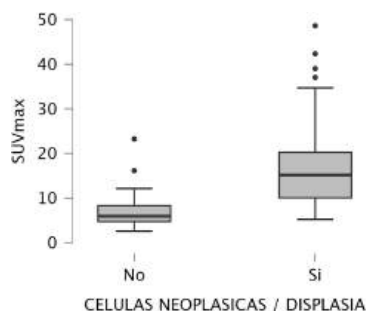
Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en un centro terciario entre enero de 2019 y marzo de 2024. Se evaluó a pacientes con cáncer de primario no gastrointestinal y captación incidental de FDG en tubo digestivo superior o inferior, quienes se sometieron posteriormente a endoscopia superior o colonoscopia. Se analizó el valor de SUVmax como predictor de lesiones malignas o premalignas mediante curva ROC, se calculó el rendimiento diagnóstico con el resultado histopatológico como estándar de oro y se compararon valores de SUVmax en pacientes con lesiones benignas y lesiones endoscópicas malignas o premalignas.

Resultados: Se incluyó a 205 de pacientes, de los cuales hasta en un 70,2% se identificaron hallazgos en lugar de captación; los más frecuentes fueron los pólipos (28,4%) y las lesiones inflamatorias (25%). Se identificaron lesiones malignas o premalignas en 50,4% de los casos. Las lesiones malignas o premalignas mostraron valores significativamente más altos de SUVmax (media 16,8 vs. 6,8; $p < 0,001$) (Figura 1). El área bajo la curva (AUROC) fue de 0,904. Un punto de corte de SUVmax de 8,85 registró sensibilidad de 80,3% y especificidad de 80%, con una exactitud diagnóstica del 80,16%.

Conclusiones: La captación incidental de FDG en el tubo digestivo en pacientes oncológicos debe interpretarse con cautela, ya que una proporción relevante se relaciona con lesiones neoplásicas o premalignas. El valor de SUVmax constituye una herramienta útil para estratificar el riesgo, dado que se observa una mayor probabilidad de procesos malignos en captaciones con valores elevados. En este contexto, se sugiere considerar la indicación de estudios endoscópicos guiados por el valor de SUVmax, con el fin de favorecer el diagnóstico oportuno y optimizar el tratamiento clínico de estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Distribución de valores de SUVmax en pacientes con lesiones benignas y lesiones endoscópicas malignas o premalignas. (Mar301)



Mar302

FRECUENCIA DE SARCOPENIA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS EN ADULTOS MEXICANOS QUE ASISTEN A UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. López-Nepomuceno, J. Hernández-Calleros, L. Méndez-Sánchez, I. García-Juárez, J. A. Leyva-Islas, M. L. Peralta-Pedrero, J. A. Gabutti-Thomas, S. Rocha-Sada, Grupo Colaborativo: Clínica de páncreas, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El adenocarcinoma ductal de páncreas (ACDP) ha suscitado una creciente preocupación en los últimos años debido al aumento de su incidencia y sus elevadas tasas de mortalidad. Por ello es necesario enfocar esfuerzos en el estudio de factores relacionados con desenlaces adversos, tal la sarcopenia. No obstante, en primera instancia, la prevalencia actual de sarcopenia en ACDP se desconoce debido a las recientes actualizaciones en sus definiciones.

Objetivo: Identificar la frecuencia de sarcopenia al momento del diagnóstico en adultos mexicanos con ACDP en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Éste es un estudio transversal que incluyó a 29 adultos mexicanos recientemente diagnosticados con ACDP del Instituto Nacional de

Ciencia Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. La sarcopenia se determinó en presencia de un índice del músculo esquelético (IME) (analizado con TC) disminuido de acuerdo con los puntos de corte propuestos por Prado *et al.* (2008) y fuerza muscular reducida (evaluada con dinamometría) según los puntos de corte propuestos por Rodríguez *et al.* (2017). De modo adicional se recopilaron parámetros antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos. Para determinar las diferencias de medias se utilizó la prueba t de Student. Para diferencia de medianas se empleó la U de Mann-Whitney. Las diferencias de proporciones se analizaron con la prueba χ^2 o exacta de Fisher, según correspondiera. Finalmente, para identificar las correlaciones se usaron las pruebas de Spearman o Pearson. Se consideró un valor de $p < 0,05$ para definir significancia estadística.

Resultados: De acuerdo con la definición de la *Global leadership initiative in sarcopenia* (GLIS), la frecuencia de sarcopenia al momento del diagnóstico de ACDP fue del 65,5%, con un 63,16% que se clasificó con sarcopenia grave. Los pacientes con sarcopenia registraron cifras más bajas de albúmina ($p = 0,031$), proteínas totales ($p = 0,008$), valores elevados de bilirrubina total ($p = 0,023$), directa ($p = 0,005$) e indirecta ($p = 0,024$), así como mayor pérdida de peso en los últimos seis meses ($p = 0,056$) y saciedad temprana ($p = 0,050$) (Tabla 1). Asimismo, se encontraron correlaciones del IME con el IMC ($r = 0,45$), la circunferencia del brazo ($r = 0,48$) y el ECG ($r = -0,42$).

Conclusiones: La sarcopenia es altamente frecuente en pacientes con ACDP y se manifiesta en alteraciones bioquímicas y antropométricas. Dada su potencial contribución en un pronóstico desfavorable, se sugiere continuar su estudio para implementar intervenciones oportunas.

Financiamiento: Este trabajo recibió financiamiento de CONAHCYT a través de la beca con número de solicitud 64ff8e32cc6a7c68d65aab2f, del programa de Becas Nacionales para Estudios de Posgrado 2023-2.

Mar303

PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS DIGESTIVOS: UN ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegría-Ovando, J. A. González-Vanegas, Y. M. Santiago-Velasco, F. Higuera-De-la-Tijera, Grupo Colaborativo: Servicio de Gastroenterología y Cirugía Oncológica, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los tumores neuroendocrinos digestivos son un grupo poco conocido de neoplasias que surgen en las células del sistema neuroendocrino del tracto gastrointestinal. Algunos estudios realizados en centros médicos nacionales han mostrado un aumento de la incidencia de estos tumores que representan alrededor del 5 a 10% de los tumores gastrointestinales.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas, prevalencia y comportamiento clínico de los tumores neuroendocrinos digestivos.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal y de un grupo. Se incluyeron todos los expedientes de pacientes mayores de 18 años que se atendieron en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga con diagnóstico de tumor neuroendocrino digestivo, que cumplieron los criterios de inclusión y que recibieron atención entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2024.

Resultados: Se analizaron 43 casos de tumores neuroendocrinos digestivos diagnosticados en el Hospital General de México entre enero de 2023 y diciembre de 2024. La edad promedio fue de 50,3 años, con predominio del sexo masculino (56%). Las comorbilidades más comunes fueron hipertensión y diabetes; además, más del 60% tenía antecedentes de tabaquismo y 55,8% de alcoholismo. La mitad tenía antecedentes familiares de cáncer o TNE. El tumor más frecuente fue el pancreático (32,5%), seguido por recto e hígado. Predominaron los insulinomas, aunque también se identificaron carcinoides y gastrinomas. Los síntomas más comunes fueron dolor abdominal, pérdida de peso y diarrea, con un tiempo promedio de diagnóstico de 2,87 años. El tamaño tumoral promedio fue de 2,5 cm (hasta 17 cm). El Ki67 (disponible en 21 pacientes) tuvo una media de 20,1% y fue más alto en tumores de colon y duodeno. La necrosis tumoral se identificó en el 69,7% de los casos. Los pacientes con diagnóstico temprano tendían a tener menos comorbilidades, mayor edad y antecedentes familiares positivos. Por el contrario, el diagnóstico tardío se relacionó con múltiples enfermedades crónicas, tabaquismo, alcoholismo y baja percepción de síntomas. Se concluye que el retraso diagnóstico se relaciona tanto con la rareza del tumor como con factores clínicos y sociales.

Tabla 1. Características de los pacientes con y sin sarcopenia. (Mar302)

		n 29 (100%)	Sin sarcopenia 10 (34,4%)	Con sarcopenia 19 (65,5%)	p < 0,05
Edad (años)		62,6 ± 10,4	62,8 ± 10,8	62,6 ± 10,5	0,968 ^a
Sexo	Mujeres	8 (27,6%)	1 (10,0%)	7 (36,8%)	0,201 ^c
	Hombres	21 (72,4%)	9 (90,0%)	12 (63,2%)	
Estadio	I y II	7 (24,1%)	3 (30,0%)	4 (21,1%)	0,665 ^c
	III y IV	22 (75,9%)	7 (70,0%)	15 (78,9%)	
ECOG	0-2	19 (65,5%)	9 (90,0%)	10 (52,6%)	0,098 ^c
	3-4	10 (34,5%)	1 (10,0%)	9 (47,4%)	
Tiempo entre inicio de síntomas y diagnóstico		4,50 ± 3,56	3,90 ± 2,77	4,8 ± 3,9	0,517 ^a
Diámetro mayor del tumor (mm)		45,5 (30,5, 61,5)	46,0 (32,1, 64,7)	45 (35,2, 60,7)	0,755 ^b
CA 19-9 (U/mL)		193,5 (17,9, 1581,1)	136,3 (27,5, 1182,0)	302,1 (28,0, 2116,5)	0,502 ^b
Bilirrubina total (mg/dL)		1,7 (0,8, 7,5)	0,9 (0,7, 1,5)	5,9 (1,0, 13,7)	0,023 ^b
Bilirrubina directa (mg/dL)		0,8 (0,3, 3,9)	0,2 (0,2, 0,7)	3,6 (0,4, 7,2)	0,005 ^b
Bilirrubina indirecta (mg/dL)		0,7 (0,5, 3,6)	0,5 (0,4, 0,7)	2,4 (0,6, 5,0)	0,024 ^b
Albumina (g/dL)		3,0 ± 0,9	3,5 ± 0,8	2,7 ± 0,9	0,031 ^a
Proteínas totales (g/dL)		5,9 ± 1,0	6,6 ± 0,5	5,6 ± 1,0	0,008 ^a
EGS-GP	Eutrofia	13 (44,8%)	5 (50,0%)	8 (42,1%)	0,687 ^c
	Desnutrición moderada	7 (24,1%)	3 (30,0%)	4 (21,1%)	
	Desnutrición grave	9 (31,0%)	2 (20,0%)	7 (36,8%)	
Caquexia		26 (89,7%)	8 (80,0%)	18 (94,7%)	0,267 ^c
IMC (kg/m ²)		21,7 ± 3,5	21,9 ± 2,2	21,6 ± 4,1	0,566 ^b
Pérdida de peso en 6 meses (%)		22,6 ± 10,9	17,3 ± 9,5	25,4 ± 10,7	0,056 ^a
Circunferencia de brazo (cm)		25,5 (23,5, 27,3)	25,7 (24,6, 27,4)	24,4 (22,9, 26,9)	0,436 ^a
Circunferencia de pantorrilla (cm)		32,5 ± 4,1	33,2 ± 4,5	32,0 ± 3,9	0,462 ^b
Saciadad temprana		14 (48,3%)	2 (20,0%)	12 (63,2%)	0,050 ^c

Análisis estadístico con t de Student^a, U de Mann-Whitney^b, Exacta de Fisher^c y χ^2 ^d.

Conclusiones: Los tumores neuroendocrinos digestivos representan un reto diagnóstico importante en la práctica clínica, no sólo por su comportamiento biológico variable, sino por la inespecificidad de sus síntomas y la frecuente coexistencia con otras enfermedades crónicas. Este estudio confirmó que, en esta población, el retraso en el diagnóstico es común, con una media de casi tres años desde el inicio de los síntomas. Los factores como la presencia de comorbilidades, el consumo de alcohol o tabaco y la falta de antecedentes familiares conocidos dificultan la sospecha clínica temprana. A pesar de su baja frecuencia, los TNE digestivos muestran una diversidad clínica y anatómica significativa. El predominio de tumores pancreáticos, el hallazgo de altos índices de proliferación en colon y duodeno, así como la elevada tasa de necrosis, refuerzan la necesidad de vigilancia estrecha ante cuadros digestivos atípicos. Estos resultados subrayan el valor del contexto clínico completo para orientar un diagnóstico más oportuno y ofrecen una base local para mejorar las estrategias de detección en México.

Financiamiento: Ninguno.

Mar304

RELACIÓN ENTRE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN LA RESPUESTA TUMORAL DE CÁNCER DE RECTO

J. R. Velázquez-López, A. Sáenz-Araiza, A. I. Hernández-Guerrero, M. E. Ramírez-Solís, L. M. Cruz-Rodríguez, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: El cáncer de recto localmente avanzado se trata convencionalmente con quimiorradioterapia (QRT) seguida de cirugía. Sin embargo,

algunos pacientes alcanzan respuesta tumoral completa, lo que permite considerar esquemas de preservación de órgano como el protocolo *watch and wait*. En este contexto, la endoscopia es una herramienta clave para evaluar la respuesta, aunque su relación con la histología es todavía un área de incertidumbre clínica.

Objetivo: Evaluar la relación entre los hallazgos endoscópicos e histopatológicos en biopsias obtenidas tras tratamiento con QRT en pacientes con cáncer de recto.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico en pacientes con cáncer de recto tratados con QRT entre enero de 2020 y mayo de 2025, quienes se reevaluaron mediante endoscopia con toma de biopsias. Se clasificaron los hallazgos endoscópicos como respuesta completa, incompleta o sin respuesta, con base en criterios descritos en las publicaciones médicas internacionales y según la impresión diagnóstica del informe endoscópico. Se compararon con los resultados histopatológicos (presencia o ausencia de tumor residual) y se calculó la validez diagnóstica de la endoscopia.

Resultados: Se incluyó a 83 pacientes con edad media de 61,3 años y predominio del sexo femenino (55,4%). La respuesta endoscópica completa se observó en el 51,8% y la ausencia de tumor en histología en el 59,0%. La endoscopia presentó una sensibilidad del 85,0%, especificidad del 100,0%, valor predictivo positivo del 100,0% y exactitud global del 92,8%. No se hallaron relaciones significativas entre la respuesta endoscópica y las variables clínicas, como el tipo de esquema de tratamiento o el contacto tumoral con la línea pectínea.

Conclusiones: La endoscopia posterior a QRT muestra una elevada relación con los hallazgos histopatológicos y es una herramienta confiable para valorar la respuesta al tratamiento en el cáncer de recto. Estos resultados respaldan su uso para guiar decisiones clínicas en estrategias de vigilancia. No se identificaron predictores clínicos adicionales de respuesta endoscópica.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Mar305

DIFERENCIAS EN LAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO EN MÉXICO: EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS CON PROYECCIONES A 2030

Y. A. Leal, L. Jarquín-Yáñez, B. A. Priego-Parra, J. Calderón-Hernández, L. E. Reyes-Arreguín, J. Torres, J. M. Remes-Troche, Centro Institucional de Capacitación y Registro de Cáncer, UMAE Mérida y Coordinación de Investigación en salud del IMSS Mérida

Introducción: El cáncer gástrico es todavía una causa significativa de mortalidad mundial, sobre todo en países de ingresos bajos y medios, donde el diagnóstico temprano y el acceso a la atención especializada son limitados. **Objetivo:** Analizar las tendencias de mortalidad por cáncer gástrico entre 2000 y 2023, proyectar su evolución hasta 2030 y explorar su relación con la presencia de población indígena y la disponibilidad de servicios gastroenterológicos.

Material y métodos: Estudio ecológico retrospectivo que utilizó bases nacionales de mortalidad de acceso abierto del 2000 al 2020 (Dirección General de Información en Salud [DGIS]). Se incluyeron defunciones por cáncer gástrico (CIE-10: códigos C16.0-C16.9) en personas de 20 años y se excluyeron los registros con datos incompletos. Se calcularon las tasas de mortalidad estandarizadas por edad (ASMR, por sus siglas en inglés) por 100 000 habitantes mediante estandarización directa al usar la población estándar de la Organización Mundial de la Salud. Para estabilizar las tasas en áreas pequeñas se aplicó el suavizado empírico de Bayes. Las ASMR se modelaron para el periodo 2000-2020 mediante regresión lineal y se proyectaron hasta 2030 con análisis *join-point*. Se calcularon los cambios porcentuales anuales (APC) y los cambios porcentuales promedio anuales (AAPC) a partir de modelos log lineales. Se elaboraron mapas geoespaciales con las tasas municipales

bayesianas suavizadas (EBmr), superpuestos con datos estatales sobre la presencia de grupos indígenas y el acceso a servicios gastroenterológicos.

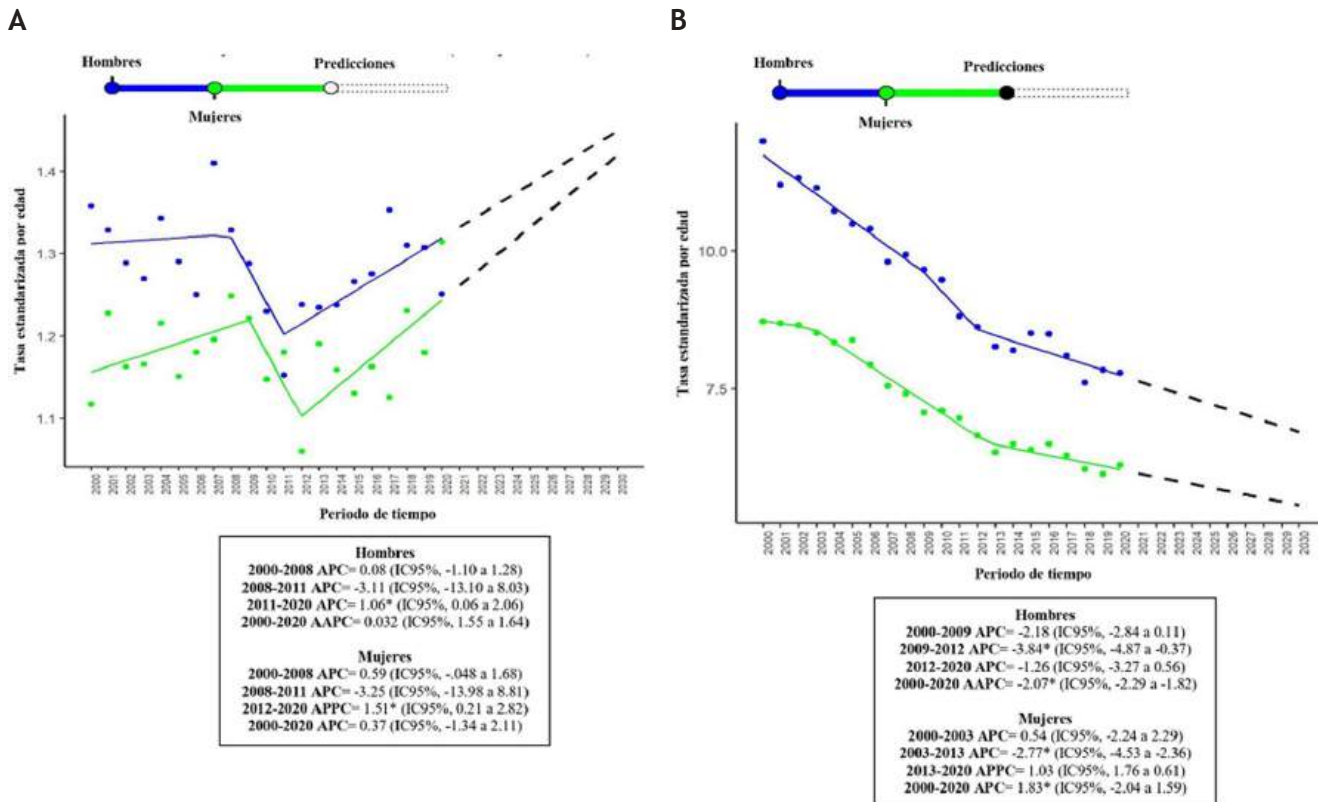
Resultados: Entre 2000 y 2023, México registró 138 389 muertes por cáncer gástrico. De éstas, 22 212 ocurrieron en personas de 20 a 49 años (50,4% hombres y 49,6% mujeres) y 115 417 en individuos de 50 años o más (53,8% hombres y 46,2% mujeres). En cuanto a la localización anatómica, el cardias gástrico fue el sitio más común (67,2%). Se observaron notables disparidades geográficas en la mortalidad entre las entidades federativas a lo largo del periodo estudiado. Los estados con mayor exceso de riesgo de mortalidad se concentran en municipios del sur y sureste, especialmente en Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guerrero y la península de Yucatán. También se identificaron áreas de riesgo moderado a alto en el centro del país, en particular en las regiones montañosas de Hidalgo, Veracruz y Tlaxcala. En el norte, los focos elevados de mortalidad se detectaron en Sonora, Chihuahua, Durango y Baja California Sur.

La **Figura 1** ilustra las tendencias de mortalidad por cáncer gástrico en hombres y mujeres durante las dos décadas analizadas, así como sus proyecciones hasta 2030. Se observan diferencias claras de acuerdo con el grupo de edad y el sexo: se espera que la mortalidad continúe en descenso en personas mayores de 50 años, mientras que en los menores de 50 años, en particular en mujeres, se prevé un aumento de las tasas. Los cinco estados con menor tasa anual de gastroenterólogos son Tlaxcala (0,12), Zacatecas (0,59), Chiapas (0,68), Estado de México (0,72) y Guerrero (0,79).

Conclusiones: Aunque la mortalidad por cáncer gástrico ha disminuido en personas mayores de 50 años, se observa una tendencia creciente en adultos jóvenes, especialmente en las mujeres. Persisten marcadas disparidades regionales y las tasas más altas de mortalidad por cáncer gástrico se concentran en regiones con alta proporción de población indígena y acceso limitado a servicios especializados en gastroenterología, lo que subraya la necesidad de intervenciones focalizadas y de asegurar un acceso equitativo a atención especializada.

Financiamiento: No se contó con ninguno.

Figura 1. Tasa de mortalidad estandarizada por edad (ASMR) por cáncer gástrico en México de 2000 a 2023, por cada 100 000 habitantes, y sus proyecciones hasta 2030, según sexo y grupo etario. A) Mortalidad por cáncer gástrico en individuos menores de 50 años. B) Mortalidad por cáncer gástrico en individuos mayores de 50 años. APC.- Cambio porcentual anual, AAPC.- Cambio porcentual anual promedio. (Mar305)





REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 18 de noviembre de 2025

Trastornos esofágicos y ERGE

Mar306

SILDENAFILO EN EL TRATAMIENTO DEL ESÓFAGO HIPERCONTRÁCTIL: RESPUESTA CLÍNICA Y MANOMÉTRICA. EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO

N. X. Ortiz-Olvera, E. García-Santuano, J. A. Garay-Ortega, M. A. González-Martínez, UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

Introducción: El esófago hipercontráctil (EH) es un trastorno motor esofágico de baja prevalencia. Actualmente existe poca evidencia de opciones farmacológicas que remitan la hipercontractilidad del esófago. El sildenafil, un inhibidor potente y selectivo de la fosfodiesterasa tipo 5, induce la relajación del músculo liso esofágico y disminuye su excitabilidad; con anterioridad se ha utilizado para el tratamiento de los trastornos esofágicos hipercontráctiles, con resultados satisfactorios.

Objetivo: Evaluar los cambios en las manifestaciones clínicas y en la integral de contracción distal (DCI) de los pacientes con EH tratados con sildenafil.

Material y métodos: Estudio cuasiexperimental. Se incluyó a pacientes adultos con diagnóstico de EH que acudieron de manera consecutiva a la consulta de neurogastroenterología por disfagia o dolor torácico persistente, que aceptaron por escrito participar en el estudio, durante el periodo de enero de 2022 a marzo de 2025. El diagnóstico de EH se estableció con base en los criterios de Chicago v 3.0. Los pacientes se asignaron al grupo de intervención con sildenafil durante un periodo de ocho semanas, con seguimiento a seis meses. Al término del tratamiento, los pacientes se evaluaron clínica y manométricamente. La respuesta al tratamiento se estableció con base en la normalización de la DCI y se consideró respuesta parcial ante la remisión de los síntomas. El protocolo recibió aprobación del comité de ética del hospital R-2022-3601-212.

Resultados: Trece pacientes recibieron tratamiento con sildenafil por ocho semanas, con 85% de mujeres y mediana de edad de 67 años (51-81). Los síntomas predominantes fueron disfagia (85%), pirosis (85%) y dolor torácico (69%); la mediana de la puntuación de Eckardt basal fue de 4 (2-7); el 85% presentó psicopatología. El sildenafil provocó una reducción significativa de la DCI, hasta parámetros de normalidad, en el 70% de los pacientes. Se observó que los pacientes con > 6 degluciones hipercontráctiles en el estudio basal no experimentaron disminución de la DCI, aunque refirieron mejoría clínica, con mejoría en la escala global de síntomas en el 100% de los casos.

Conclusiones: Con base en los resultados de este estudio puede concluirse que el uso del sildenafil representa una medida farmacológica satisfactoria para pacientes con EH. En concordancia con otros estudios, se demostró que el sildenafil reduce la DCI, el IRP y la presión de reposo del EEI, con mejoría de las manifestaciones clínicas. Se requieren estudios prospectivos con un tamaño de muestra mayor y seguimiento a largo plazo para confirmar la relevancia clínica y fisiológica de estos resultados.

Financiamiento: Los autores declaran que no recibieron financiamiento.

Mar307

APLICACIÓN CLÍNICA DEL CONSENSO DE SAN DIEGO SOBRE LPRD: PREVALENCIA, PREDICTORES Y CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS EN PACIENTES MEXICANOS CON SÍNTOMAS LARINGOFARÍNGEOS

L. Bolio-Lavalle, S. P. Mendivil-Sáenz, K. D. González-Gómez, R. A. Jiménez-Castillo, F. A. Félix-Téllez, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Los síntomas laringofaríngeos (LPS, por sus siglas en inglés) comprenden un grupo de manifestaciones del tracto aerodigestivo superior que incluyen tos crónica, cambios en la voz, carraspeo frecuente, sensación de exceso de flema y dolor faríngeo. Cuando los LPS se acompañan de evidencia objetiva de reflujo, como hallazgos endoscópicos o resultados anormales en pruebas funcionales, se establece el diagnóstico de enfermedad por reflujo laringofaríngeo (LPRD, por sus siglas en inglés).

En México, la información sobre la prevalencia de LPS y LPRD es limitada. Además, las características clínicas de estos pacientes no se han descrito con claridad en poblaciones locales, lo que dificulta la identificación y el tratamiento oportuno de estos casos.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de LPS y LPRD en una cohorte consecutiva de pacientes mexicanos y describir sus principales características clínicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal de todos los pacientes que acudieron a esta institución para el estudio de síntomas de ERGE en los últimos cinco años. Los pacientes se agruparon en tres grupos de acuerdo con los síntomas referidos para la realización de estudios fisiológicos: grupo 1: pacientes con síntomas típicos aislados; grupo

2: pacientes con síntomas atípicos aislados (LPS); y 3: pacientes con síntomas típicos y atípicos. Se compararon entre los grupos las características clínicas, síntomas, parámetro de pH-impedancia de 24 h, manometría esofágica y calificaciones de Lyon, Cough Reflux y HAD. Se consideró que los pacientes tuvieron LPRD cuando hubo evidencia objetiva de ERGE: endoscopia erosiva B, C y D de Los Ángeles o exposición esofágica al ácido > 6%. Se realizó comparación con ANOVA, ji cuadrada y regresión logística multivariada.

Resultados: Se evaluó a 524 pacientes (edad promedio de 50,5 años, con 314 hombres); de éstos, 21% (n = 108) perteneció al grupo 1, 18% (n = 96) al grupo 2 y 62% (n = 320) al grupo 3. Los pacientes del grupo 1 tuvieron con mayor frecuencia parámetros anormales en la pH-metría que los otros grupos ($p < 0,05$), mientras que los pacientes del grupo 3 mayores puntuaciones en la calificación de Lyon y el HAD ($p < 0,05$). No hubo diferencia en la prevalencia de esofagitis erosiva en los tres grupos de acuerdo con los síntomas ($p = 0,026$) ni en el porcentaje de pH-metría anormales (70,4%, 68,8% y 73,1%, $p = 0,872$). Sin embargo, de los pacientes del grupo 2, el porcentaje de pacientes con pH-metría anormal fue de 30% (n = 29), es decir, con LPRD. Los pacientes con LPRD tuvieron mayor número de episodios de reflujo totales por impedancia, menor impedancia basal nocturna, y mayores puntuaciones en las calificaciones de Lyon y Cough Reflux (Tabla 1, $p < 0,05$). Los pacientes con LPR registraron mayor prevalencia de MEI (34% vs. 13%; $p = 0,01$; OR 3,39; IC95%, 1,20-9,59) y de unión tipo III (31% vs. 14,9%; $p = 0,07$; OR 2,54; IC95% 0,9-7,1). Al realizar un análisis de regresión lineal, la puntuación de Cough Reflux fue la que más se relacionó con LPRD (cada punto adicional en la calificación de tos incrementa los odds en un 91%, OR = 1,91).

Tabla 1. Características clínicas, hallazgos durante la pH-MII y puntuaciones clínicas. Comparación entre pacientes con LPS y LPRD. (Mar307)

Variable	Sin LPRD n = 67	Con LPRD n = 29	Valor de p =
Edad	51,24 ± 14,26	53,28 ± 11,78	0,46
Género • Femenino	28 (42%)	14 (48%)	0,71
IMC	26,37 ± 6,07	27 ± 3,92	0,54
# de síntomas laríngeos	2,39 ± 1,04	2,48 ± 1,09	0,69
% de pH < 4	1,5 ± 1,22	13,55 ± 8,74	< 0,001
# de episodios de reflujo	24,52 ± 18,56	91,31 ± 70,87	< 0,001
Índice de DeMeester	6,19 ± 4,43	50,04 ± 32,47	< 0,001
# de episodios de reflujo ácido	17,15 ± 13,56	45,14 ± 25,53	< 0,001
# de episodios de reflujo ligeramente ácido	22,46 ± 32,4	24,93 ± 24,41	0,68
# de episodios de reflujo ácido	1,78 ± 6,69	0,31 ± 1,14	0,08
# de episodios de reflujo totales	41,21 ± 34,39	69,38 ± 39,19	0,001
Impedancia basal	2735,13 ± 1119,98	1361,29 ± 847,36	< 0,001
Calificación de Lyon	2,8 ± 1,65	3,93 ± 1,79	0,005
Calificación Cough Reflux	2,76 ± 2,27	10 ± 2,27	< 0,001
Puntuación depresión	4,06 ± 3,33	4,76 ± 3,48	0,36
Puntuación ansiedad	6,61 ± 4,19	6,55 ± 5,08	0,95

Conclusiones: Los síntomas laringofaríngeos (LPS) fueron comunes en pacientes con sospecha de ERGE; sin embargo, sólo un tercio de aquéllos con LPS aislados presentó evidencia objetiva de LPRD. Esta discrepancia resalta la limitada especificidad de los síntomas atípicos para predecir reflujo documentado y subraya el riesgo de sobretratamiento si el diagnóstico se basa exclusivamente en síntomas. Los pacientes con LPRD mostraron un perfil clínico y fisiológico distintivo. Estos hallazgos respaldan el uso de pruebas

funcionales esofágicas para confirmar LPRD en pacientes con síntomas atípicos y orientar decisiones terapéuticas más precisas.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Mar308

DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE SÍNDROME METABÓLICO Y COMORBILIDADES RELACIONADAS EN PACIENTES CON ACALASIA DESPUÉS DE LA MIOTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE HELLER

G. Torres-Villalobos, M. Moreno-Fuentes, D. P. Méndez-Hernández, L. R. Valdovinos-García, E. Coss-Adame, N. M. Barrón-Cervantes, A. Stenner-Escallante, M. A. Valdovinos-Díaz, J. Furuzawa-Carballeda, Grupo Colaborativo: Estudio de la Acalasia, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La acalasia se caracteriza por la destrucción de las células ganglionares, la incapacidad del esfínter esofágico inferior para relajarse y la peristalsis del cuerpo esofágico. El síntoma más común es la disfagia, que a menudo provoca una pérdida de peso significativa en los pacientes. La miotomía laparoscópica de Heller (MLH) es la piedra angular del tratamiento, ya que restaura en los pacientes la capacidad de ingerir alimentos, lo que en la mayoría de los casos conduce a un aumento de peso considerable después de la cirugía.

Objetivo: Evaluar el riesgo de desarrollar síndrome metabólico y sus componentes en pacientes con acalasia después de recuperar la capacidad de comer.

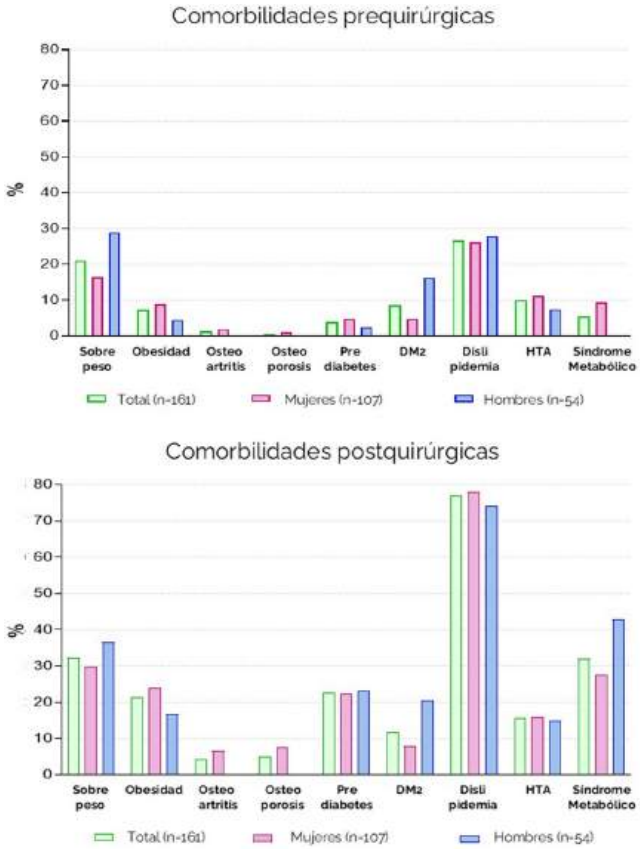
Material y métodos: Este estudio ambispectivo anidado en una cohorte del INCMNSZ, iniciado en 2014 y actualizado hasta junio de 2025 para la investigación clínica prospectiva sobre la acalasia (criterios de Chicago v4.0), incluyó a 161 pacientes con acalasia tipos I y II evaluados antes de la MLH y después del seguimiento de cinco años. Se realizó la recopilación de datos demográficos, detalles de la presentación clínica, cuestionarios de síntomas, mediciones antropométricas, variables de laboratorio y un perfil metabólico completo. Además, se analizó la prevalencia del síndrome metabólico y sus componentes, junto con otras comorbilidades adjuntas.

Resultados: El estudio incluyó a 107 mujeres y 54 hombres, con una edad promedio de 47,9 ± 15,0, y un tiempo de evolución de la enfermedad de 30,3 ± 41,5 meses. Antes de la MLH, la disfagia fue el síntoma más común de los pacientes (99%). El 90% de los sujetos refirió pérdida de peso. A los cinco años tras la MLH, el 73% de los individuos aumentó de peso (74% hombres vs. 71% mujeres), el 32% tenía sobrepeso y el 21% obesidad. Las enfermedades crónicas concomitantes fueron poco comunes antes de la MLH (osteoartritis: 1,2%; osteoporosis: 0,6%; prediabetes: 3%, predominantemente en mujeres; diabetes: 16% predominantemente en hombres, dislipidemia: 26% e hipertensión: 11% en mujeres y 7% en hombres). En el seguimiento a cinco años se identificaron osteoartritis en el 4% de los pacientes, osteoporosis en el 5%, prediabetes en el 22%, diabetes en el 20%, con una mayor prevalencia en hombres, dislipidemia en el 76% de los pacientes e hipertensión en el 16% de las mujeres y el 15% de los hombres (Figura 1). El valor promedio de hemoglobina glucosilada (HbA1c) prequirúrgica en hombres fue del 5,8 ± 0,9% y en mujeres del 5,5 ± 0,6% y en el seguimiento aumentó a 6,0 ± 1,1% y 5,6 ± 0,6%, respectivamente. Los valores prequirúrgicos de glucosa en ayuno fueron significativamente más altos en hombres (93,0 ± 24,6 vs. 87,1 ± 11,4 mg/dL) que en mujeres y en el seguimiento aumentaron a 103,4 ± 26,6 y 96,8 ± 27,4, respectivamente. Las concentraciones de HDL prequirúrgicas en hombres fueron de 42,7 ± 11,1 vs. 53,7 ± 17,5 mg/dL en las mujeres y en el seguimiento cambiaron a 46,1 ± 15,4 y 53,2 ± 14,0, respectivamente.

Conclusiones: La acalasia suele provocar una pérdida de peso significativa, pero después de la MLH muchos pacientes experimentan un aumento rápido de peso, lo que incrementa el riesgo de síndrome metabólico. Este estudio con seguimiento a cinco años identificó la relación entre la obesidad, la diabetes, la dislipidemia, la hipertensión y el síndrome metabólico, con una mejor capacidad para comer. Sin embargo, aún no es claro si estos factores están relacionados con la progresión de la acalasia. La vigilancia estrecha de los factores de riesgo y un enfoque multidisciplinario son cruciales para una atención óptima y un tratamiento eficaz de las comorbilidades.

Financiamiento: Fondo departamental.

Figura 1. Comorbilidades prequirúrgicas y durante el seguimiento posquirúrgico en pacientes con acalasia. (Mar308)



Mar309

DESENLACES CLÍNICOS Y MANOMÉTRICOS EN PACIENTES CON ACALASIA POSOPERADOS DE MIOTOMÍA ESOFÁGICA DE HELLER MÁS FUNDUPPLICATURA DE NISSEN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. C. Morel-Cerda, U. Lara-Orozco, B. Vázquez-Meza, L. F. Gómez-Hermosillo, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, D. Lagos-Prieto, F. F. Ulloa-Ruiz, Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: La acalasia es un trastorno motor primario del esófago caracterizado por ausencia de peristaltismo y relajación insuficiente del esfínter esofágico inferior (EEI). En la actualidad no existe una descripción estandarizada sobre los valores en manometría esofágica de alta resolución (MAR) normales en pacientes posoperados ni su posible correlación con los resultados clínicos finales de los pacientes, aún más si se considera que generalmente se someten a Heller-Dor.

Objetivo: Conocer cuáles son los desenlaces clínicos y valores manométricos encontrados en los pacientes con diagnóstico de acalasia posoperados de miotomía esofágica más funduplicatura de Nissen en esta institución.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, analítico y ambispectivo en pacientes del servicio de cirugía laparoscópica y gastroenterología con diagnóstico de acalasia y que fueron objeto de miotomía esofágica más funduplicatura de Nissen, durante el periodo enero de 2022 a diciembre de 2024. Se revisó el expediente clínico y se obtuvieron los datos demográficos, clínicos, MAR y esofagograma prequirúrgico y posquirúrgico. Los pacientes que aceptaron participar firmaron consentimiento informado y fueron citados para evaluación en consulta; a todos se les realizó una nueva MAR posquirúrgica de acuerdo con el protocolo de Chicago v4.0, así como aplicación de cuestionarios BERDQ, Eckardt y PRO (*Patient reported outcomes*). Se consideró éxito clínico un Eckardt ≤ 3 posquirúrgico o BEDQ ≤ 10 puntos. Todos los estudios los analizó el mismo investigador. Se utilizó IBM® SPSS

Statistics. Variables numéricas: media y desviación estándar; categóricas: frecuencias y porcentajes. Distribución: prueba de Shapiro-Wilk. Comparaciones: t para muestras relacionadas o prueba de Wilcoxon; $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 22 pacientes, con 68,2% de mujeres y edad media de $29,09 \pm 18,2$ años. El 22,7% tenía hipertensión arterial y el 4,5% diabetes mellitus. El tiempo promedio transcurrido desde la cirugía a la manometría posquirúrgica fue de 17 meses. El 81,8% de los pacientes sufría acalasia tipo II y el 18,2% tipo I. La presión media del EEI prequirúrgico fue de $45,1 \pm 14,20$ mmHg contra el posquirúrgico de $24,85 \pm 8,67$ mmHg ($p = 0,000$). La media de IRP prequirúrgico fue de $36,6 \pm 17,31$ mmHg respecto del posquirúrgico de $10,07 \pm 4,94$ mmHg ($p = 0,000$). El 25% de los pacientes registró IRP > 15 mmHg posquirúrgico. En cuanto al subtipo de acalasia posquirúrgico: tipo I en 59,1%; tipo II en 36,4% y 1 paciente mostró regresión a motilidad esofágica inefectiva. La puntuación de Eckardt prequirúrgica media fue de 8 puntos ± 2 vs. $2,14 \pm 2,45$ posquirúrgica ($p = 0,000$). El éxito clínico tanto por Eckardt como por BEDQ se observó en el 81,8% de los casos. El 90% tuvo un GERDQ < 8 puntos. Esofagograma prequirúrgico: la media de altura de la columna de bario al minuto 1 fue de $12,52 \pm 6,5$ cm comparado con $5,20 \pm 2,71$ cm del posquirúrgico ($p = 0,002$); a los cinco minutos, la media de altura de la columna de bario prequirúrgico fue de $9,06 \pm 4,99$ cm comparado con $3,09 \pm 2,32$ cm del posquirúrgico ($p = 0,004$). Los cambios clínicos y manométricos se resumen en la Tabla 1. Respecto de las preguntas PRO, el 95% de los pacientes percibe alivio, 70% alivio completo, 80% se siente mucho mejor, 15% un poco mejor y un 5% mucho peor.

Conclusiones: En esta población, los pacientes con acalasia posoperados de miotomía esofágica más funduplicatura de Nissen presentaron desenlaces clínicos y manométricos favorables, con alta tasa de éxito clínico, similares a los notificados en pacientes con miotomía esofágica más funduplicatura de Dor. Se requieren más estudios para establecer parámetros de normalidad manométricos en estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Cambios en parámetros manométricos, esofagograma y Eckardt prequirúrgico y posquirúrgico. (Mar309)

	Pre (n = 22)	Post (n = 22)	p
IRP mmHg (media) $\pm$ DE	36,6 $\pm$ 17,31	10,07 $\pm$ 4,94	0,000
Presión del EEI mmHg (media) $\pm$ DE	45,1 $\pm$ 14,20	24,85 $\pm$ 8,67	0,000
Eckardt (media) $\pm$ DE	8 $\pm$ 2	2,14 $\pm$ 2,45	0,000
Esofagograma 1 min cm (media) $\pm$ DE	12,52 $\pm$ 6,5	5,20 $\pm$ 2,71	0,002
Esofagograma 5 min cm (media) $\pm$ DE	9,06 $\pm$ 4,99	3,09 $\pm$ 2,32	0,004

DE, desviación estándar.

Mar310

PERFIL SINTOMÁTICO Y PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON ERGE VERSUS ERL: UN ESTUDIO COMPARATIVO TRANSVERSAL

H. R. Ordaz-Álvarez, K. D. González-Gómez, R. A. Jiménez-Castillo, F. A. Félix-Téllez, M. J. J. García-Carvajal, S. A. Reyes-Díaz, S. P. Mendivil-Sáenz, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se relaciona típicamente con síntomas esofágicos, como pirosis y regurgitación; sin embargo, también puede manifestarse con síntomas extraesofágicos, en cuyo caso se denomina enfermedad por reflujo laringofaríngeo (ERL). La ERL tiende a presentar una respuesta limitada al tratamiento antisecreto, lo que puede afectar la calidad de vida y el estado psicológico de este grupo de pacientes.

Objetivo: Comparar la gravedad de síntomas, el estrés psicológico y la calidad de vida en pacientes con ERGE y ERL.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico en el que se incluyó a pacientes con diagnóstico de ERGE, definido según los criterios del consenso de Lyon 2.0, y ERL, establecida con base en el consenso de San Diego. Se incluyó a los pacientes del Instituto de Investigaciones Médico Biológicas durante el periodo de agosto del 2024 a mayo del 2025. Previo consentimiento informado, se aplicaron los cuestionarios *Cough reflux score*, GERD-Q,

RSI, RSS-12, PAGI-SYM y el cuestionario sobre la tos de Leicester para evaluar síntomas esofágicos y extraesofágicos. El distrés psicológico se evaluó con los cuestionarios EHAS, PSS y HADS, mientras que la calidad de vida se determinó mediante el cuestionario SF-12v2. Las variables numéricas se expresaron con estadística descriptiva y medidas de dispersión, y las variables categóricas como frecuencias absolutas y porcentajes. La normalidad de la distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y la homocedasticidad con la prueba de Levene. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba t de Student o la prueba de rangos de Wilcoxon, según correspondiera. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS v27 y R Studio v 4.4.1.

Resultados: Se incluyó a un total de 52 pacientes con una mediana de edad de 52 años (18-70) y predominio de mujeres (59,6%); del total, 24 presentaron ERGE (edad 51,5 [19-67], mujeres con 58,3%) y 28 ERL (edad 52 [18-69], mujeres con 60,7%). En la evaluación del perfil sintomático, los pacientes con ERL registraron mayor puntuación total en el *Cough reflux score* ($6,1 \pm 1,0$ vs. $2,87 \pm 1,02$, $p < 0,0001$), así como en las subescalas de tos ($1,5$ [0-1,5] vs. 0 [0-1,1], $p = 0,002$), hernia hiatal ($2,5$ [0-2,5] vs. 0 [0-0], $p < 0,0001$) y alta probabilidad de tos por reflujo (100% vs. 0%, $p < 0,0002$), en comparación

con el grupo con ERGE. Asimismo, los pacientes con ERL mostraron mayores puntuaciones en el RSI ($18,3 \pm 11,8$ vs. $11,5 \pm 6,9$, $p = 0,019$), PAGI-SYM ($45,0 \pm 25,0$ vs. $28,2 \pm 17,0$, $p = 0,009$), y en las subescalas de vómito (4 [0-11] vs. 0 [0-3,7], $p = 0,005$) y saciedad (9 [1-12] vs. 2 [0-6], $p = 0,007$). En la evaluación mediante la escala RSS-12 (98 [30,2-137,2] vs. 40 [17,7-86], $p = 0,024$), los pacientes con ERGE presentaron mayores puntuaciones que los pacientes con ERL. En el cuestionario de tos de Leicester se observó mayor efecto en los pacientes con ERL en los ámbitos psicológico ($5,9 \pm 1,01$ vs. $5,09 \pm 1,6$, $p = 0,038$) y social ($6,6 \pm 0,91$ vs. $5,7 \pm 1,9$, $p = 0,034$), en comparación con el grupo con ERGE. Por otro lado, no se identificaron diferencias significativas en el cuestionario SNOT-22, en las puntuaciones de distrés psicológico (EHAS, PSS y HADS) ni en la calidad de vida entre ambos grupos.

Conclusiones: Los pacientes con ERL mostraron mayor gravedad de síntomas extraesofágicos, especialmente tos, vómito y saciedad temprana, así como mayor efecto psicológico y social relacionado con la tos, en comparación con los pacientes con ERGE. Sin embargo, no se hallaron diferencias en el distrés psicológico general ni en la calidad de vida. Estos resultados destacan la importancia de un abordaje individualizado en esta población.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 18 de noviembre de 2025

Páncreas

Mar311

IMPACTO DEL ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN EL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE LESIONES SÓLIDAS PANCREÁTICAS: COMPARACIÓN ANTES Y DESPUÉS DE SU IMPLEMENTACIÓN EN EL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA FRAY ANTONIO ALCALDE

A. I. Ternel-Avelar, E. D. Ramírez-Pimentel, R. G. Aguilera-García, D. A. Castellanos-García, R. Palos-Cuéllar, C. O. García-Gómez, M. A. Chacón-Yax, J. Alonso-Preciado, C. Arróniz-Jáuregui, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: El diagnóstico histológico preciso de las lesiones sólidas pancreáticas es fundamental para guiar el tratamiento. Los métodos convencionales, como el abordaje percutáneo, quirúrgico o el cepillado biliar, tienen limitaciones en sensibilidad, accesibilidad y seguridad. La introducción del ultrasonido endoscópico (USE) con punción ha revolucionado este campo, al permitir visualización detallada y obtención de muestras tisulares en tiempo real. Esto ha mejorado la precisión diagnóstica, reducido las complicaciones y facilitado el acceso a lesiones pequeñas o difíciles.

Objetivo: Evaluar el efecto del USE en el diagnóstico histológico de lesiones sólidas de páncreas en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, al comparar la proporción de pacientes con diagnóstico histopatológico antes y después de su implementación, así como describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y analítico en pacientes con lesiones sólidas pancreáticas atendidos entre enero de 2018 y marzo de 2025. Se compararon dos periodos: antes del uso del USE (2021-2022) y tras su implementación (2023-2024). Los casos se identificaron con códigos CIE-10 y datos de expedientes electrónicos; en caso de datos incompletos se contactó telefónicamente si había número vigente. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar o rango intercuartílico, según la distribución (Shapiro-Wilk), y las categóricas como frecuencias y porcentajes. Se realizaron las pruebas t de Student, Wilcoxon, ji cuadrada o Fisher, según correspondiera, con $p < 0,05$ como significativa. Análisis con SPSS v.25.

Resultados: Se incluyó a 344 pacientes, 53,8% de ellos mujeres, con media de edad de 60 ± 13 años. El 34,3% consumía tabaco, 27,9% alcohol y 34,3%

tenía diabetes mellitus. El diagnóstico histológico se obtuvo mediante USE en 29,1% de los casos, con abordaje quirúrgico en 26,9%, biopsia percutánea en 21,3% y cepillado de la vía biliar en 10,5%. El síntoma más frecuente fue dolor abdominal (61,79%), seguido de ictericia (48,1%). Respecto de la localización, 71,6% de las lesiones se localizó en la cabeza pancreática, 12% en el cuello o cuerpo, 11,7% en la cola, 3,9% en el proceso uncinado y en 0,9% de los casos no se disponía de información sobre la localización. El 21% carecía de diagnóstico histopatológico. De los tumores identificados, 58,8% correspondió a adenocarcinomas, 4,4% a tumores neuroendocrinos, 4,1% a tumores pseudopapilares, 2,6% a procesos inflamatorios, 1,8% a neoplasias mucinosas, 0,9% a acinares, 1,5% a serosos y 0,3% a otros tipos (GIST, escamoso, leiomiomasarcoma). El 3,5% resultó negativo para proceso maligno. Se realizaron 74 biopsias guiadas por USE: 20,3% con un solo pase, 66,2% con dos y 13,5% con tres. En el 94,6% se utilizó aguja calibre 22 G y en 5,4% 19 G. Al comparar a 250 pacientes antes (44%) y después (56%) de la implementación del USE, se observó una reducción significativa en biopsias percutáneas (29 vs. 17; $p = 0,005$) y quirúrgicas (32 vs. 24; $p = 0,029$), y un aumento en el uso del USE (5 vs. 61; $p < 0,001$); no hubo diferencia en cepillados biliares (13 vs. 12; $p = 0,128$) y el número sin diagnóstico histológico disminuyó (33 vs. 18; $p = 0,001$), al igual que los fallecidos sin diagnóstico (22 vs. 5; $p = 0,001$) tras la implementación del USE.

Conclusiones: El USE demostró un efecto positivo al incrementar la tasa de confirmación histopatológica y disminuir el uso de técnicas más invasivas para el diagnóstico. Asimismo, se redujo la proporción de pacientes sin diagnóstico definitivo, incluidos aquéllos que fallecieron sin caracterización adecuada.

Financiamiento: No se ha recibido financiamiento para esta investigación.

Mar312

MANEJO QUIRÚRGICO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS DE PÁNCREAS: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

K. Sánchez-Reyes, X. Ayala-Arredondo, A. Calderón-Cantú, E. Ramírez-García, I. Domínguez-Rosado, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Los tumores neuroendocrinos de páncreas (TNEP) son neoplasias poco frecuentes que surgen de las células neuroendocrinas y representan

un reto tanto diagnóstico como terapéutico. La comprensión de su abordaje quirúrgico es crucial, ya que constituye el tratamiento principal y puede influir significativamente en la supervivencia del paciente. La cirugía en casos perfectamente protocolizados es la estrategia segura y confiable para la resolución de tumores no funcionantes y funcionantes, con baja morbilidad, siempre y cuando se realicen en centros de alto volumen. El seguimiento a largo plazo es esencial, dado el riesgo de recurrencia y la posibilidad de desarrollo de nuevos tumores neuroendocrinos. La tasa de supervivencia a cinco años varía en grado considerable; en tumores bien diferenciados, la supervivencia es alta, mientras que los tumores de grado alto tienen un pronóstico más reservado.

Objetivo: Notificar los resultados del tratamiento quirúrgico de tumores neuroendocrinos pancreáticos en un centro de alto volumen.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de expedientes electrónicos y físicos de pacientes sometidos a cirugía por diagnóstico de tumor neuroendocrino de páncreas durante el periodo de 2013 a 2023 en un centro de alto volumen en México.

Resultados: Se revisaron 132 expedientes y se incluyó a 52 pacientes sometidos a cirugía con diagnóstico de tumor neuroendocrino de páncreas: 57,6% de sujetos femeninos, 42,3% de masculinos, con edad promedio de 48 años, y de los cuales 30,7% refirió consumo de alcohol y 21,1% de tabaco. De estos tumores, 63% correspondió a insulinomas y 26,9% a tumores no funcionales y otros tumores funcionales (9,61%). La localización más común fue la cola del páncreas (39,2%), seguida de la cabeza (27,45%). Hasta 32 pacientes (61,5%) fueron objeto de pancreatometomía distal con o sin esplenectomía y de ellos 59,4% se abordó laparoscópicamente y 37,5% de manera abierta, con un episodio de conversión (3,1%). En el resto se practicaron la técnica de Whipple y enucleación, en 10 casos (19,2%) respectivamente, de los cuales tres procedimientos de Whipple y siete enucleaciones se realizaron por mínima invasión. Dentro de las complicaciones posoperatorias, la fístula pancreática se presentó en el 19,2%, seguida de infección del sitio quirúrgico en el 3,8%. En el análisis por subgrupos, en el procedimiento de Whipple, la fístula pancreática ocurrió en el 30% de los casos. Otras complicaciones que se presentaron en menor proporción fueron insuficiencia pancreática endocrina y exocrina, retardo del vaciamiento gástrico y hemorragia posoperatoria. En este aspecto no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los procedimientos. Asimismo, como se ve en la **Tabla 1**, se realizaron comparaciones con otros estudios latinoamericanos de cohortes quirúrgicas de tumores neuroendocrinos y sus resultados más importantes. Se identificó una morbilidad (Clavien-Dindo III y IV) de 13,4%, con una mortalidad del 3,85%.

Conclusiones: Los tumores neuroendocrinos de páncreas sometidos a procedimientos como pancreatometomía distal, Whipple o enucleación, en el caso de insulinomas, son estrategias seguras en pacientes protocolizados y elegibles para este tipo de tratamiento, aunque no están exentos de complicaciones. Los resultados son comparables a los de las estadísticas internacionales.

Financiamiento: Institucional.

Mar313

FACTORES PREDICTORES DE ESTENOSIS O TUMORES BILIOPANCREÁTICOS EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS CON RIESGO ALTO DE COLEDOCOLITIASIS Y DES-ENLACES DE SEGURIDAD ASOCIADOS A CPRE

A. Sánchez-Araiza, U. I. Martín-Flores, L. A. Rosales-Rentería, A. L. Osorio-Núñez, A. A. Rosales-Solís, Centro Médico ISSEMyM Toluca

Introducción: En pacientes con riesgo alto de coledocolitiasis, de acuerdo con los criterios de la ASGE 2019, se recomienda someter a CPRE terapéutica. Sin embargo, en un 17 a 57% no se identifica este hallazgo en la CPRE. En pacientes > 50 años, la prevalencia de tumores pancreatobiliares es elevada, por lo que es difícil de predecir si existen otros factores que orienten a esta causa.

Objetivo: Analizar los factores que predisponen a encontrar estenosis o tumores biliopancreáticos en pacientes > 50 años que cuentan con criterios de riesgo alto de coledocolitiasis de acuerdo con la guía ASGE 2019 y los desenlaces de seguridad en la CPRE de primera intención

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de cohorte única en el departamento de gastroenterología y endoscopia gastrointestinal del Centro Médico ISSEMyM, desde enero del 2022 hasta marzo del 2024. Se incluyó a pacientes que ingresaron con riesgo alto de coledocolitiasis según ASGE 2019 y en quienes se practicó CPRE de primera intención.

Resultados: De los 178 pacientes incluidos, en 96 (53,93%) se confirmó el cuadro de coledocolitiasis por CPRE, mientras que 82 (46,06%) no tenían este hallazgo. De estos últimos 82, 61 tenían estenosis o tumoraciones biliopancreáticas como causa de ictericia/colangitis. Los valores altos de bilirrubinas (> 5 mg/dL y > 7 mg/dL), la albúmina < 3,5 g/dL, las cifras de fosfatasa alcalina > 2 veces el LSN, la mayor dilatación del colédoco por ultrasonido abdominal y la pérdida de peso > 5% resultaron ser factores de riesgo para presentar estenosis o tumores biliopancreáticos en CPRE en el análisis univariado. La hipalbuminemia (OR 2,14, p = 0,043), la FA > 2 veces el LSN (OR 1,99, p = 0,049) y la pérdida de peso > 5% (OR 3,82, p = 0,036) son los únicos factores que alcanzaron significancia en el análisis multivariado (**Tabla 1**). Al agregar estos tres factores a los criterios de riesgo alto de coledocolitiasis de la guía ASGE 2019 se alcanza una precisión diagnóstica de 74,98%, con una S de 26,23%, E de 99,15%, VPP de 94,12% y VPN de 72,05% para predecir la presencia de estenosis o tumores biliopancreáticos en CPRE. En el procedimiento se identificaron efectos adversos en el 40% de los pacientes en quienes no se encontró coledocolitiasis; la más común fue la canulación incidental del conducto pancreático (15,16%), seguido del sangrado (2,2%).

Conclusiones: En pacientes > 50 años con riesgo alto de coledocolitiasis, la pérdida de peso de 5%, la albúmina < 3,5 g/dL y la FA > 2 veces el LSN se relacionan con estenosis o tumores biliopancreáticos en CPRE. Con la intención de disminuir el uso de CPRE como modalidad diagnóstica cuando no se tiene la certeza por completo de tratarse de un cuadro de coledocolitiasis en

Tabla 1. Comparación de resultados con cohortes latinoamericanas de PNET quirúrgicamente tratados. (Mar312)

Cohortes quirúrgicas de PNET en Latinoamérica: comparaciones clave					
Variable	Este centro (2013-23)	Lozano-Salazar 1997	Menéndez-Skertchly 2006	Machado 2001	Medrano-Guzmán 2012
N de pacientes	50,0	38,0	7,0	59,0	11,0
% funcionales	70,6	73,6	71,4	100,0	NR
% insulinomas	62,0	52,6	42,8	100,0	NR
Pancreatometomía distal (%)	62,0	NR	14,2	45,7	NR
Whipple (%)	20,0	NR	14,2	3,3	NR
Enucleación (%)	18,0	NR	42,8	37,0	NR
Otros procedimientos (%)	0,0	NR	14,2	14,0	NR
% mínima invasión	58,0	NR	0,0	0,0	NR
Mortalidad a 90 días (%)	4,0	NR	0,0	0,0	NR
Mediana de seguimiento (meses)	36,0	NR	36,0	NR	50,0
Recurrencia (%)	16,0	NR	28,4	NR	25,0

NR, no reportado.

*11 de los 48 GEP-NET del estudio eran PNET.

Tabla 1. Análisis univariado y multivariable por regresión logística de los factores de riesgo para presentar hallazgo de estenosis/tumores biliopancreáticos en pacientes mayores de 50 años que cumplen con riesgo alto de coledocolitiasis. (Mar313)

Análisis univariado			
	OR	IC95%	Valor de p
Sexo masculino	1,57	0,8-3,112	0,094
Diabetes mellitus tipo 2	1,20	0,610-2,366	0,29
Hipertensión arterial	0,54	1,264-1,123	0,059
Tabaquismo	1,476	0,630-3,464	0,18
Alcoholismo	1,146	0,483-2,720	0,37
Pérdida de peso > 5%	5,990	2,438-14,736	< 0,0001
Albúmina sérica < 3,5 g/dL	3,046	1,502-6,177	0,001
Albúmina sérica < 2,8 g/dL	2,221	1,014-4,866	0,023
Bilirrubinas totales > 2 mg/dL	5,701	0,726-44,778	0,048
Bilirrubinas totales > 5 mg/dL	5,911	2,355-14,859	0,0002
Bilirrubinas totales > 7 mg/dL	8,8	3,926-19,737	< 0,0001
Fosfatasa alcalina > 2 veces el LSN	3,477	1,155-10,463	0,013
GGT > 10 veces el LSN	2,0250	0,782-5,247	0,073
Hemoglobina < 13 g/dL (hombres) y < 12 g/dL mujeres	1,553	0,773-3,122	0,107
Diámetro del colédoco ajustado por vesícula biliar <i>in situ</i>	3,821	0,850-17,184	0,040
Litiasis vesicular	0,971	0,492-1,920	0,467
Vesícula <i>in situ</i>	2,126	0,911-4,963	0,04
Coledocolitiasis por USG	0,0351	0,013-0,096	< 0,0001
Análisis multivariado			
	OR	IC95%	Valor de p
Albúmina < 3,5 g/dL	2,14	1,81-3,95	0,043
Pérdida de peso > 5%	3,82	1,78-5,69	0,036
FA >2 veces el LSN	1,99	1,27-3,26	0,049

FA, fosfatasa alcalina; GGT, gammaglutamil transpeptidasa; LSN, límite superior de la normalidad; USG, ultrasonido abdominal.

un paciente mayor de 50 años, la adición de estos factores a los criterios de riesgo originales de la ASGE 2019 puede aumentar su rendimiento diagnóstico para reducir los riesgos del procedimiento.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Mar314

PANCREATITIS AGUDA Y ENTEROCOLITIS NEUTROPÉNICA COMO COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES DEL TRATAMIENTO CALGB MODIFICADO EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

E. S. Hernández-Musus, D. R. Rosales-López, B. Sánchez, S. Mateo, Grupo Colaborativo: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Introducción: La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es una neoplasia hematológica agresiva. El esquema CALGB modificado ha mejorado la sobrevida, pero puede causar toxicidades graves, como enterocolitis neutropénica y pancreatitis aguda, con efecto potencial en la mortalidad.

Objetivo: Describir las características clínicas, evolución y desenlace de los pacientes con leucemia linfoblástica aguda (LLA) que desarrollaron enterocolitis neutropénica o pancreatitis aguda como complicaciones del tratamiento con el esquema CALGB modificado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) durante el periodo 2020-2025.

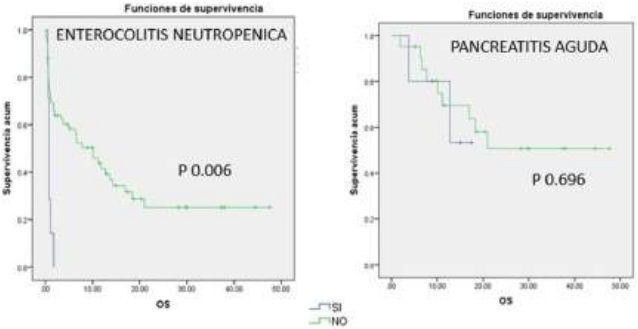
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico en pacientes ≥ 16 años con LLA tratados con CALGB modificado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (2020-2025). Se incluyeron casos con diagnóstico documentado de enterocolitis neutropénica. Se recolectaron variables clínicas, laboratoriales y desenlaces. Se aplicó análisis bivariado (ji cuadrada) curvas de Kaplan-Meier para supervivencia global y regresión de Cox para evaluar el efecto de las complicaciones gastrointestinales sobre la mortalidad.

Resultados: Se analizó a 67 pacientes (media de edad: 34,6 años); 12 (17,9%) desarrollaron complicaciones gastrointestinales mayores: seis enterocolitis neutropénica y seis pancreatitis aguda. La enterocolitis ocurrió durante la inducción y se relacionó con una mortalidad del 100%, con mediana de supervivencia de 0,8 meses. La pancreatitis, observada durante la consolidación, no modificó en grado significativo la supervivencia. La regresión de Cox confirmó que la enterocolitis neutropénica se vinculó con un riesgo significativamente mayor de muerte ($p < 0,01$), mientras que la pancreatitis no registró relación significativa ($p > 0,6$). Véase la **Figura 1**.

Conclusiones: La enterocolitis neutropénica, aunque infrecuente, fue letal, lo que confirma su elevada mortalidad en el contexto de la neutropenia profunda. La pancreatitis mostró curso benigno. Estos hallazgos resaltan la importancia de instituir vigilancia estrecha durante las fases tempranas del tratamiento.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.

Figura 1. Supervivencia global en pacientes con complicaciones gastrointestinales relacionadas con el esquema CALGB modificado. A, supervivencia global en pacientes con colitis neutropénica durante la fase de inducción. B, supervivencia global en pacientes con pancreatitis aguda durante la fase de consolidación. (Mar314)



Mar315

EVALUACIÓN DINÁMICA DE LAS ENZIMAS PANCREÁTICAS DURANTE LA PANCREATITIS AGUDA: MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO

D. K. Torres-Ruvalcaba, M. A. Garza-Ledezma, J. O. Jáquez-Quintana, C. A. Cortez-Hernández, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad con incidencia global de 13 a 45 casos por cada 100 000 personas y una mortalidad hasta de 5%. Aunque la elevación de amilasa y lipasa es fundamental para el diagnóstico, según los criterios de Atlanta, su utilidad como biomarcadores pronósticos es todavía controversial. Los estudios previos mostraron limitaciones metodológicas al clasificar la gravedad sólo por imagen, sin escalas clínicas validadas. En fecha reciente se ha propuesto un enfoque dinámico en la medición de biomarcadores, considerada su evolución durante la hospitalización.

Objetivo: Evaluar si los valores de amilasa y lipasa a las 24 y 72 horas se relacionan con la gravedad de la PA. Asimismo, explorar si una puntuación combinada que incluya la reducción $\geq 85\%$ de amilasa y una PCR < 10 mg/dL a las 72 h permite identificar a pacientes con pancreatitis leve.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal y ambispectivo realizado en un hospital de tercer nivel, en el noreste de México, durante enero de 2020 a enero de 2024. Se analizaron las concentraciones séricas de amilasa y lipasa a las 24 y 72 h. La PA se clasificó en leve, moderada o grave. Se evaluaron complicaciones mediante tomografía (clasificación de Balthazar). Se llevaron a cabo análisis bivariados, Spearman, prueba U de Mann-Whitney y regresión logística binaria. Se creó una calificación combinada “amilasa-PCR 72” y se evaluó su rendimiento diagnóstico mediante curva ROC.

Resultados: Se incluyó a 263 pacientes. La mayoría presentó PA moderada (62,4%), sin complicaciones locales (86,8%) ni sistémicas (64,6%). La complicación sistémica más frecuente fue la lesión renal aguda (13,3%) y la mortalidad fue de 6,1% (Tabla 1). No se halló correlación significativa entre amilasa o lipasa a las 24 o 72 h y la gravedad (Spearman $p > 0,45$). Tampoco se observaron diferencias significativas entre grupos leves respecto de los

moderados/graves con la prueba U de Mann-Whitney ni utilidad pronóstica en regresiones logísticas (OR - 1; $p > 0,16$). La calificación “amilasa-PCR 72” registró un AUC de 0,631 (IC95%, 0,520-0,743; $p = 0,021$), con sensibilidad de 47,3% y especificidad de 76,9%. En el modelo ajustado se vinculó significativamente con pancreatitis leve (OR 2,94; IC95%, 1,27-6,79; $p = 0,012$), con buena calibración (Hosmer-Lemeshow, $p = 0,165$) y capacidad de clasificación global del 64,9%.

Conclusiones: La amilasa y lipasa aisladas no son útiles como predictores de gravedad en PA. No obstante, un modelo combinado que evalúe su reducción junto con valores de PCR mostró utilidad para identificar formas leves de PA. La calificación “amilasa-PCR 72” representa una herramienta clínica de bajo costo, fácil aplicación y con potencial valor pronóstico complementario, especialmente útil en decisiones sobre alta hospitalaria o seguimiento ambulatorio. Se requiere validación externa para confirmar estos hallazgos.

Financiamiento: La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias de los sectores público o comercial ni de entidades sin ánimo de lucro.

Tabla 1. Características demográficas y etiológicas de los pacientes con pancreatitis aguda (n = 263). (Mar315)

Variable	Valor
Edad (años)	40 $\pm$ 16
Sexo	Femenino: 169 (64,3%) Masculino: 94 (35,7%)
Días de estancia hospitalaria	5,80 $\pm$ 5,46
Alcoholismo	70 (33%)
Tabaquismo	64 (28,1%)
Etiología	
- Biliar	217 (82,5%)
- Triglicéridos	26 (9,9%)
- Alcohol	13 (4,9%)
- Otra	7 (2,7%)



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 18 de noviembre de 2025

Enfermedad inflamatoria intestinal

Mar316

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ANÁLISIS COMPARATIVO EN UN CENTRO ESPECIALIZADO EN MÉXICO

E. Contreras-Avilés, V. N. Sebastián-Ocampo, J. A. Chida-Romero, P. Rosales-Téllez, R. E. González-López, V. Hernández-Antolín, H. Rodríguez-Cruz, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Las manifestaciones extraintestinales (MEI) son complicaciones frecuentes en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), con efecto significativo en la calidad de vida y el curso clínico de los pacientes. Estas manifestaciones pueden afectar a diversos órganos y sistemas, principalmente el musculoesquelético, la piel, los ojos y el hígado, y su aparición puede preceder, coincidir o seguir al diagnóstico de la EII. La frecuencia y el tipo de MEI varían de acuerdo con el subtipo de EII, el sexo, la edad de inicio y el tratamiento recibido. Aunque la bibliografía internacional ha documentado ampliamente su prevalencia, en México persiste la necesidad de generar evidencia local que caracterice a estos hallazgos en la población con EII.

Objetivo: Caracterizar las MEI en pacientes con EII y comparar los aspectos demográficos, clínicos y terapéuticos entre colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC) en un centro especializado de México.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional que incluyó a 204 pacientes con EII atendidos en la clínica de EII del Hospital General de México Eduardo Liceaga entre marzo de 2023 y junio de 2025. Se recopilieron

datos clínicos y demográficos a partir del expediente, incluidos edad, sexo, edad al diagnóstico, tipo de EII, clasificación de Montreal, presencia de MEI y tipo de tratamiento recibido (convencional y biológico). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 29. Se utilizaron estadísticas descriptivas (medias y desviaciones estándar para variables continuas; frecuencias y porcentajes para variables categóricas). Para la comparación entre grupos (CUCI vs. EC), se empleó la prueba ji cuadrada o exacta de Fisher para variables categóricas y la prueba t de Student para variables continuas. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: De los 204 pacientes con EII incluidos en el estudio, 66 (32,4%) presentaron al menos una manifestación extraintestinal. De éstos, 46 (69,7%) tenían CUCI y 20 (30,3%) EC. El sexo femenino predominó en el grupo con MEI (71,2%), sobre todo en pacientes con CUCI (80,4%), mientras que la distribución por sexo fue equitativa en EC. La edad media fue de $47,6 \pm 15,3$ años y la edad al diagnóstico de EII fue de $41,5 \pm 15,5$ años, sin diferencias estadísticamente significativas entre subtipos. Según la clasificación de Montreal, en la CUCI predominó el subtipo E3 (39,4%) y en la EC el subtipo A3 (18,2%), con patrón L3 (10,3%) y comportamiento B2 (15,2%). Las manifestaciones extraintestinales más frecuentes fueron las artralgias (74,5%), seguidas por artritis reumatoide (4,5%), colangitis esclerosante primaria (4,5%) y espondiloartrosis (3%). Se identificaron también casos aislados de uveítis, pioderma gangrenoso, pénfigo hemorrágico, eritema nodoso, artritis psoriásica y formas combinadas. El análisis por subtipo de EII mostró que los pacientes con enfermedad de Crohn presentaron una mayor proporción de MEI en comparación con CUCI (44,4% vs. 28,9%, $p = 0,045$). Además, el uso de tratamiento biológico fue significativamente más frecuente en EC (80% vs. 30,4%, $p < 0,001$), en tanto que el convencional fue más común en CUCI (93,5% vs. 55%, $p = 0,002$). En la **Tabla 1** se resumen las características demográficas, clínicas, terapéuticas y tipo de MEI de los pacientes con EII.

Tabla 1. (Mar316)

Variable	Total EII + MEI (n = 66)	CUCI (n = 46)	EC (n = 20)	Valor de p
Sexo, n (%)				0,021*
Masculino	19 (28,8)	9 (19,6)	10 (50,0)	
Femenino	47 (71,2)	37 (80,4)	10 (50,0)	
Edad media, años ($\pm$ DE)	47,57 $\pm$ 15,34	46,06 $\pm$ 14,28	51,05 $\pm$ 17,44	0,224
Edad al diagnóstico, años ($\pm$ DE)	41,45 $\pm$ 15,52	39,5 $\pm$ 14,5	45,95 $\pm$ 17,19	0,122

Clasificación de Montreal CUCI, n (%):				NA
E1	-	6 (9,1)	-	
E2	-	14 (21,2)	-	
E3	-	26 (39,4)	-	
Clasificación de Montreal EC, n (%):				NA
A1	-	-	2 (3,0)	
A2	-	-	6 (9,1)	
A3	-	-	12 (18,2)	
L1	-	-	5 (7,6)	
L2	-	-	5 (7,6)	
L3	-	-	7 (10,3)	
L4	-	-	3 (5,4)	
B1	-	-	8 (12,1)	
B2	-	-	10 (15,2)	
B3	-	-	2 (3,0)	
Tratamiento convencional, n (%)	54 (81,8)	43 (93,5)	11 (55,0)	0,001*
Tratamiento biológico, n (%)	30 (45,5)	14 (30,4)	16 (80,0)	0,001*
Tipo de MEI, n (%):				
Artralgias	49 (74,5)	32 (69,6)	17 (85,0)	0,179
Uveítis	2 (3,0)	2 (4,3)	0 (0,0)	0,389
Eritema nodoso	1 (1,5)	1 (2,2)	0 (0,0)	0,566
Pénfigo hemorrágico	1 (1,5)	1 (2,2)	0 (0,0)	0,566
Espondiloartrosis	2 (3,0)	1 (2,2)	1 (5,0)	0,548
Pioderma gangrenoso	2 (3,0)	2 (4,3)	0 (0,0)	0,389
Artritis reumatoide	3 (4,5)	1 (2,2)	2 (10,0)	0,230
CEP	3 (4,5)	3 (6,5)	0 (0,0)	0,289
Artritis + CEP	2 (3,0)	2 (4,3)	0 (0,0)	0,389
Artritis psoriásica	1 (1,5)	1 (2,2)	0 (0,0)	0,566

EII, enfermedad inflamatoria intestinal; CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; EC, enfermedad de Crohn; MEI, manifestación extraintestinal; CEP, colangitis esclerosante primaria; NA, no aplica.

Conclusiones: Las manifestaciones extraintestinales se presentan en un tercio de los pacientes con EII, con mayor frecuencia en quienes padecen EC. Se identificaron diferencias clínicas y terapéuticas entre los subtipos, con mayor uso de tratamiento biológico en EC y predominio de tratamiento convencional en CUCI. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un abordaje integral y especializado en centros de atención de tercer nivel.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar317

COMPORTAMIENTO DE LOS AÑOS PERDIDOS POR MUERTE PREMATURA POR ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN MÉXICO Y EN EL MUNDO

G. Chávez-Saavedra, E. Lara-Lona, K. L. Rodríguez-Monjaraz, M. F. Valencia-Torres, J. R. García-Ramírez, J. Martínez-Soto, S. C. Torres Torija-Ruiz, Universidad de Guanajuato

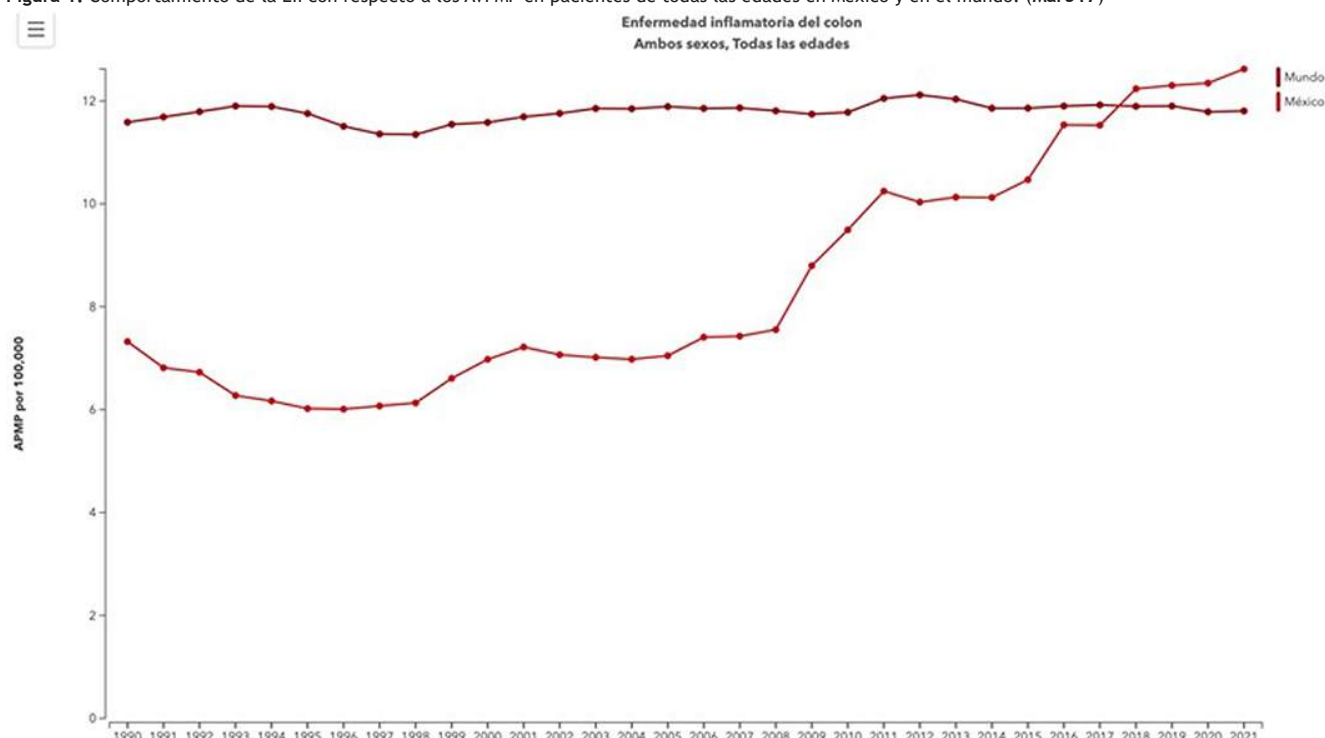
Introducción: En el plano global, la incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) está en aumento, principalmente en Occidente. Los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPMP) representan un indicador importante del comportamiento epidemiológico y de su efecto en un sistema de salud complejo y básico como el de México. La relevancia de estudiarla radica en que la enfermedad tiene un curso impredecible y es incurable. México se encuentra en el segundo estadio epidemiológico (incidencia acelerada) y la disminución de la mortalidad incrementará la carga de la enfermedad para el sistema de salud nacional.

Objetivo: Describir el comportamiento de los AVPMP en la población mexicana por enfermedad inflamatoria intestinal entre 1990 y 2021 y compararlo con las cifras globales para mejorar las estrategias que reduzcan la carga de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio de tipo epidemiológico observacional, descriptivo, retrospectivo, de tendencias y ecológico. La información estadística es pública y se encuentra disponible en la plataforma *Global burden disease compare* del Instituto para las Métricas y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). De esta plataforma se extrajeron cifras estandarizadas por sexo y edad por año sobre los AVPMP de la base de datos GBD a escala regional, nacional y mundial. El periodo incluido fue de 1990 a 2021 y se definió EII mediante los códigos K50-K51.319, K51.5-K52, K52.8-K52.9 de CIE-10.

Resultados: En México hay un franco incremento de los AVPMP por EII. Entre los años 1990 y 2021 se registró un aumento de 5,3 años de vida perdidos en México. Además, este incremento se muestra constante a través del tiempo, en comparación con la estabilidad relativa identificada en el resto del mundo, donde este aumento sólo fue de 0,22 años perdidos. El comportamiento de la EII en México muestra un incremento casi constante a partir del año 2008. En 2018, las cifras nacionales superaron a las mundiales sobre los años perdidos por este grupo de enfermedades y, si se mantiene el mismo crecimiento, las cifras de años perdidos se acercarán a 15 en 2025 (Figura 1). Si se analiza por sexo se observa que en el sexo masculino también se reconoce una tendencia hacia el ascenso en el mismo periodo, en comparación con las cifras para el resto del mundo. Los AVPMP para el sexo masculino en México fueron de 6,28, una cifra mucho mayor que la global, que sólo aumentó 0,23 en el periodo evaluado. México superó los años perdidos para el sexo masculino en comparación con los datos globales en el año 2016. En realidad, la tendencia muestra que la pérdida fue mayor del doble en el

Figura 1. Comportamiento de la EII con respecto a los AVPMP en pacientes de todas las edades en México y en el mundo. (Mar317)



periodo evaluado: la pérdida aproximada era de seis años en 1997 y terminó en 14,1 en 2021.

Para el sexo femenino, el comportamiento es similar en relación con el incremento sostenido de los años de vida perdidos en forma general. Los AVPMP para el sexo femenino en México fueron 4,38, también una cifra mucho mayor que la global, la cual sólo se incrementó 0,21 en el periodo evaluado. Aunque las cifras se mantienen por debajo de los valores mundiales, se observa un incremento mayor del doble en el periodo evaluado: la pérdida era de prácticamente cinco años en 1993 y se elevó a 11,89 en 2021. Si se consideran las proyecciones en la gráfica, es muy probable que las cifras de años perdidos ya hayan superado a lo informado en el plano global. La diferencia por sexo de AVPMP es de 1,9 años más para el sexo masculino (Figura 1).

Conclusiones: Existe un incremento prácticamente constante de AVPMP en México por EII entre 1990 y 2021. Este aumento es significativamente mayor que el notificado en el mundo y afecta sobre todo al sexo masculino. Las políticas públicas específicas que modifiquen la interacción compleja entre factores sociodemográficos, ambientales y del sistema de salud pueden disminuir la carga de la enfermedad y mejorar los AVPMP.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Mar318

VALOR DIAGNÓSTICO DEL ÍNDICE MaRIA Y SU CORRELACIÓN CON PARÁMETROS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

V. N. Sebastián-Ocampo, E. Contreras-Avilés, M. Philippe-Ponce, P. Rosales-Téllez, R. E. González-López, R. Y. López-Pérez, V. Hernández-Antolín, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es una inflamación crónica transmural que puede causar estenosis, fístulas y abscesos. La ileocolonoscopy es el método estándar para la evaluación mucosa, pero su uso frecuente está limitado por su carácter invasivo. El índice MaRIA mediante resonancia evalúa la actividad inflamatoria de forma no invasiva. Correlacionarlo con índices clínicos y biomarcadores ayudaría a optimizar el control en centros con recursos limitados.

Objetivo: Determinar la correlación entre el índice MaRIA y parámetros clínicos y bioquímicos (*Harvey-Bradshaw index* [HBI], *Crohn's disease activity index* [CDAI], proteína C reactiva [PCR] y calprotectina fecal [CPF]) en pacientes con EC en un centro de tercer nivel en México.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico en 46 pacientes con enfermedad de Crohn atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México. Se recopilaron datos de enterorresonancia (índice MaRIA), índices clínicos y biomarcadores. Se evaluó la distribución con Shapiro-Wilk, la correlación con Spearman y se realizaron curvas ROC para analizar la capacidad discriminativa del MaRIA respecto de la remisión clínica. Análisis efectuado en SPSS v29.

Resultados: Las características clínicas y demográficas de los pacientes con EC se presentan en la **Tabla 1**. La edad media fue de 47,5 años, con 58,7% de mujeres. Según la clasificación de Montreal, predominó L3 (41,3%) y los grupos A2 y A3 fueron los más frecuentes (47,8%). El 47,8% tuvo manifestaciones extraintestinales y el 28,3% enfermedad perianal. El 78,3% recibía fármacos biológicos, mayormente ustekinumab (52,2%). Durante el seguimiento, 45,7% fue hospitalizado y 41,3% requirió cirugía. El índice MaRIA mostró correlación positiva significativa con HBI ($\rho = 0,525$, $p = 0,0021$) y CDAI ($\rho = 0,522$, $p = 0,0022$), sin relación con PCR ($\rho = 0,293$, $p = 0,1037$) ni CPF ($\rho = 0,053$, $p = 0,7721$). En el análisis ROC, el AUC fue 0,750 frente a HBI y 0,821 frente a CDAI, con buena capacidad discriminativa para identificar actividad clínica.

Tabla 1. Clasificación de Montreal de la EC: A, edad al diagnóstico; L, localización; B, comportamiento; P, compromiso perianal. (Mar318)

Variable	Pacientes n (%)
Edad media $\pm$ DE (años)	47,41 $\pm$ 15,27
Sexo	
Masculino	19 (41,3%)
Femenino	27 (58,7%)
Enfermedad crónica degenerativa	6 (13,0%)
Clasificación de Montreal	
A1 (≤ 16 años)	2 (4,3%)
A2 (17-40 años)	22 (47,8%)
A3 (> 40 años)	22 (47,8%)

L1 (íleon)	9 (19,6%)
L2 (colon)	12 (26,1%)
L3 (ileocolon)	19 (41,3%)
L4 (tracto digestivo alto)	6 (13,0%)
B1 (inflamatoria no estenosante)	22 (47,8%)
B2 (estenosante)	20 (43,5%)
B3 (penetrante)	4 (8,7%)
P (enfermedad perianal)	13 (28,3%)
Manifestaciones extraintestinales	22 (47,8%)
Hospitalizaciones previas	21 (45,7%)
Cirugías previas	19 (41,3%)
Tratamiento convencional	30 (65,2%)
Tratamiento biológico total	36 (78,2%)
Infliximab	8 (17,4%)
Ustekinumab	24 (52,2%)
Vedolizumab	2 (4,3%)
Adalimumab	2 (43%)

Conclusiones: El índice MaRIA mostró correlación significativa con los índices clínicos HBI y CDAI, pero no con biomarcadores bioquímicos. Su uso podría representar una herramienta confiable y no invasiva para evaluar la actividad inflamatoria en EC, en particular en contextos con recursos limitados.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar319

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES DISMINUYEN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

F. D. Gutiérrez-Herrera, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) puede presentar manifestaciones extraintestinales (MEI) hasta en un 50% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y tienen peor calidad de vida que la población general. Se desconoce con precisión si las MEI modifican la calidad de vida.

Objetivo: Evaluar si la calidad de vida de los pacientes con MEI es peor que la de aquéllos con EII que no las presentan.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles en el que se incluyó a 243 pacientes con EII (132 sin MEI y 111 con MEI). A todos se les aplicó el cuestionario IBDQ-32 para medir la calidad de vida y se tomó como punto de corte de calidad de vida disminuida un valor < 170 puntos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 26. Se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Los pacientes con EII y MEI tuvieron peor calidad de vida de manera significativa en comparación con aquellos que no las tuvieron ($p = 0,001$; RM = 2,29; IC95%, 1,3-3,8). En el análisis por esferas del cuestionario IBDQ-32 se encontró que la disminución de la calidad de vida ocurrió a expensas de las dimensiones de los síntomas sistémicos ($p < 0,0001$), síntomas intestinales ($p < 0,0001$), función social ($p < 0,0001$) y emocional ($p < 0,0001$), como se observa en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Efecto de las MEI en la calidad de vida de los pacientes con EII. MEI, manifestaciones extraintestinales. (Mar319)

Análisis univariable					
Variable	< 170	≥ 170	p	RM	IC
Actividad	49	29	0,0002	2,8	1,6-4,9
MEI	64	47	0,001	2,46	1,4-4,1
Osteopenia	12	5	0,04	3	1,05-9,0

Artralgias	40	26	0,004	2,2	1,3-4,0
Análisis multivariado					
Actividad	49	29	0,001	2,5	1,45-4,53
MEI	64	47	0,003	2,2	1,2-3,82
Análisis por dominios					
Dominio	Media ± (DE)		P	IC	
Función social	28,7 (6,8)		0,0001	2,0-5,5	
Síntomas sistémicos	22,9 (6,7)		0,0001	2,1-5,4	
Síntomas intestinales	55,3 (10,5)		0,0001	2,9-8,2	
Emocional	60,2 (15,8)		0,0001	3,7-11,4	

RM, razón de momios; IC, intervalo de confianza; DE, desviación estándar.

Conclusiones: Los pacientes con EII y MEI presentan peor calidad de vida de manera significativa en comparación con los pacientes con EII que no las presentan, independientemente de la actividad.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar320

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

V. N. Sebastián-Ocampo, E. Contreras-Avilés, R. E. González-López, P. Rosales-Téllez, J. A. Chida-Romero, V. Hernández-Antolín, H. Rodríguez-Cruz, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad de Crohn se caracteriza por una inflamación transmural discontinua que puede afectar a cualquier segmento digestivo. Su curso suele ser impredecible, con remisiones y exacerbaciones, y puede causar estenosis, fistulas y manifestaciones extraintestinales. En México, su control es un reto por la variabilidad clínica, la necesidad de un diagnóstico integral con métodos clínicos, endoscópicos y radiológicos, y el acceso limitado a tratamientos inmunomoduladores y biológicos.

Objetivo: Describir las características clínicas, demográficas y bioquímicas en pacientes con enfermedad de Crohn atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en pacientes con EC atendidos entre 2023 y 2025. Se recopilaron datos demográficos y comportamiento según la clasificación de Montreal, las manifestaciones extraintestinales, la actividad por el índice de Harvey-Bradshaw (HBI) y el índice de actividad de la enfermedad de Crohn (CAI), las concentraciones de calprotectina fecal (CPF) y la proteína C reactiva (PCR), y los tratamientos. El análisis se condujo con el programa SPSS v29.

Resultados: Se analizó a 72 pacientes con EC, con una edad media de 47,5 años. El 16,6% mostró comorbilidades crónicas. La mayoría se diagnosticó entre los 17 y 40 años (A2, 48,6%). La forma ileocolónica (36,1%) fue la más frecuente y el patrón predominante fue no estenosante ni penetrante (B1, 51,4%). La enfermedad perianal se identificó en el 20,8% y la fistula anal fue la lesión más frecuente (16,6%). El 58,3% de los pacientes se encontraba en remisión clínica. El tratamiento convencional se instituyó en el 69,4% y el 63,9% recibió tratamiento avanzado, en particular ustekinumab (40,3%). Las manifestaciones extraintestinales estuvieron presentes en el 51,3% y las artralgias fueron las más comunes (37,4%). La mitad de los pacientes requirió hospitalización y el 44,4% se sometió a cirugía.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con enfermedad de Crohn predominó el diagnóstico en adultos jóvenes, con localización ileocolónica y comportamiento inflamatorio no estenosante ni penetrante. La mayoría se hallaba en remisión clínica y recibió azatioprina o fármacos biológicos. Se registró una alta frecuencia de manifestaciones extraintestinales, enfermedad perianal y cirugías, lo que refleja la carga clínica y la necesidad de estrategias terapéuticas integrales.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgm



Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 18 de noviembre de 2025

Hígado II

Mar321

EXPERIENCIA EN LA DETECCIÓN Y ERRADICACIÓN DE VÁRICES ESOFÁGICAS CON TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES CIRRÓTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F. Sánchez-Salinas, E. Cerda-Reyes, A. Martínez-Cuazitl, F. E. Almazán-Urbina, Hospital Central Militar

Introducción: La hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS) en los pacientes con cirrosis se define cuando el gradiente de la vena porta es > 10 mmHg; el estándar de oro para su medición son los métodos invasivos por radiología intervencionista. En las últimas actualizaciones de consenso de hipertensión portal se han generado nuevas herramientas para la detección de este gradiente con el fin evitar la descompensación e instituir medidas profilácticas. En el contexto de las várices esofágicas se recomiendan la elastografía y el conteo plaquetario para definir qué pacientes se benefician del tamizaje de las várices esofágicas; sin embargo, en trabajos recientes se han propuesto algunas calificaciones como las puntuaciones ALBI y ALBI-PLT para la predicción de várices esofágicas que han mostrado resultados positivos y pueden ser herramientas no invasivas para detectar várices con un punto de corte > 3 .

Objetivo: Determinar la experiencia endoscópica y la utilidad de la calificación ALBI-PLT en los pacientes sometidos a ligadura variceal en este centro hospitalario.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en el servicio de endoscopia del Hospital Central Militar. Se efectuó la búsqueda de pacientes con cirrosis hepáticas sometidos a endoscopia profiláctica primaria y secundaria de várices esofágicas. Se determinaron las puntuaciones MELD-Na, ALBI y ALBI/PLT con la presencia de várices esofágicas tratadas con ligadura, el número de sesiones y su relación durante la vigilancia endoscópica.

Resultados: Se incluyó a un total de 68 pacientes, entre quienes la causa más frecuente fue el consumo de alcohol (52,9%, $n = 36$), con estadio de Child-Pugh A (36,8%, $n = 25$), B (54,4%, $n = 37$) y C (8,9%, $n = 6$) y Meld-Na de $12 (\pm 2,7)$, el cual se sometió a ligadura variceal en los contextos de profilaxis primaria (39,7%, $n = 27$) y secundaria (60,3%, $n = 41$) y durante el seguimiento el número de sesiones promedio de ligadura variceal fue de 3 (33,8%, $n = 23$) y se obtuvo la erradicación en un 86,8% ($n = 59$) con un por-

centaje de resangrado de 20,6% ($n = 14$). No se observaron diferencias significativas entre los pacientes con profilaxis primaria o secundaria respecto del grado de Child-Pugh, el grado de las várices, el resangrado o la erradicación ni en las calificaciones evaluadas. De acuerdo con la calificación ALBI/PLT, se observó una puntuación < 3 puntos en 17 pacientes (25%), 10 de profilaxis primaria y siete de profilaxis secundaria. Por otra parte, en los individuos en quienes se erradicaron las várices ($n = 12$) con calificación ALBI/PLT < 3 fue significativa en comparación con los que no fueron objeto de erradicación ($n = 5$) ($\chi^2 = 5,165$, $p = 0,023$).

Conclusiones: En este estudio no se observaron diferencias significativas en cuanto a las puntuaciones MELD, MELD-Na y ALBI-PLT con las indicaciones de ligadura variceal, ya sea en profilaxis primaria o secundaria y resangrado. Sin embargo, la puntuación ALBI-PLT < 3 en los pacientes que experimentaron erradicación de várices por endoscopia fue estadísticamente significativa, lo que lleva a un tratamiento endoscópico exitoso; sin embargo, aún son necesarios estudios que avalen estos resultados.

Financiamiento: Este trabajo no recibió patrocinio.

Mar322

PREVALENCIA DEL VIRUS DE HEPATITIS C EN POBLACIÓN CLAVE, GENERACIONES Y LUGAR DE RESIDENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL ESTADO DE VERACRUZ: TRATADOS CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

M. E. Avilés-Guillén, M. T. Guzmán-Terrones, M. R. Terrones-Castro, L. Del Carpio-Orantes, M. E. Quiñones-Martínez, Grupo Colaborativo: Clínica de Hígado, Hospital de Alta Especialidad de Veracruz

Introducción: La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es un importante problema de salud pública. De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud), México se integró en 2018 con su Programa Nacional de Eliminación de la Hepatitis en todos los establecimientos de salud.

Objetivo: Actualizar varios aspectos epidemiológicos sobre sujetos infectados por el VHC, como la prevalencia en generaciones, población clave y lugar de residencia en el estado de Veracruz registrada en la plataforma de Ambiente de Administración y Manejo de Atenciones en Salud (AAMATES) que recibieron tratamiento con antivirales de acción directa (AAD).

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal con análisis descriptivo. Se recolectó la información de la plataforma AAMATES con 10 536 pacientes y registros de tamiz del virus de la hepatitis C (VHC). La población incluida se segmentó por generaciones, así como por municipio de residencia en el estado de Veracruz y por pertenencia a grupos de población clave. Asimismo, se documentó el régimen de tratamiento antiviral utilizado y se diferenció entre los esquemas con sofosbuvir/velpatasvir y glecaprevir/pibrentasvir. Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas.

Resultados: Durante el periodo comprendido entre 2021 y 2024 se tamizó a un total de 10 536 pacientes para la detección del VHC. De ellos, 560 pacientes (5,3%) obtuvieron resultados positivos mediante pruebas rápidas. La prevalencia general de hepatitis C en la población tamizada fue de 4,94%. Se incluyó en el análisis final a 295 pacientes (56,6%) que contaban con carga viral confirmada y que habían alcanzado una respuesta viral sostenida (RVS) tras completar el tratamiento antiviral y recibir el alta médica. Se observó una prevalencia notablemente más alta de casos tratados en Tlaxotalpan, seguido de Veracruz y Amatlán, y la segmentación por generaciones reveló que la generación Boomer fue la más afectada tras concentrar el 38% de los casos. El tratamiento antiviral con AAD como sofosbuvir/velpatasvir y glecaprevir/pibrentasvir ha demostrado ser altamente efectivo y seguro, como lo revelan los 222 pacientes tratados con sofosbuvir/velpatasvir y los 73 con glecaprevir/pibrentasvir, todos los cuales alcanzaron una RVS (Figura 1).

Conclusiones: El estudio demuestra que la prevalencia de hepatitis C en la población tamizada fue de 4,94%, con una mayor afectación en la generación Boomer, así como en la distribución geográfica que mostró diferencias en la prevalencia; Tlaxotalpan fue el municipio con mayor concentración de VHC. Los resultados respaldan a los AAD como tratamiento estándar, con alto éxito en los tratamientos, además de que deben intensificarse las estrategias de detección, tratamiento y curación en la población clave, especialmente en las comunidades rurales y en la población de mayor edad.

Financiamiento: Estudio independiente.

Mar323

EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO CON TENOFOVIR ALAFENAMIDA EN PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE HEPATITIS B

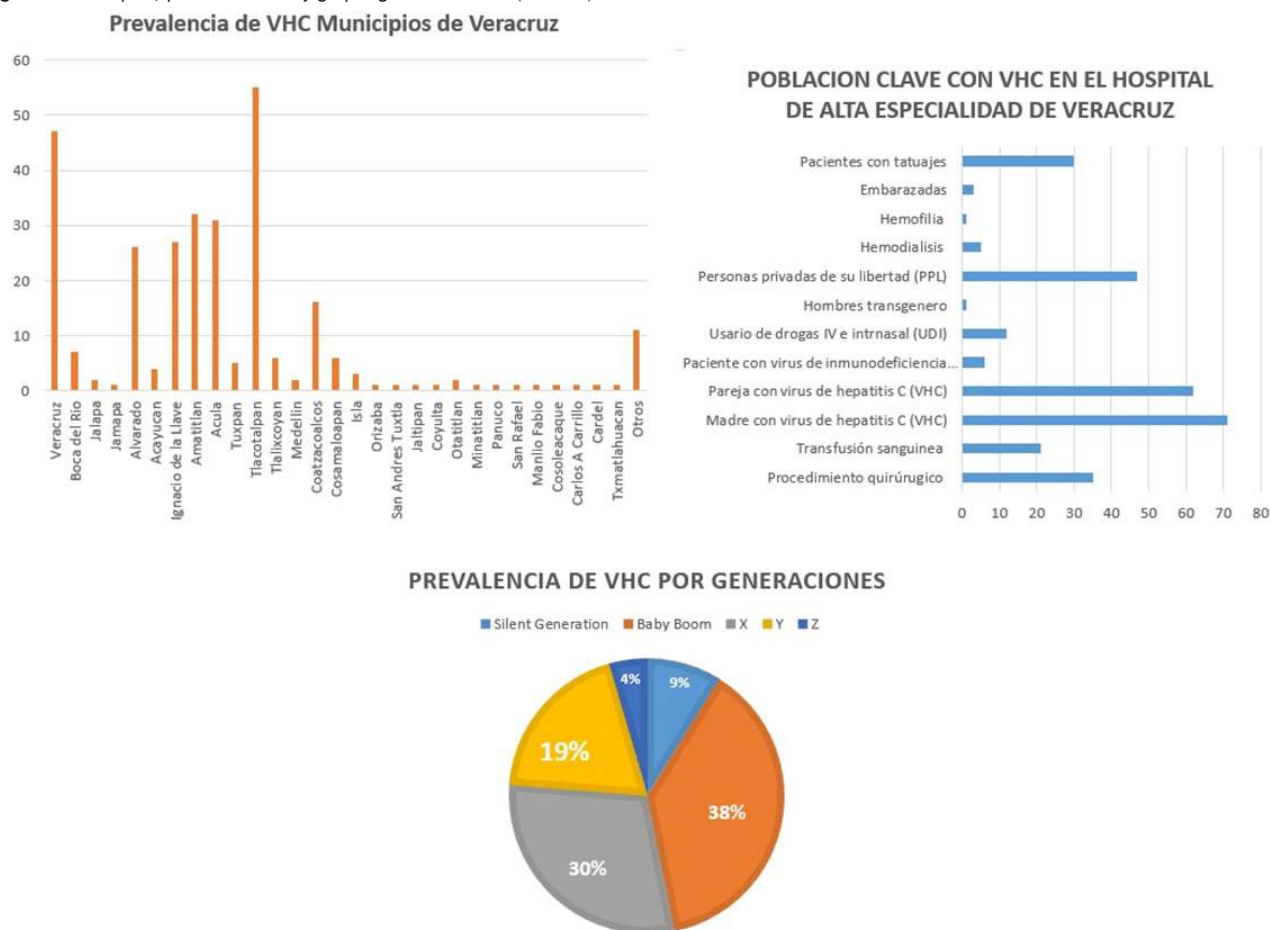
V. Díaz-Figueroa, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La infección crónica por el virus de la hepatitis B (VHB) se define como la persistencia del HBsAg por seis meses o más. En el año 2022 se calculaba que 254 millones de personas vivían con infección crónica por VHB en el mundo. Este país se considera de baja seroprevalencia: < 2%. Esta infección puede evolucionar a cirrosis y carcinoma hepatocelular (CHC) aun en pacientes sin cirrosis, por lo cual el objetivo terapéutico es la supresión del DNA del VHB, para reducir así las afecciones descritas. Actualmente, el tratamiento incluye análogos de nucleósidos y nucleótidos, y la tenofovir alafenamida (TAF) es el fármaco con mejor perfil de seguridad renal y óseo.

Objetivo: Describir la respuesta que obtuvieron los pacientes con infección crónica por VHB después de la institución del tratamiento con TAF.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de infección crónica por VHB en tratamiento con TAF y en seguimiento en el servicio de consulta externa de gastroenterología del Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI. Se trató de un estudio de cohorte retrospectivo, observacional y descriptivo. Variables analizadas: edad, género, presencia de HBeAg, coinfección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), diagnóstico de cirrosis hepática, diagnóstico de CHC, último tratamiento previo para VHB, carga viral de VHB a los tres y seis meses después de comenzar el tratamiento con TAF y su última carga viral registrada y tasa de filtrado glomerular (TFG). Análisis de resultados: se realizó estadística descriptiva

Figura 1. Municipios, población clave y grupos generacionales. (Mar322)



con frecuencias y porcentajes, así como medias y medianas, de acuerdo con la distribución de las variables.

Resultados: Se incluyó a 22 pacientes, con predominio del género masculino con 68% (15) y 18% (4) tenía antígeno E positivo; la media de edad fue de 54 ± 21 años y la mediana de TFG de 87 (71,5-95,6 mL/min); el 14% (3) de los individuos tuvo diagnóstico de carcinoma hepatocelular y el 41% (9) recibió tenofovir disoproxilo previamente y la mediana de seguimiento fue de 77,5 (26-124) meses (Tabla 1). Más de la mitad de los pacientes tuvieron una carga viral indetectable con TAF. Los pacientes con HBeAg positivo no negativizaron su carga viral (100%), el 67% (2) de los sujetos con VIH mostró carga viral positiva, el 67% (2) con CHC no negativizó la carga viral y el 64% (9) de los pacientes con cirrosis registró carga viral indetectable al final del seguimiento.

Conclusiones: El tratamiento con TAF para pacientes con infección crónica por VHB es efectivo para mantener la carga viral indetectable incluso en enfermos tratados previamente con tenofovir disoproxilo, lo cual evita las complicaciones vinculadas con el virus de la hepatitis B.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características de la población. (Mar323)	
Género	
Femenino, n (%)	7 (32)
Masculino, n (%)	15 (68)
Edad, años, DE	54 ± 21
HBeAg positivo, n (%)	4 (18)
Cirrosis, n (%)	14 (64)
Coinfección con VIH, n (%)	3 (14)
TFG, mediana (mL/min)	87 (71,5-95,6)
Presencia de CHC, n (%)	3 (14)
Tratamiento previo	
TDF, n (%)	9 (41)
ETV, n (%)	7 (32)
3TC, n (%)	1 (4,5)
TDF + ETV, (%)	1 (4,5)
Sin tratamiento previo, n (%)	4 (18)
Seguimiento, mediana (meses)	77,5 (26-124)
DE, desviación estándar; HBeAg, antígeno “e” de la hepatitis B; VIH, virus de inmunodeficiencia humana; TFG, tasa de filtración glomerular; CHC, carcinoma hepatocelular; TDF, tenofovir disoproxilo fumarato; ETV, entecavir; 3TC, lamivudina. Datos del autor.	

Mar324

PERFIL CLÍNICO ETIOLÓGICO DE LA CIRROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES DEL CEIHET, MÉXICO, DURANTE EL PERIODO 2019-2025

J. D. Monsiváis-Morales, R. Contreras-Omaña, Centro de Estudio e Investigación en Enfermedades Hepáticas y Toxicológicas (CEIHET)

Introducción: La cirrosis hepática representa la fibrosis irreversible del hígado, como etapa final del daño hepático crónico. Esta anomalía es progresiva y transita desde una fase compensada asintomática hasta una etapa descompensada. En el plano global constituye una de las principales causas de mortalidad. En México representa un cambio progresivo en la etiología, en el cual la enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASLD) ha superado a otras causas como la enfermedad hepática relacionada con alcohol (ALD) y la infección por el virus de la hepatitis C (VHC).

Objetivo: Describir las características clínicas y etiológicas de los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el CEIHET, México, durante el periodo 2019-2025.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática en el Centro de Estudio e Investigación en Enfermedades Hepáticas y Toxicológicas (CEIHET), entre enero de 2019 y junio de 2025. Se recolectaron variables clínicas, bioquímicas, imagenológicas y etiológicas a partir de expedientes clínicos. Se clasificó la gravedad de la cirrosis mediante la escala de Child-Pugh. El análisis estadístico fue descriptivo, con uso de frecuencias absolutas, proporciones y medias.

Resultados: Se incluyó a 260 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática en el CEIHET entre enero de 2019 y junio de 2025. El 55% (n = 143) correspondió a mujeres y el 45% (n = 117) a hombres, con una edad media de 61,48 años. La causa más común fue MASLD (59,61%, n = 155), seguida de ALD (15,77%, n = 41), colangitis biliar primaria (CBP) (12,31%, n = 32) y VHC (6,15%, n = 16). Según la clasificación de Child-Pugh, el 54,6% (n = 142) se encontraba en estadio A, 33,85% (n = 88) en B y 11,54% (n = 30) en C. Las complicaciones más frecuentes fueron várices esofágicas (39,38%) y encefalopatía hepática (38,5%). El carcinoma hepatocelular (CHC) se presentó en el 6,54% (n = 17), con mayor frecuencia en pacientes con VHC (25%), seguido de MASLD (6,5%) y CBP (6,25%) (Tabla 1).

Conclusiones: La MASLD fue la principal causa de cirrosis hepática en esta cohorte, seguida de ALD. Destaca la CBP como tercera causa más común, especialmente en mujeres, lo que sugiere un cambio en el patrón etiológico nacional. Además, su vinculación con el carcinoma hepatocelular refuerza la necesidad de seguimiento estrecho. Estos hallazgos subrayan la importancia de diagnosticar en fase temprana las causas autoinmunes como la CBP para mejorar el pronóstico y prevenir complicaciones.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Elaboración propia con base en datos recolectados del expediente clínico del CEIHET en el periodo de enero de 2019 a junio de 2025. (Mar324)	
Variable	Resultado
Sexo	Mujeres: 55% (n = 143) Hombres: 45% (n = 117)
Edad media	61,48 años
Origen geográfico	Región centro del país: 76,54% (n = 199)
Causas de la cirrosis	MASLD: 59,61% (n = 155) ALD: 15,77% (n = 41) CBP: 12,31% (n = 32) VHC: 6,15% (n = 16)
Clasificación de Child-Pugh	A: 54,6% (n = 142) B: 33,85% (n = 88) C: 11,54% (n = 30)
Complicaciones frecuentes	Várices esofágicas: 39,38% Encefalopatía hepática: 38,5% Ascitis: 17,26%
Carcinoma hepatocelular (CHC)	Total: 6,54% (n = 17) MASLD: 6,5% VHC: 25% CBP: 6,25%
MASLD, enfermedad hepática relacionada con disfunción metabólica; ALD, enfermedad hepática por alcohol; CBP, colangitis biliar primaria; VHC, virus de la hepatitis C.	

Mar325

ROL DEL ANTIOXIDANTE ENDÓGENO EN LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ALCOHÓLICA: PERSPECTIVAS TERAPÉUTICAS

A. Flores-Sánchez, I. B. Flores-Islas, A. Hernández-Barragán, M. Martínez-Castillo, M. Hernández-Santillán, J. Córdova-Gallardo, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: HIPAM, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM

Introducción: El consumo excesivo de alcohol promueve la generación de especies reactivas de oxígeno (ROS) y sus metabolitos inducen daño hepático a través del estrés oxidativo (EO). El glutatión es el antioxidante endógeno de mayor actividad que tiene un papel en el mantenimiento de la homeostasis redox.

Objetivo: Evaluar el estado redox (glutatión) en el consumo de alcohol y la enfermedad hepática alcohólica (EHA).

Material y métodos: Estudio transversal y multicéntrico con 523 sujetos del banco de sangre del Hospital General de México y el Hospital General Dr. Manuel Gea González, a quienes se les aplicó un cuestionario personalizado y clasificó con AUDIT, DSM-V, datos clínicos y bioquímicos. Se formaron tres grupos: trastorno por consumo de alcohol moderado a grave (TCA m-s: 119), cirrosis por alcohol (CiOH: 85), hepatitis alcohólica grave (HA: 114) y un grupo control (CT: 205). Se determinaron valores séricos de glutatión reducido (GSH), glutatión oxidado (GSSG) y se calculó el cociente GSH/GSSG mediante el kit comercial Cayman Chemical. Análisis estadístico efectuado con U de Mann-Whitney, tras considerar significativa una $p < 0,05$ con el programa SPSS versión 22.

Resultados: Los grupos mostraron elevado consumo de alcohol en g/día, TCA m-s (91 g/día-7 copas estándar), 32 años en promedio con 75% de hombres; CiOH (286 g/día- 22 copas estándar) con un promedio de 47 años y sexo masculino en 93%; y HA (423 g/día-32 copas estándar), 43 años en promedio y hombres en 87%. El GSH se encontró aumentado en los grupos TCA m-s y CiOH. La concentración de GSSG en los sujetos con HA y CiOH fue menor, pero la relación de GSH/GSSG fue baja en EHA y menor en HA, lo que indica mayor oxidación.

Conclusiones: El consumo excesivo de alcohol favorece el cociente GSH/GSSG negativo y crea un ambiente oxidativo que es más evidente en el grupo de hepatitis alcohólica, por lo que aplicar un tratamiento antioxidante podría ser clave desde estadios tempranos de la enfermedad hepática alcohólica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar326

EFICACIA DE LA NOREPINEFRINA Y ALBÚMINA EN PACIENTES CON SÍNDROME HEPATORRENAL-AKI: EXPERIENCIA DE VIDA REAL

R. Corona-Prieto, D. K. Tapia-Calderón, C. Zacapantzi-Carrillo, L. M. Cruz-Rodríguez, M. Lazcano-Becerra, E. S. García-Jiménez, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, K. García-Ruiz, J. M. Aldana-Ledesma, Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Introducción: El síndrome hepatorenal (HRS) es una complicación grave y reversible de la cirrosis, con una elevada mortalidad. A pesar del tratamiento con vasoconstrictores y albúmina, la respuesta es aún limitada. Los nuevos criterios diagnósticos reconocen su coexistencia con otras formas de lesión renal aguda (LRA) y enfermedad renal crónica (ERC). En este contexto surge la necesidad de identificar marcadores clínicos y bioquímicos que predigan la respuesta al tratamiento, pero la evidencia actual es todavía insuficiente y heterogénea.

Objetivo: Determinar la eficacia del tratamiento con norepinefrina/albúmina en HRS-AKI según la nueva definición del Club Internacional de Ascitis y la Iniciativa de Calidad de Enfermedades Agudas (ADQI-ICA 2024), así como factores clínicos y bioquímicos relacionados con su respuesta.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y de cohorte retrospectiva realizado en pacientes con cirrosis hepática descompensada y HRS-AKI ingresados al Hospital Civil de Guadalajara entre julio del 2024 y junio del 2025. Se recolectaron datos clínicos, bioquímicos y pronósticos para evaluar la respuesta al tratamiento con norepinefrina y albúmina. El análisis estadístico incluyó pruebas paramétricas y no paramétricas según la distribución de las variables. Las comparaciones entre grupos se efectuaron con las pruebas t o U de Mann-Whitney, y ji cuadrada o Fisher. Se evaluaron correlaciones con coeficientes de Pearson o Spearman.

Resultados: Se incluyó a 21 pacientes con HRS-AKI, de acuerdo con la definición de la ADQI-ICA 2024, en quienes la respuesta al tratamiento con norepinefrina y albúmina fue del 71,4%. La edad media fue de 54,1 años, la mayoría hombres (80,9%); la principal causa de la cirrosis fue el consumo de alcohol (66,6%), seguida de MASLD (14,2%), infección por hepatitis C (9,5%) y hepatitis autoinmune (9,5%). Los comórbidos notificados fueron DM2 (19%) e HAS (14%). De las puntuaciones de gravedad, la media del MELD fue de 29

puntos y la mayoría se clasificó como Child-Pugh C (61,9%) y Child-Pugh B (38%). El 42% tuvo hepatitis alcohólica grave y ACLF de grado 1 en el 38%, grado 2 en el 28% y grado 3 en el 23% de la cohorte. La ascitis de grados 2 a 3 presentó respuesta con diferencia significativa en comparación con los individuos con ascitis de grado 1 (90% vs. 50%, $p = 0,038$). No se encontraron relaciones significativas con otras variables demográficas, clínicas o bioquímicas. La mortalidad intrahospitalaria fue del 19% y el uso del tratamiento de reemplazo renal (TRR) fue del 4,8%. Se halló diferencia significativa entre la ausencia de respuesta al tratamiento y mortalidad, con 80% en los que no respondieron ($p < 0,001$).

Conclusiones: La respuesta al tratamiento con norepinefrina y albúmina fue del 71,4%. Los pacientes con ascitis de grados 2 a 3 tuvieron mayor respuesta terapéutica (90%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 19% y aquellos sin respuesta al tratamiento registraron mayor mortalidad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar327

EVALUACIÓN DE PACIENTES CON DENGUE UTILIZANDO POCUS HEPÁTICO Y FIB-4 DURANTE UN BROTE EN EL OCCIDENTE DE MÉXICO

D. K. Tapia-Calderón, F. A. Félix-Téllez, K. García-Ruiz, R. Escobedo-Sánchez, D. S. Chávez, J. M. Aldana-Ledesma, S. A. Aguirre-Díaz, J. A. Velarde-Chávez, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, A.N. Vázquez-Godínez, M. F. Hernández-Jiménez, E. S. García-Jiménez, M. Lazcano-Becerra, E. C. Morel-Cerda, Grupo Colaborativo: Grupo Dengue Infectología-Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: El dengue es una enfermedad viral transmitida por *Aedes aegypti* y representa una de las principales causas de morbilidad en regiones tropicales y subtropicales. En 2024 se registró un brote de fiebre por dengue serotipo 3 en el occidente de México que ocasionó múltiples complicaciones clínicas, entre ellas alteraciones hepáticas. El ultrasonido en el punto de atención (POCUS) ha demostrado ser útil en pacientes con dengue y permitido detectar signos de fuga plasmática y evaluar de forma más precisa la gravedad de la enfermedad.

Objetivo: Describir la afectación hepática en pacientes con dengue serotipo 3 y evaluar la relación entre la gravedad de la enfermedad, la hepatitis y los hallazgos obtenidos mediante la evaluación hepática con POCUS.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo que incluyó a pacientes hospitalizados por dengue en un brote ocurrido en el occidente de México entre julio y octubre de 2024. Se recopilaron datos sociodemográficos y se categorizó a los pacientes de acuerdo con la gravedad según la WHO. Para clasificar el daño hepático se tomaron en cuenta las siguientes definiciones: a) hepatitis aguda, transaminasas ≥ 2 LNS (> 80), b) lesión hepática por dengue, transaminasas ≥ 10 LNS (> 400), c) hepatitis grave por dengue, transaminasas ≥ 1000 U. Se realizó POCUS abdominal con ultrasonido de bolsillo de 5 MHz y se evaluó la presencia de esteatosis, mediciones del hígado y bazo. Se realizó estadística descriptiva con medias (rango intercuartílico) para las variables continuas y frecuencias (porcentaje) para las categóricas. Se llevó a cabo un análisis para comparar las características de los pacientes con y sin colecistitis mediante la prueba ji cuadrada para las variables categóricas. Se efectuó un análisis de curvas ROC para determinar el rendimiento diagnóstico de hepatitis grave de la puntuación FIB-4.

Resultados: Se incluyó a 54 pacientes, mujeres en su mayoría (59,3%), con una media de edad de $32,9 \pm 13,1$; todos los casos fueron serotipo 3. De acuerdo con los criterios de la OMS, el 55,6% de los pacientes sufrió dengue con datos de alarma y el 40,7% dengue grave, además de que casi una tercera parte de los pacientes tenía obesidad. El 77,8% consumió paracetamol y hasta el 31,5% utilizó algún tipo de herbolario. Los síntomas informados con más frecuencia fueron: fiebre, mialgias, sangrado, vómito e intolerancia a la vía oral. La mayoría experimentó elevación de las transaminasas hepáticas (88,8%), 35% con hepatitis leve, 29,6% con lesión hepática por dengue y 24,1% con hepatitis grave. El 63% desarrolló trombocitopenia grave ($< 50 \times 10^9/L$), un 20% requirió hospitalización por ≥ 7 días, uno exigió estancia en UCI y otro falleció a causa de hemorragia grave. Entre los hallazgos identificados con la evaluación POCUS, más de la mitad de los pacientes tuvieron esteatosis hepática (51,9%), un 35% colecistitis y 16,7% ascitis (Tabla 1). La presencia de colecistitis se relacionó con una mayor frecuencia de hepatitis (0,0394) y trombocitopenia grave (0,0003), aunque no hubo diferencia en

Tabla 1. Características de los pacientes con dengue y afectación hepática. (Mar327)

Características clínicas		Número de pacientes (n = 54/%)	
Clasificación del dengue	Sin datos de alarma	2 (3,7%)	
	Con datos de alarma	30 (55,6%)	
	Dengue grave	22 (40,7%)	
Comorbilidades	Diabetes mellitus	6 (11,1%)	
	Hipertensión arterial sistémica	6 (11,1%)	
	Obesidad	14 (30,4%)	
Fármacos/tóxicos	Consumo de paracetamol (n = 52)	42 (77,8%)	
	Tabaquismo	16 (29,6%)	
	Consumo de alcohol	11 (20,4%)	
	Uso de herbolaria	17 (31,5%)	
	Suplementos	1 (1,9%)	
Parámetros de laboratorio al ingreso (media/DE)	Hemoglobina	14,9 ± 2,6	
	Hematócrito	44,9 ± 7,3	
	Plaquetas	89,2 ± 75,8	
	Leucocitos	6,0 ± 5,1	
	Creatinina	1,0 ± 0,9	
	GGT	268 ± 288	
	ALT/TGP	391 ± 504	
	AST/TGO	603 ± 817	
	Fosfatasa alcalina	166 ± 165	
	Albúmina	3,6 ± 0,78	
Escalas pronósticas	FIB-4 (media/DE)	25,2 ± 33,9	
Parámetros en la evaluación POCUS	Esteatosis hepática 28 (51,9%)	Grado 1	14 (25,9%)
		Grado 2	6 (11,1%)
		Grado 3	8 (14,8%)
	Longitud lóbulo hepático derecho (media/DE)		12,4 ± 1,4
	Longitud del bazo (media/DE)		10,2 ± 1,3
	Colecistitis		19 (35,2%)
	Ascitis		9 (16,7%)

cuanto a la prevalencia de dengue con datos de alarma o grave ni con hepatitis grave; la esteatosis y la ascitis no se vincularon con las complicaciones de la enfermedad. La puntuación FIB-4 fue predictor de hepatitis grave (AUC de 0,81, 0,68-0,90; $p < 0,001$), con un punto de corte $> 13,17$ (sensibilidad del 92,3% y especificidad del 65,8%, LR: 2,7).

Conclusiones: Este estudio demuestra que el compromiso hepático es frecuente y clínicamente significativo. La puntuación FIB-4 demostró ser un predictor confiable de hepatitis grave; estos hallazgos resaltan la importancia de incorporar la evaluación con POCUS en la atención de los pacientes con dengue.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar328

EVALUACIÓN DE RESPUESTA A BETABLOQUEANTES PARA HIPERTENSIÓN PORTAL MEDIANTE ELASTOGRAFÍA ESPLÉNICA

L. A. Tórrez-Arias, N. A. Avelino-Cano, K. M. Meixueiro-Olivera, O. A. Rodríguez-Zúñiga, A. D. Santana-Vargas, F. Higuera-De-la Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Las múltiples enfermedades hepáticas como proceso continuo de inflamación, destrucción y regeneración del parénquima hepático

culminan en las etapas finales, como la enfermedad hepática crónica y la cirrosis hepática. Representan una importante carga en la salud mundial. Es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo. Una de las complicaciones al cambio estructural del parénquima hepático es la hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS), situación que predispone al paciente a descompensaciones, peor pronóstico y sobrevida. Para el diagnóstico, la prueba de oro es el gradiente de presión venosa hepática (GPVH), cuya obtención requiere el método invasivo (cateterismo de la vena hepática) aunque también puede realizarse mediante métodos no invasivos como la elastografía esplénica (EE) que es capaz de evaluar la HPCS. Los fármacos betabloqueadores no selectivos son eficaces en el tratamiento de la hipertensión portal al disminuir el flujo venoso portal. El seguimiento para evaluar la eficacia se lleva a cabo al cuantificar la frecuencia cardíaca o la presión arterial. Buscar alternativas no invasivas más efectivas es relevante. **Objetivo:** Evaluar la respuesta a los betabloqueadores mediante la EE.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y analítico de pacientes con el diagnóstico de cirrosis de cualquier origen que tuvieran HPCS, que se encontraran hospitalizados o se hallaran bajo control por un consultorio externo de la clínica de hígado del servicio de gastroenterología del Hospital general de México Eduardo Liceaga. A los participantes se les realizó elastografía de transición mediante vibración controlada (equipo Fibroscan 630 experto) basal y con posterioridad se inició betabloqueador (propranolol o carvedilol) a dosis recomendadas por Baveno VII y se realizó una segunda medición a los siete días para evaluar la respuesta con la disminución de al menos 10% en kilopascas. Análisis estadístico: la diferencia antes y después del betabloqueador se identificó con la prueba t para muestras relacionadas

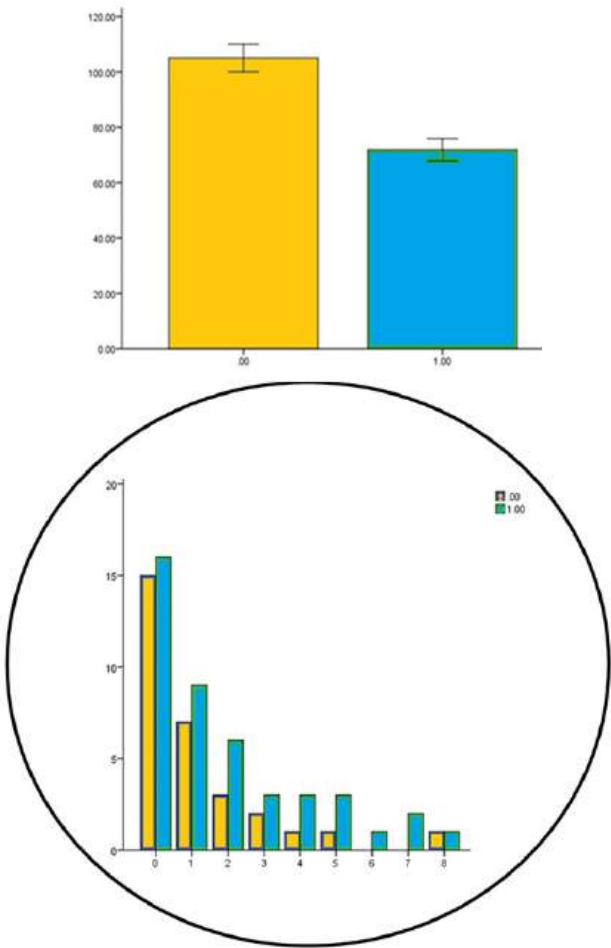
y para grupos independientes para valorar diferencias entre respondedores y no respondedores. Se consideró un nivel alfa del 5%.

Resultados: Se obtuvo la medición antes y después del betabloqueador en 76 pacientes con una edad media de $56,2 \pm 9,2$, con 38,2% de mujeres, y se identificaron diferencias en Kpa estadísticamente significativas (antes $58,9 \pm 18,9$ vs. después $48,6 \pm 15,0$; $p < 0,001$). Respondieron al tratamiento 45/76 pacientes (59,2%), con una media de no respondedores de $105 \pm 13,9$ vs. $71,9 \pm 13,6$ de respondedores (diferencia de medias = 33,16 KPa; $p < 0,001$). Véase la **Figura 1**.

Conclusiones: En la EE, una disminución $> 10\%$ permite evaluar la respuesta hemodinámica a los betabloqueadores; en este estudio se demostró que la EE puede ser una herramienta objetiva para evaluar y vigilar el tratamiento con BB de la HPCS.

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno.

Figura 1. Evaluación de la respuesta a los betabloqueadores mediante elastografía esplénica. (Mar328)



Mar329

PACIENTES DELGADOS CON MASLD SE ASOCIAN CON UN MAYOR RIESGO DE FIBROSIS ENTRE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, UN ESTUDIO PROSPECTIVO

C. Salcido-Yáñez, J. D. Prieto-Nava, L. A. Rosales-Rentería, A. Sández-Araiza, M. L. Torres-Mata, M. Morales-Ibarra, H. L. Romaña-Alvarado, M. S. González-Huezo, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMyM, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Numerosos estudios han demostrado que el VIH acelera la fibrogénesis hepática atribuible a múltiples causas, entre ellas la hepatitis

viral y la MASLD. El VIH conduce a la activación de las células estrelladas hepáticas a través de diferentes mecanismos moleculares, en particular la sobreexpresión de YAP 1 y la estimulación de la vía del ácido lisofosfatídico, que contribuye a la esteatosis hepática. A pesar de este conocimiento, pocos estudios prospectivos han seguido a personas que viven con el VIH (PVCV) para enfermedades relacionadas con el hígado. Como ya han demostrado los autores, la prevalencia de MASLD entre las PVCV es similar a la de la población general, pero se desconocen sus efectos entre los pacientes magros metabólicamente poco parecidos.

Objetivo: Comparar la fibrosis avanzada y los resultados entre las PVCV magras y con sobrepeso y MASLD.

Material y métodos: Este estudio prospectivo incluyó a PVCV que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas dentro de esta institución, que estaban bajo tratamiento antirretroviral y permanecieron con una carga viral indetectable, desde el 1 de enero de 2020 hasta el 15 de noviembre de 2024. Todos los pacientes se evaluaron con química hepática durante cada consulta de seguimiento y se incluyó a aquéllos con un índice FIB-4 $> 1,3$. Se registraron datos antropométricos básicos, incluidos la circunferencia de la cintura y el IMC, y cada paciente se sometió a una elastografía transitoria controlada por vibración (VCTE). La EHG se definió mediante un parámetro de atenuación controlada > 248 db/m 3, y la fibrosis avanzada mediante un VCTE $> 8,8$ kPa.

Resultados: Se examinó a 336 PVCV, de las cuales 50 (15%) tenían MASLD. Los sujetos delgados con MASLD (LM) sumaron 18/50 (36%) y con MASLD convencional (CM) 32/50 (64%). Se observó una prevalencia masculina en ambos grupos de 58 y 56%, con una edad media e IMC de 58 años y 30,6, respectivamente. La fibrosis avanzada fue más frecuente entre los pacientes con LM, en comparación con CM, 12/18 (66%) contra 11/32 (34%) (RR 1,93; IC95%, 1,086-3,462; $p = 0,01$; NNH 3,1). Las variables relacionadas con la fibrosis avanzada entre los pacientes con LM fueron concentraciones elevadas de triglicéridos (TGL) (RR 3,7; IC95%, 2,1-5,3; $p = 0,03$), un colesterol HDL bajo (RR 6,2; IC95%, 4,3-9,5; $p = 0,003$), y una cifra de glucosa en sangre > 100 mg/dL (RR 2,3; IC95%, 1,02-3,6; $p = 0,001$). Después del análisis de regresión multivariante, ajustado por edad, sexo y DMT2, un colesterol HDL bajo y una glucosa en sangre elevada permanecieron estadísticamente significativos para la fibrosis avanzada RR 1,21 (IC95%, 1,01-3,40; $p = 0,021$) y RR 1,72 (IC95%, 1,13-2,21; $p = 0,016$), respectivamente (Tabla 1).

Conclusiones: En esta cohorte prospectiva de PVCV con MASLD, los pacientes magros tenían un mayor riesgo de fibrosis avanzada, atribuible a una mayor disfunción metabólica, que sirve como advertencia para que los gastroenterólogos y hepatólogos tengan un umbral más bajo de sospecha en dicha población. Se necesitan estudios prospectivos más numerosos.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Tabla 1. Variables relacionadas con la fibrosis avanzada. (Mar329)

Variables no ajustadas	Riesgo relativo para fibrosis avanzada (IC95%)	Valor de p
Edad	0,87 (0,72-1,03)	0,23
TGL > 150 mg/dL	3,6 (2,1-5,3)	0,03
HDL < 50 mg/dL	6,2 (4,3-9,5)	0,03
FBG > 100 mg/dL	2,3 (1,02-3,6)	0,001
Análisis de regresión multivariado	Odds ratio para fibrosis avanzada (IC95%)	Valor de p
TGL > 150 mg/dL	1,21 (1,01-3,40)	0,021
FBG > 100 mg/dL	1,72 (1,13-2,21)	0,016

Mar330

PÉRDIDA DEL INJERTO HEPÁTICO EN PACIENTES POSTRASPLANTADOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL: CAUSAS Y DESENLACES

A. Cuevas-Ortiz, A. Tovar-Duarte, Unidad Médica de Alta Especialidad #25

Introducción: El trasplante hepático es el tratamiento definitivo en pacientes con enfermedad hepática avanzada, lo que significa un incremento de la

esperanza de vida o mejoría de la calidad de vida; sin embargo, la pérdida del injerto representa una complicación grave con implicaciones clínicas y pronósticas importantes. Identificar sus causas y desenlaces es crucial para optimizar la vigilancia posterior al trasplante hepático, así como el tratamiento oportuno. **Objetivo:** Describir las causas de la pérdida del injerto hepático en pacientes trasplantados en un centro hospitalario de tercer nivel de Monterrey, Nuevo León, además de sus desenlaces clínicos.

Informe de casos: Serie de casos retrospectiva en un hospital de tercer nivel con programa de trasplante hepático, en el que se incluyó a ocho pacientes con pérdida del injerto hepático, de los cuales se presenta un resumen en la **Tabla 1**. El 62,5% correspondió a hombres (n = 5) y el 37,5% a mujeres (n = 3), con una edad media al trasplante de 35 años. En cuanto a su origen, el 37,5% tuvo una causa enólica, 25% se debió a hepatitis autoinmune, 12,5% a síndrome de sobreposición colangitis biliar primaria/hepatitis autoinmune, 12,5% a fibrosis hepática congénita y 12,5% a hepatoblastoma. Las causas identificadas para la pérdida del injerto fueron trombosis de la arteria hepática en 75% de los casos, trombosis de la vena portal en 12,5%, complicaciones biliares en el 50% y rechazo crónico en el 25% de los casos. Del desenlace clínico, el 75% (n = 6) resultó en defunción, el 12,5% (n = 1) en retrasplante y el 12,5% (n = 1) en lista de espera para retrasplante.

Discusión: La evolución del paciente trasplantado puede alterarse por diversas complicaciones que, en algunos casos, resultan en la pérdida del injerto o la muerte. En esta serie de casos, las principales causas identificadas fueron complicaciones vasculares, sobre todo trombosis temprana de la arteria hepática (75%) y complicaciones biliares como estenosis de la anastomosis (37,5%) y fuga biliar (12,5%). Dichos hallazgos son consistentes con lo notificado en las publicaciones médicas, en especial en el periodo temprano postrasplante.

Conclusiones: En esta serie de casos de pacientes con pérdida del injerto hepático destaca que la trombosis de la arteria hepática y las complicaciones biliares son las principales causas de pérdida del injerto hepático en este centro, con una elevada tasa de mortalidad. Estos hallazgos ofrecen información valiosa sobre la necesidad de implementar protocolos de vigilancia en el posoperatorio inmediato, herramientas diagnósticas tempranas, así como diferentes opciones terapéuticas, pero sobre todo destaca la importancia de contar con dichas opciones en pacientes diagnosticados con trombosis de la arteria hepática.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar331

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES EMBARAZADAS EN LA CLÍNICA DE HEPATITIS DEL HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VERACRUZ

E. Flynn-Ferreira, M. T. Guzmán-Terrones, R. Terrones-Castro, M. E. Avilés-Guillén, L. Del Carpio-Orantes, Grupo Colaborativo: Clínica de Hígado, Hospital de Alta Especialidad de Veracruz

Introducción: La prevalencia de hepatitis C en mujeres embarazadas varía según sean la región y la población, pero por lo general se considera que es baja. La transmisión vertical del VHC ocurre en una de cada diez madres con viremia, pero el riesgo es bajo (5%). En la actualidad, las opciones de tratamiento del VHC durante el embarazo no están bien definidas. La práctica clínica habitual consiste en derivar y vincular a las mujeres embarazadas para el tratamiento después del embarazo y la lactancia; sin embargo, en la práctica diaria muy pocas han completado el tratamiento con éxito. Hasta la fecha se han publicado tres series de casos que incluyen resultados de seguridad para el tratamiento del VHC durante el embarazo. El ACOG recomienda que los AAD se inicien sólo mediante un estudio clínico y que se informe a las mujeres embarazadas que toman un AAD sobre los riesgos y beneficios de continuar el tratamiento.

Objetivo: Informar sobre la experiencia de la clínica de hepatitis en el tratamiento de tres mujeres embarazadas con VHC que recibieron AAD durante la segunda mitad del embarazo, con respuesta viral sostenida (RVS) y sin efectos adversos a la combinación farmacológica hasta la fecha.

Informe de casos: Desde 2021 se han presentado tres casos de mujeres embarazadas con infección por VHC confirmada por carga viral. Tras la evaluación y categorización como F0-F1 según FIB 4, recibieron tratamiento con sofosbuvir-velpatasvir (SOF/VEL) de 400/100 mg durante 90 días. Las pacientes bajo este tratamiento lograron negativizar la carga viral y sin informe de anomalías perinatales. Sólo una paciente refirió cefalea y mareo como síntomas adversos, lo que obligó a suspender el tratamiento en el día 60. Luego del seguimiento se decidió la interrupción programada del embarazo para reducir el riesgo de transmisión vertical y se proporcionó asesoramiento sobre técnicas adecuadas de lactancia materna para suspender la lactancia (**Tabla 1**).

Discusión: SOF/VEL recibió aprobación de la FDA en 2017 para tratar la hepatitis C relacionada con el embarazo, con categoría B (un fármaco que no ha mostrado efectos adversos en estudios con animales y sin evidencia de daño fetal en humanos, pero se requiere precaución y consulta médica antes de su uso durante el embarazo). Algunos informes de series de casos señalan la infección por VHC y embarazo, en particular un documento de IDSA que evaluó la farmacocinética, seguridad y eficacia del sofosbuvir/velpatasvir en embarazadas con el virus de la hepatitis C, y que concluyó que las exposiciones a SOF/VEL no fueron clínicamente diferentes durante el embarazo en comparación con las pacientes no embarazadas, lo cual respalda su administración. Los hallazgos farmacocinéticos sustentan la evaluación continua de la seguridad y eficacia de SOF/VEL en embarazadas con VHC en el estudio STORC (NCT05140941). Según la nueva bibliografía publicada sobre los AAD pangenotípicos (glecaprevir/pibrentasvir, sofosbuvir/velpatasvir y sofosbuvir/velpatasvir más voxilaprevir), éstos parecen ser opciones relativamente seguras durante el embarazo y evitan además la transmisión vertical. La serie de casos presentada, de igual forma, avala la seguridad del uso de SOF/VEL durante el embarazo y bajo estricta supervisión médica.

Conclusiones: Sofosbuvir-velpatasvir se administró durante más de 12 semanas sin efectos adversos en el binomio y se logró una RVS en el momento del tratamiento en las tres pacientes tratadas, lo que demuestra la eficacia y seguridad del tratamiento. Esto aporta una solución a un problema de salud pública y materno-fetal en este entorno que previene la transmisión perinatal.

Tabla 1. Casos de pacientes con THO que sufrieron pérdida del injerto. (Mar330)									
Paciente	Sexo	Edad al THO	Fecha de THO	Etiología cirrosis	Complicaciones vasculares	Complicaciones biliares	Rechazo crónico	Pérdida del injerto	Desenlace
1	Femenino	31	2022	HAI/CBP	Trombosis de la arteria hepática y vena porta	Estenosis de la vía biliar	No	Sí	Defunción
2	Masculino	19	2017	Fibrosis hepática congénita	Trombosis de arteria hepática	Estenosis de la vía biliar	Sí	Sí	Lista de espera
3	Masculino	52	2022	Enólica	No	Estenosis de la vía biliar	No	Sí	Defunción
4	Masculino	41	2025	Enólica	Trombosis de arteria hepática	Fuga biliar	No	Sí	Defunción
5	Femenino	17	2004	HAI	Trombosis de arteria hepática	No	No	Sí	Retrasplante
6	Masculino	50	2025	Enólica	Trombosis de arteria hepática	No	No	Sí	Defunción
7	Masculino	47	2024	HAI	Trombosis de arteria hepática	No	No	Sí	Defunción
8	Masculino	25	2003	Hepatoblastoma	No	No	Sí	Sí	Defunción

HAI, hepatitis autoinmune; CBP, colangitis biliar primaria; THO, trasplante hepático ortotópico.

Tras estos resultados, se propone evaluar su uso en casos similares con la intención de contribuir a la erradicación de la infección por VHC.
Financiamiento: Estudio independiente.

Tabla 1. Características de las pacientes. (Mar331)			
	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Edad	30 años	24 años	28 años
Inicio de DAA	31 sdg	25 sdg	28 sdg
Control prenatal	Sí	Sí	Sí
Dosis	Sofosbuvir-velpatasvir 400/100mg/día, 90 días		
Adherencia al tratamiento	Adecuada	Suspendido en el día 60	Adecuada
Comorbilidades	Diabetes gestacional	Ninguna	Ninguna
Pronóstico perinatal	RN de término saludable	RN de término saludable	RN de término saludable
Efectos secundarios	Ninguno	Cefalea, mareo	Ninguno
Fibrosis index-4 (FIB-4)	F0	F0	F0
Carga viral inicial	862 584 copias	14 293 copias	3 724 copias
Carga viral final	< 12	Negativa	Negativa
Factores de riesgo	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Lugar de origen	Tlaxotalpan	Tlaxotalpan	Alvarado

Mar332

SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN SINUSOIDAL HEPÁTICO (HSOS): MÁS ALLÁ DE LA ICTERICIA

J. L. Carrillo-Álvarez, P. Guerrero-Cabrera, M. L. López-Ávila, E. E. López-Méndez, J. I. Amaya-Santheiz, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM-CU-Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El HSOS es una complicación del trasplante de células hematopoyéticas (TCH). Las manifestaciones clínicas incluyen ictericia, hepatalgia, hepatomegalia, edema, ascitis, trombocitopenia resistente a transfusión y, en su forma grave, tiene una mortalidad ≥ 80%. Su incidencia se calcula en 5 a 15% según sean los factores de riesgo. El estándar de oro para su diagnóstico es la biopsia hepática; sin embargo, debido a su presentación aguda y grave, se han propuesto las escalas de la *European Society for Blood and Marrow Transplantation* (EBMT) y el *Hokkaido US-based scoring system* (HokUS-10*).
Objetivo: Reconocer los primeros signos de compromiso hepático con métodos no invasivos.
Informe de casos:
Caso 1: mujer de 56 años con anemia aplásica grave que ingresó para TCH alogénico. A su ingreso tenía bilirrubinas totales (BT) de 1,70 mg/dL, gammaglutamil transferasa (GGT) de 606 UI/L, fosfatasa alcalina (FA) de 300 UI/L, aspartato aminotransferasa (AST) de 38,6 U/L y alanina aminotransferasa (ALT) de 54,4 U/L. Recibió régimen ablativo con ciclofosfamida y fludarabina y TCH. Al día +3 mostró edema en ambos miembros inferiores (MI), dolor en hipocondrio derecho (HD), ascitis y BT de 4,2. El ultrasonido (US) abdominal sólo reveló líquido libre. No cumplió criterios HokUS-10*, pero sí los de EBMT (BT > 2, ascitis, > 5% de aumento de peso), por lo que inició defibrotida. Evolucionó a falla multiorgánica y falleció 12 días después.
Caso 2: hombre de 51 años con leucemia mieloide aguda que ingresó para TCH. Recibió régimen ablativo con busulfán y ciclofosfamida. Al día +48 presentó hemorragia digestiva alta, dolor en HD y ascitis. Estudios de laboratorio: (Plt) 36 x10⁹/L, INR 1,4, BT 1,8, ALT 107, AST 125, GGT 105, FA 243, Cr 1,3. Se complementó con US abdominal que identificó hepatomegalia, ascitis, hígado sin alteraciones vasculares, sin cumplir criterios HokUS-10*. Finalmente se realizó paracentesis con gradiente de albúmina > 1,1 y biopsia

hepática que reveló congestión sinusoidal consistente con HSOS; se inició tratamiento con defibrotida y falleció siete días después.
Caso 3: mujer de 40 años con leucemia linfoblástica aguda en segunda remisión, programada para TCMH. Se llevó a cabo ablación con fludarabina e irradiación total y TCH; sin embargo, al día +16 sufrió fiebre, dolor abdominal 8/10 y anasarca. El US abdominal mostró hepatomegalia, engrosamiento vesicular, aumento de diámetro de vena porta, líquido libre intraabdominal (moderado), incremento del índice de resistencia (IR) de la arteria hepática > 0,75 (5 puntos HokUS-10*), lo que orientó el diagnóstico y llevó a iniciar tratamiento con defibrotida; la evolución fue mala con hemorragia digestiva, falla hepática aguda y muerte cinco días después.
Discusión: Los tres casos muestran que el HSOS se sospechó por clínica, con una rápida evolución en el contexto de TCH y factores de riesgo. Los criterios EBMT y HokUS-10* fueron útiles para el diagnóstico temprano. A pesar de tener sensibilidad y especificidad elevadas, los criterios HokUS-10* muchas veces no son concluyentes y se requiere confirmación histopatológica. Aun después del uso de defibrotida, la gran mortalidad y la progresión a falla multiorgánica fueron comunes, lo que subraya la importancia del diagnóstico temprano y un pronóstico desfavorable.
Conclusiones: El reconocimiento oportuno del HSOS con métodos no invasivos puede mejorar el abordaje terapéutico. El uso de los criterios EBMT y HokUS-10* es clave para el diagnóstico temprano; aun así, el HSOS es una complicación grave posterior al TCH con elevada mortalidad.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar333

PERFIL DE AUTOINMUNIDAD DE LA HEPATITIS AUTOINMUNE TIPO 1, SERIE DE CASOS DE UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA

J. C. Ortiz, M. Gómez-Alfaro, E. Ochoa, K. Infanzón, F. Soto, M. Barragán, J. J. Hernández, E. Rubla, F. Lizarde, B. Patiño, Grupo Colaborativo: Departamento de Medicina Interna, Hospital General de Zona 71

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) tipo 1 es la forma más frecuente de la enfermedad y afecta al 80% de los pacientes con este diagnóstico, de manera predominante en el género femenino. Se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos, específicamente anticuerpos antimusculo liso (ASMA) o anticuerpos antinucleares (ANA). A menudo se vincula con otras enfermedades autoinmunes, como tiroiditis, enfermedad de Graves, diabetes tipo 1 o colitis ulcerosa. El diagnóstico se basa en la detección de autoanticuerpos y la evaluación de la función hepática, y el tratamiento implica por lo general la administración de fármacos inmunosupresores.
Objetivo: Determinar cuál es el perfil de anticuerpos que se presenta al momento del diagnóstico de hepatitis autoinmune y si esta entidad se relaciona con otras enfermedades autoinmunes.
Informe de casos: Se incluye una serie de siete casos diagnosticados como hepatitis autoinmune tipo 1, con sospecha inicial de enfermedad hepática difusa por clínica y ecografía, a los que se les solicitó panel de autoinmunidad. El 71% pertenecía al género femenino, con edad promedio de 42 años; el 29% se relacionó con tiroiditis aguda y el 14% con lupus eritematoso; el 86% mostró enfermedad hepática difusa en la ecografía. Respecto del panel de autoinmunidad, se registró positividad a anticuerpos antimusculo liso en 100%, antimitocondriales en 86% y antinucleares en 71%; los anticuerpos anti-DNA, antifosfolípidos y anticardiolipinas tuvieron una positividad del 29% y el anticoagulante lúpico de 14%. Se observó hipocomplementemia C3 y C4 en 43% y 29%, respectivamente (Tabla 1).
Discusión: Según las revisiones sobre la hepatitis autoinmune, los ANA son los marcadores habituales de la enfermedad y están presentes en el 67% de los casos (en el 13% de forma aislada y en el 54% vinculados con antimusculo liso). Los anticuerpos antimusculo liso se identifican en el 87% de los casos de HAI, bien de forma aislada (33%) o bien en relación con los ANA (54%). Otras series de casos informan anticuerpos antinucleares en 73,33%, anticuerpos antimusculo liso en 43,33% y antimitocondriales en 16,7%, con coexistencia de autoanticuerpos en 40%. Se reconocieron asimismo otros autoanticuerpos, lo que representó el 20% (factor reumatoide, anticardiolipina, Coombs directo y anticuerpos contra las células parietales gástricas). En esta serie de casos se estudiaron otros anticuerpos, además de los típicos, con objeto de ampliar el estudio de las enfermedades autoinmunes concomitantes, lo cual se relacionó con lupus y tiroiditis autoinmune; la presencia de anticar-

Tabla 1. Características de los pacientes. (Mar333)							
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7
Género/edad	Mujer/25	Mujer/42	Mujer/55	Hombre/49	Mujer/38	Mujer/44	Hombre/45
Comorbilidades	Tiroiditis aguda	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Tiroiditis aguda	Lupus	Ninguna
Antinucleares	+	-	+	-	+	+	+
Anti-DNA	-	-	-	-	+	+	-
Antimúsculo liso	+	+	+	+	+	+	+
Antimitocondriales	+	+	-	+	+	+	+
Anticardiolipinas (IgM e IgG)	-	-	-	-	+	+	-
Antifosfolípidos (IgM e IgG)	+	-	-	+	-	-	-
Anticoagulante lúpico	-	-	-	-	-	+	-
C3	Bajo	Normal	Normal	Bajo	Bajo	Normal	Normal
C4	Normal	Normal	Normal	Normal	Bajo	Bajo	Normal
Ecografía	Normal	Enfermedad hepática difusa	Enfermedad hepática difusa	Enfermedad hepática difusa	Enfermedad hepática difusa	Enfermedad hepática difusa	Enfermedad hepática difusa

diolipinas y antifosfolípidos obliga a dar seguimiento ante un ulterior desarrollo del síndrome antifosfolípidos, además de que la hipocomplementemia suele relacionarse con glomerulopatías y nefropatías autoinmunes.

Conclusiones: El estudio del panel de autoinmunidad de la hepatitis autoinmune tipo 1 debe ser amplio para descartar enfermedades autoinmunes concomitantes o el riesgo de desarrollar otras afecciones en un momento posterior e incluso síndromes de superposición (síndrome de superposición hepatitis autoinmune (HAI) y colangitis biliar primaria (CBP), también conocido como síndrome de superposición HAI-CBP), que incrementan la morbilidad; por lo tanto, los gastroenterólogos y los reumatólogos deben intervenir en el diagnóstico y tratamiento de estos casos.

Financiamiento: Estudio independiente.

Mar334

MASLD EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO ANTIPSI-CÓTICO (SERIE DE CASOS)

C. González-Peña, N. C. Chávez-Tapia, IMSS/Médica Sur

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASLD, por sus siglas en inglés) representa una de las principales causas de morbilidad hepática en el mundo. En pacientes con trastornos mentales graves, el riesgo de desarrollar enfermedad esteatósica hepática se incrementa por múltiples factores, entre ellos el consumo crónico de antipsicóticos de segunda generación (SGA, por sus siglas en inglés), conocidos por sus efectos adversos metabólicos.

Objetivo: Describir las características clínicas, metabólicas y farmacológicas de una serie de pacientes hospitalizados en una institución psiquiátrica con sospecha de MASLD.

Informe de casos: Se realizó una revisión retrospectiva en el sistema de expediente clínico electrónico hospitalario PHEDS, correspondiente al servicio de hospitalización de un hospital psiquiátrico de tercer nivel en la Ciudad de México. El periodo de búsqueda comprendió marzo a mayo de 2025. Durante el intervalo de estudio se identificó a 35 pacientes con trastorno afectivo bipolar y 19 con algún tipo de esquizofrenia, que recibieron tratamiento con antipsicóticos. Se excluyó a 18 pacientes por no contar con estudios de laboratorio para calcular escalas no invasivas de evaluación hepática. Se seleccionaron 15 casos con datos completos y alteraciones consistentes con posible MASLD para su estudio. Se analizaron 15 casos, con una edad media de 42,3 años. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron el trastorno afectivo bipolar (n = 9) y la esquizofrenia (n = 6). En cuanto al tratamiento farmacológico, los antipsicóticos más prescritos fueron olanzapina (n = 9), clozapina (n = 3), quetiapina (n = 2) y aripiprazol (n = 1). Respecto del tiempo de exposición al tratamiento, cinco pacientes habían recibido antipsicóticos por menos de un mes, tres entre uno y seis meses, y siete por un periodo mayor de seis meses. Al comparar el índice de masa corporal (IMC) antes y después del inicio del tratamiento antipsicótico se observó un incremento promedio de 1,54 kg/m², con un IMC inicial medio de 29,8 kg/m²

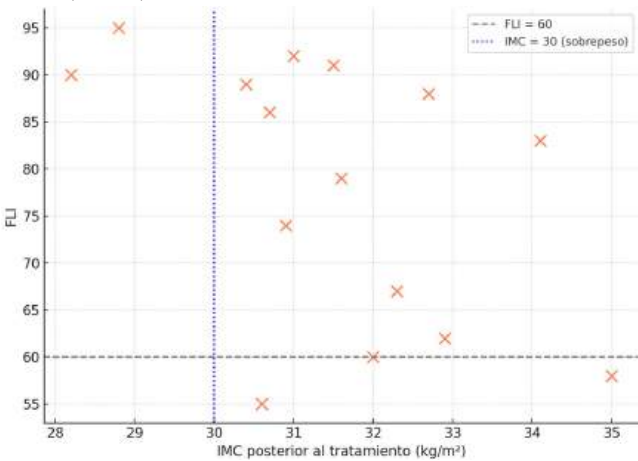
y un IMC posterior de 31,3 kg/m². En total, 13 de los 15 pacientes (87%) mostraron ganancia ponderal tras el inicio o la intensificación del tratamiento psicofarmacológico (Figura 1). Este aumento fue más evidente en quienes recibieron olanzapina, particularmente en tratamientos prolongados (> 6 meses), con aumentos individuales hasta de 5,6 kg/m². Dos casos con reducción de IMC correspondieron a pacientes con exposición breve (< 2 semanas) a quetiapina. El HSI (*Hepatic steatosis index*) fue positivo (> 36) en 13 casos, con valores entre 37,2 y 52,1. El FLI (*Fatty liver index*) fue alto (> 60) en 12 pacientes, y en varios casos > 85, lo que sugiere elevada probabilidad de esteatosis hepática. El FIB-4 fue bajo en todos los casos (< 1,45), indicativo de ausencia de fibrosis avanzada.

Discusión: El hecho de que 13 pacientes presentaran HSI > 36 y 12 FLI > 60, con varios casos por encima de 85, respalda una alta probabilidad de esteatosis. Estas herramientas, aunque indirectas, son aplicable para el tamizaje inicial en poblaciones psiquiátricas institucionalizadas, en las que los estudios de imagen no son de uso sistemático. La normalidad del FIB-4 en todos los casos sugiere que la progresión a estadios más avanzados no se ha establecido, lo cual representa una ventana de oportunidad para intervenir de manera temprana.

Conclusiones: La presente serie de casos pone en evidencia la presencia de alteraciones metabólicas y hepáticas consistentes con MASLD en pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar bajo tratamiento prolongado con antipsicóticos atípicos. Estos resultados subrayan la necesidad de implementar estrategias de detección temprana y seguimiento hepático en pacientes psiquiátricos, sobre todo aquéllos en tratamiento antipsicótico crónico.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Figura 1. Relación entre IMC y FLI en pacientes bajo tratamiento antipsicótico (n = 15). La mayoría de los pacientes con IMC ≥ 30 kg/m² presenta FLI > 60, lo que sugiere alta probabilidad de esteatosis hepática. Las líneas punteadas marcan los puntos de corte clínicos para obesidad y riesgo de MASLD. (Mar334)



Mar335

VALOR PRONÓSTICO DEL COCIENTE LACTATO/ALBÚMINA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS (2023-2024)

K. Romero-Gómez, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

Introducción: La enfermedad hepática avanzada descompensada representa una causa significativa de morbimortalidad en pacientes hospitalizados. Por tradición, las escalas como MELD-Na y Child-Pugh se utilizan para predecir el pronóstico; sin embargo, se ha propuesto que el cociente lactato/albúmina podría ser un marcador adicional útil para evaluar el riesgo de mortalidad en estos casos. La albúmina refleja la capacidad de síntesis hepática, mientras que el lactato señala hipoperfusión y disfunción metabólica. Evaluar la utilidad del cociente lactato/albúmina podría mejorar la estratificación de riesgo en esta población vulnerable.

Objetivo: Evaluar el valor pronóstico del cociente lactato/albúmina en la predicción de mortalidad en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática descompensada y cuantificar las concentraciones de lactato y albúmina al ingreso hospitalario. Asimismo, comparar el cociente en pacientes fallecidos y sobrevivientes, evaluar su correlación con escalas MELD-Na y Child-Pugh y determinar su capacidad predictiva mediante análisis estadísticos.

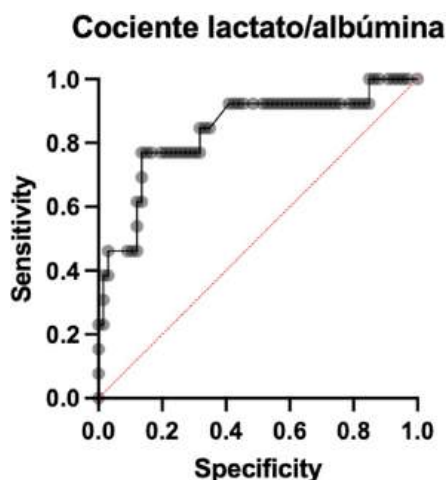
Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo realizado en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos entre marzo de 2023 y marzo de 2024. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de cirrosis descompensada y datos disponibles de lactato y albúmina al ingreso. Se excluyó a los pacientes trasplantados, embarazadas y con enfermedades crónicas graves adicionales. Se calcularon *odds ratios* mediante regresión logística y se evaluó la capacidad predictiva con curvas ROC. El tamaño muestral fue de 80 pacientes, calculado con un nivel de confianza del 95% y margen de error del 2,45%.

Resultados: El cociente lactato/albúmina se relacionó significativamente con la mortalidad hospitalaria. La regresión logística mostró un OR = 7,31 (IC95%, 2,80-24,60; $p < 0,05$). La curva ROC evidenció un área bajo la curva (AUC) de 0,8368, lo que indica una buena capacidad predictiva. La prueba de Mann-Whitney mostró una diferencia significativa entre pacientes fallecidos (mediana 1,6884) y sobrevivientes (mediana 0,833; $p < 0,0001$). No se encontró correlación significativa entre el cociente y MELD-Na ($r = 0,0516$) ni con Child-Pugh ($r = 0,1740$). En un análisis multivariado, el cociente se mantuvo como predictor independiente de mortalidad (OR = 6,62; IC95%, 2,36-24,73). Véase la **Figura 1**.

Conclusiones: El cociente lactato/albúmina es un marcador accesible, económico y confiable para predecir mortalidad hospitalaria en pacientes con cirrosis hepática descompensada. Aporta información pronóstica adicional a las escalas habituales, permite una mejor estratificación del riesgo y favorece intervenciones clínicas oportunas. Su implementación podría mejorar la atención hospitalaria de esta población.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Figura 1. Área bajo la curva. (Mar335)



Mar336

CAPACIDAD PRONÓSTICA DE DIFERENTES SISTEMAS DE PUNTUACIÓN PARA PREDECIR MORTALIDAD MUY TEMPRANA (7 DÍAS) EN PACIENTES MEXICANOS CON CIRROSIS Y FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA (ACLF)

V. Hernández-Garza, K. M. Bastida-Guadarrama, F. Higuera-de-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) se caracteriza por un deterioro agudo de la función hepática con una inflamación sistémica significativa y una elevada mortalidad a largo plazo. Dentro de las manifestaciones clínicas se encuentran la disfunción renal, la encefalopatía hepática y la falla orgánica multisistémica, que sin tratamiento oportuno suponen mal pronóstico. Debido a la alta mortalidad a corto plazo en los pacientes con ACLF, se han utilizado varias puntuaciones para valorar la función hepática y el pronóstico de los enfermos. Por consiguiente, es importante identificarlos a tiempo, tratar los precipitantes y categorizar a los posibles pacientes elegibles que requieren trasplante hepático de manera urgente.

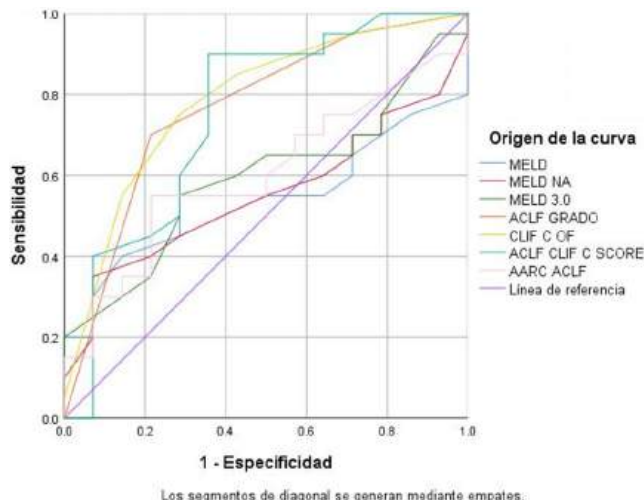
Objetivo: Validar la capacidad pronóstica de los diferentes sistemas de puntuación para predecir mortalidad muy temprana (siete días) en pacientes mexicanos con cirrosis y ACLF.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo, analítico y de cohorte. Se incluyó a 40 individuos de un hospital de tercer nivel con diagnóstico de ACLF de acuerdo con los criterios de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL). Se calcularon las diferentes escalas y puntuaciones para el pronóstico utilizadas con regularidad para predecir la mortalidad en pacientes con ACLF, como MELD, MELD 3.0, CLIF-C ACLF, CLIF SOFA y AARC ACLF. Se construyeron curvas ROC y se evaluó el área bajo la curva para cada escala pronóstica en busca de la mejor sensibilidad y especificidad para predecir mortalidad muy temprana a siete días. Se consideró óptima un área bajo la curva $> 0,075$ y un valor de $p < 0,01$.

Resultados: Se incluyó a 40 pacientes, 27 (68%) de ellos hombres, con edad media de $49,95 \pm 10,68$ (29,02-70,00) años. Todos los pacientes contaban con diagnóstico de cirrosis, de los cuales 38 (95%) eran Child-Pugh C. La causa más común fue OH en 24 pacientes (60%), seguido de MASLD en 7 (18%). El principal motivo de ingreso fue encefalopatía hepática en 18 (45%). El grado de ACLF más frecuente fue el 2 (45%) y 33 (85%) pacientes ingresaron con algún grado de lesión renal aguda. La media de días de estancia hospitalaria fue de $11,85 \pm 6,59$ (-1,07-24,77) y el número total de fallecimientos de 22 (55%). Los AUROC de las escalas se muestran en la **Figura 1**.

Conclusiones: Los sistemas de puntuación evaluados en este estudio muestran diferentes capacidades para predecir la mortalidad muy temprana (dentro de los primeros siete días) en pacientes con ACLF. Entre ellos, el CLIF-C OF demostró tener la mejor capacidad pronóstica para predecir esta mortalidad

Figura 1. Área bajo la curva de diferentes escalas para predecir mortalidad muy temprana (siete días) en pacientes con ACLF. (Mar336)



muy temprana, mayor a la de otros sistemas como MELD, MELD-Na y SOFA. Esto sugiere que el sistema CLIF-C OF podría ser una herramienta útil en la práctica clínica para tomar decisiones rápidas en la atención de estos pacientes críticos.

Financiamiento: Este estudio no contó con financiamiento.

Mar337

EVALUACIÓN DEL PERFIL INFLAMATORIO EN MASLD Y CIRROSIS HEPÁTICA INDUCIDA POR ALCOHOL

A. Hernández-Rodríguez, A. Hernández-Barragán, M. Martínez-Castillo, M. Hernández-Santillán, E. B. Hernández-Cruz, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-de-la-Tijera, A. Torre-Delgadillo, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: HIPAM, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad hepática es un proceso dinámico caracterizado por esteatosis, inflamación y fibrosis. La liberación de citocinas proinflamatorias contribuye a la progresión del daño hepático, como sucede en la cirrosis por alcohol (CiOH) y la enfermedad hepática esteatótica relacionada con disfunción metabólica (MASLD).

Objetivo: Evaluar la concentración sistémica de citocinas IL-4, IL-6 y TNF- α , en MASLD y CiOH.

Material y métodos: Estudio prospectivo y transversal que incluyó a pacientes con datos clínicos y paraclínicos de MASLD (n = 60) y CiOH (n = 37) y se llevó a cabo una comparación con un grupo de sujetos sanos (CT = 120). Las concentraciones séricas de citocinas de IL-4, IL-6 y TNF- α se cuantificaron mediante el arreglo en suspensión múltiple (Milliplex, MERCK®). Para los análisis estadísticos se utilizaron las pruebas de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney, con significancia de p < 0,05, en el software estadístico SPSS versión 22.

Resultados: El porcentaje de individuos en MASLD fue de M = 53 y F = 47, mientras que en CiOH fue de M = 93 y F = 7, en comparación con el grupo control (M = 56 y F = 44). La concentración de IL-6 fue más alta en el grupo de CiOH en 27 veces, en comparación con el grupo control (CT). En MASLD, la IL-4 se elevó hasta ocho veces, en tanto que disminuyó 37 veces en el grupo de CiOH en contraste con el grupo CT, mientras que en MASLD la concentración aumentó más de 100 veces con respecto al grupo CiOH.

Conclusiones: En MASLD y CiOH, la IL-6 y el TNF- α participan en etapas crónicas de daño hepático, lo que sugiere un ambiente inflamatorio en etapas avanzadas de estas enfermedades. Por su parte, IL-4 puede ser un biomarcador diferencial entre MASLD y enfermedad hepática por alcohol, lo que resalta su potencial uso en el diagnóstico y el pronóstico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar338

LAS PROTEÍNAS DE UNIÓN AL FACTOR DE CRECIMIENTO INSULINOIDE (IGFBP), ¿POSIBLES BIOMARCADORES EN ENFERMEDADES HEPÁTICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL?

M. Hernández-Santillán, A. Hernández-Barragán, M. Martínez-Castillo, H. López-Ortiz, D. Santana-Vargas, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-de-la-Tijera, J. Córdova-Gallardo, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: HIPAM, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Las IGFBP se secretan y sintetizan principalmente en el hígado; su función endocrina es bien conocida, son transportadoras del factor de crecimiento similar a la insulina y se relacionan con el metabolismo. Actualmente se han estudiado en enfermedades hepáticas como la hepatitis C crónica, en particular IGFBP-3, en virtud de su relación con la apoptosis, e IGFBP-1, que regula el metabolismo de la glucosa y lípidos.

Objetivo: Determinar si las IGFBP son posibles biomarcadores en enfermedades hepáticas relacionadas con el alcohol: cirrosis hepática y hepatitis alcohólica grave.

Material y métodos: Estudio prospectivo, transversal y multicéntrico, aprobado por la comisión de investigación y ética de la UNAM y el Hospital General de México. Se incluyó a sujetos con datos clínicos y bioquímicos de daño hepático por alcohol y se definieron dos grupos: 40 enfermos con cirrosis hepática (CiOH) y 40 con hepatitis alcohólica grave (HA), que se compararon con un grupo de 80 controles (CT). Se cuantificaron las IGFBP (1, 2, 3 y 7) séricas mediante arreglo en suspensión múltiple (Milliplex, MERCK®). Los resultados se analizaron mediante U de Mann-Whitney, se obtuvieron curvas ROC y puntos de corte, y se consideró p < 0,05 como significativa, con el programa SPSS v22.

Resultados: Las concentraciones de IGFBP-2, 3 y 7 se encontraron disminuidas en CiOH y HA respecto de CT. La IGFBP-1 estaba 1,6 veces elevada en HA en comparación con CT. IGFBP-3 mostró sensibilidad y especificidad elevadas en CiOH, mientras que en HA sólo se observó alta sensibilidad. Para diferenciar entre enfermedades crónicas (CiOH vs. HA), la IGFBP-2 destacó con una moderada sensibilidad y especificidad (Tabla 1).

Conclusiones: Las IGFBP-1 y 2 mostraron gran sensibilidad y podrían utilizarse para diferenciar entre las etapas crónica y aguda de enfermedades relacionadas con el alcohol. La IGFBP-3 sobresalió para diferenciar entre sujetos sanos y con daño hepático. Estas proteínas pueden considerarse como biomarcadores de enfermedades hepáticas relacionadas con el alcohol.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Mar339

ANÁLISIS DE LAS PROTEÍNAS DE UNIÓN AL FACTOR DE CRECIMIENTO INSULINOIDE-1, 2, 3 Y 7 EN ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA POR MASLD Y HEPATITIS C CRÓNICA

H. E. López-Ortiz, M. Martínez-Castillo, L. E. Muñoz-Espinoza, P. Cordero-Pérez, A. Torre-Delgadillo, F. Higuera-de-la-Tijera, J. L. Hernández-Pérez, D. Santana-Vargas, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: HIPAM, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Las proteínas de unión al factor de crecimiento insulinoide (IGFBP) cumplen, entre otras funciones, un papel crucial en la homeostasis

Tabla 1. (Mar338)

Grupos	IGFBP	AUC	IC95%	p	Puntos de corte (ng/mL)	Sensibilidad %	Especificidad %
CT vs. CiOH	IGFBP-3	0,9	0,906-0,977	0,001	31,12	89	92
CT vs. HA	IGFBP-1	0,8	0,680-0,831	0,001	0,23	88	59
	IGFBP-3	0,9	0,857-0,944	0,001	79,35	100	67
CiOH vs. HA	IGFBP-1	0,8	0,725-0,914	0,001	0,24	85	62
	IGFBP-2	0,7	0,586-0,827	0,002	1,39	75	65
	IGFBP-7	0,7	0,576-0,821	0,004	4,55	58	88

IGFBP, proteínas de unión al factor de crecimiento insulinoide; AUC, área bajo la curva; IC95%, intervalo de confianza al 95%.

Tabla 1. Resultados del análisis de curvas ROC y puntos de corte. (Mar339)							
Grupos	IGFBP	AUC	IC95%	p	Punto de corte (ng/mL)	Sensibilidad %	Especificidad %
CT vs. HCc	IGFBP-1	0,7	0,616-0,734	0,001	0,15	85	51
	IGFBP-7	0,6	0,508-0,634	0,571	70,3	26	92
CT vs. MASLD	IGFBP-1	0,7	0,537-0,703	0,007	0,3	43	92
	IGFBP-3	0,9	0,848-0,934	0,001	72,7	97	66
HCc vs. MASLD	IGFBP-1	0,8	0,721-0,864	0,001	0,16	68	80
	IGFBP-2	0,6	0,530-0,678	0,019	3,79	97	48
	IGFBP-3	0,9	0,829-0,924	0,001	37,03	85	88

IGFBP, proteína de unión al factor de crecimiento insulinoide; AUC, área bajo la curva; IC95%, intervalo de confianza del 95%; p, significancia estadística; CT, controles; HCc, hepatitis C crónica; MASLD, enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica.

metabólica y la regeneración tisular en el contexto hepático. Se han estudiado las IGFBP en la hepatitis C crónica; sin embargo, aún no existen estudios suficientes en otras hepatopatías.

Objetivo: Evaluar las IGFBP-1, 2, 3 y 7 en la enfermedad hepática con disfunción metabólica (MASLD) y hepatitis C crónica (HCc).

Material y métodos: Estudio prospectivo, transversal y multicéntrico en el que se incluyó a pacientes con datos clínicos y paraclínicos de MASLD (n = 80) y HCc (n = 164) y se comparó con un grupo control (CT, n = 164). Las IGFBP séricas se cuantificaron mediante arreglo en suspensión múltiple (Milliplex, MERCK®). Los datos se analizaron mediante U de Mann-Whitney, se obtuvieron curvas ROC y puntos de corte y se consideró p < 0,05 como significativa con el programa SPSS v22.

Resultados: En HCc respecto de CT se observó un incremento de IGFBP-1, 2 y 7, mientras que en MASLD en comparación con CT se identificó una disminución de todas las IGFBP, especialmente de IGFBP-3. La IGFBP-1 mostró muy buena sensibilidad para HCc, en tanto que IGFBP-7 reveló alta especificidad. Para MASLD se registró una alta especificidad en IGFBP-1 y una elevada sensibilidad con IGFBP-3. Para diferenciar entre las enfermedades crónicas MASLD y HCc, IGFBP-3 tuvo los valores más altos (Tabla 1).

Conclusiones: La IGFBP-3 es un posible biomarcador no invasivo para considerar por su sensibilidad y especificidad elevadas en el diagnóstico diferencial de MASLD y HCc. Las IGFBP, en conjunto, son proteínas que pueden apoyar el diagnóstico, el seguimiento y el pronóstico de las enfermedades hepáticas crónicas.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Mar340

VALIDACIÓN DEL SCORE HOPE-EVL PARA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL

C. E. Coronel-Castillo, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-de-la-Tijera, J. Contreras-Carmona, P. D. Guerrero-Ramírez, F. A. Bello-Martínez, F. A. Pérez-Cárdenas, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La hemorragia digestiva por várices esofágicas (HDAV) representa una causa frecuente de descompensación en personas con enfermedad hepática crónica y se relaciona con una elevada mortalidad intrahospitalaria. Anteriormente no existían escalas específicas para predecir en fase temprana la mortalidad y facilitar la toma de decisiones. La calificación HOPE-EVL (*Hospital outcome prediction following endoscopic variceal ligation*) es una herramienta desarrollada en fecha reciente que utiliza variables clínicas, pero aún no se ha validado en la población mexicana.

Objetivo: Validar la escala HOPE-EVL como predictor de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con HDAV en una cohorte mexicana.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo en pacientes con HDAV tratados con ligadura variceal endoscópica (LVE). Se recolectaron datos clínicos y de laboratorio al ingreso. Se calculó la calificación HOPE-EVL y se comparó con MELD 3.0, Child-Pugh y AIMS65. El desenlace principal fue la mortalidad intrahospitalaria. Las variables continuas se ex-

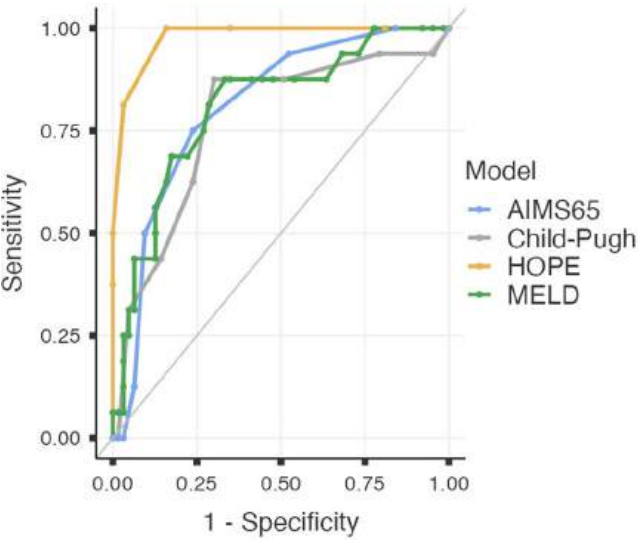
presaron en media ± desviación estándar y se compararon entre pacientes fallecidos y sobrevivientes mediante t de Student y U de Mann-Whitney. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes y se compararon mediante ji cuadrada. Se realizaron curvas ROC para cada escala y se calcularon áreas bajo la curva (AUC) con intervalos de confianza del 95%

Resultados: Se incluyó a 79 pacientes con una media de edad de 53,7 ± 10,9 años; el 64,6% correspondió a hombres. La principal causa de hepatopatía fue la alcohólica (44,3%) y la mortalidad intrahospitalaria fue del 20,3%. Los fallecidos presentaron mayores puntuaciones de gravedad: MELD 27,94 ± 9,90 vs. 17,44 ± 8,05 (p = 0,0008), HOPE-EVL 4,69 ± 1,20 vs. 1,35 ± 1,03 (p < 0,001), Child-Pugh 10,00 ± 1,99 vs. 2,00 ± 1,90 (p = 0,0015) y AIMS65 3,31 ± 1,14 vs. 1,81 ± 1,47 (p < 0,001). El análisis ROC mostró un AUC de 0,977 (IC95%, 0,953-1,000) para HOPE-EVL, superior a MELD 3.0 (0,808; IC95%, 0,685-0,930), Child-Pugh (0,773; IC95%, 0,635-0,911) y AIMS65 (0,809; IC95%, 0,701-0,916), todos con p < 0,001 (Figura 1). La AUC de la escala HOPE-EVL fue significativamente mayor que la de MELD 3.0 y Child-Pugh, según la prueba de *long* (p < 0,05). El punto de corte óptimo de la escala HOPE-EVL fue ≥ 3 puntos, con sensibilidad del 100% y especificidad del 81%. El análisis univariado encontró relación significativa entre la mortalidad y la presencia de lesión renal aguda (p = 0,00048). No se observaron diferencias significativas en sexo (p = 0,799), uso de betabloqueadores (p = 0,127), edad (p = 0,227) y causa de la hepatopatía (p = 0,203).

Conclusiones: La calificación HOPE-EVL mostró un excelente rendimiento para predecir la mortalidad intrahospitalaria en esta cohorte mexicana, superior a MELD, AIMS65 y Child-Pugh. Por lo tanto, se considera una herramienta útil, accesible, sencilla y de aplicación inmediata.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento.

Figura 1. Área bajo la curva de Child-Pugh, AIMS65, MELD 3.0 y HOPE-EVL para predecir mortalidad. (Mar340)



Mar341

IMPACTO DE LAS COMORBILIDADES AUTOINMUNES EN LA RESPUESTA BIOQUÍMICA AL ÁCIDO URSODESOXICÓLICO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE DE 24 CASOS

M. Longoria-Márquez, A. J. Berzunza-Casanova, A. Triana-Romero, R. Sandoval-Salas, Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es un trastorno hepático autoinmune caracterizado por la destrucción progresiva de los conductos biliares intrahepáticos, que provoca colestasis crónica y elevación de la fosfatasa alcalina. El ácido ursodesoxicólico (AUDC) es el tratamiento de elección, aunque hasta un 40% de los pacientes no logra una respuesta bioquímica óptima a largo plazo. Más del 60% de los pacientes con CBP presenta al menos una comorbilidad autoinmune (CA), como síndrome de Sjögren, tiroiditis autoinmune o artritis reumatoide, lo que sugiere un fenotipo inmunológico más complejo que podría influir en la respuesta al AUDC.

Objetivo: Evaluar el efecto de las comorbilidades autoinmunes en la respuesta bioquímica al AUDC en pacientes con CBP.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohorte en 24 pacientes con CBP confirmada por biopsia o AMA positivo, tratados con AUDC y seguimiento ≥ 12 meses. Se agruparon de acuerdo con la presencia de comorbilidades autoinmunes. Se recopilaron datos demográficos (edad, sexo, IMC), clínicos (prurito, fibrosis F0-F4, Child-Pugh, MELD 3.0) y bioquímicos (FA, GGT, bilirrubina total, IgM) al inicio y a los 6/12 meses, además de la respuesta a 12 meses según criterios de París II, Barcelona, Toronto y Global Score. Se aplicaron las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney y χ^2 o Fisher ($p < 0,05$).

Resultados: La cohorte incluyó a 24 pacientes (edad media de 49 ± 11 años; 95,8% de mujeres). El 37,5% (9/24) tenía ≥ 1 comorbilidad autoinmune y el 21% (5/24) más de una. Las más frecuentes fueron tiroiditis autoinmune (25%), lupus eritematoso sistémico (8,3%), síndrome antifosfolípido (8,3%), psoriasis (4,2%), y trombocitopenia inmune primaria (4,2%) y Sjögren (4,2%). El 67% recibió sólo AUDC; el 33% AUDC + bezafibrato. En CA-, la edad fue mayor ($56,7 \pm 7,7$ vs. $43,0 \pm 10,7$ años; $p = 0,0029$) y la bilirrubina total inicial menor ($1,02 \pm 0,54$ vs. $2,44 \pm 1,19$ mg/dL; $p = 0,0027$). A los 12 meses, el descenso de FA fue mayor en CA+ (210 U/L, IQR 197-273 vs. 329 U/L, IQR 304-613; $p = 0,0318$). No hubo diferencias significativas en GGT ni bilirrubina. Las tasas de respuesta bioquímica a 12 meses según París II (22% vs. 0%; $p = 0,13$), Barcelona (44% vs. 40%; $p = 1$), Toronto (44% vs. 13%; $p = 0,15$) y Global Score (56% vs. 20%; $p = 0,099$) mostraron tendencia favorable en CA+, sin significancia estadística. En el subgrupo con > 1 comorbilidad tampoco se identificaron diferencias significativas (OR = 2,33; $p = 0,58$). Las características demográficas, bioquímicas y respuesta al tratamiento se resumen en la **Tabla 1**.

Conclusiones: En esta cohorte, la presencia de comorbilidades autoinmunes se acompañó de mayor descenso de FA y tendencia a mejor respuesta bioquímica, aunque sin alcanzar significación estadística según los principales criterios, por lo que se requieren estudios con mayor tamaño muestral.

Financiamiento: Este estudio se realizó con los recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tabla 1. Características demográficas, bioquímicas y respuesta al tratamiento de pacientes con CBP de acuerdo con la presencia de comorbilidades autoinmunes. (Mar341)

Variables	CA+ (n = 9)	CA- (n = 15)	Valor p
Demográficas			
Edad (años, DE)	56,7 ± 7,7	43,0 ± 10,7	0,0029*
IMC (kg/m², DE)	25,3 ± 3,6	24,0 ± 2,4	0,271
Bioquímica inicial			
FA (U/L)	365 (IQR 295-642)	618 (IQR 475-1 041)	0,0736
GGT (U/L, DE)	445,8 ± 417,9	630,6 ± 385,8	0,282
BT (mg/dL, DE)	1,02 ± 0,54	2,44 ± 1,19	0,0027*
IgM (mg/dL, DE)	109,0 ± 76,4	601,9 ± 398,3	0,140

Bioquímica a 12 meses			
FA (U/L)	210 (IQR 197-273)	329 (IQR 304-613)	0,0318*
GGT (U/L)	122 (IQR 81-229)	427 (IQR 171-508)	0,121
BT (mg/dL)	1,05 (IQR 0,55-2,40)	1,30 (IQR 1,04-1,55)	0,633
Respuesta a 12 meses			
París II	2/9 (22 %)	0/15 (0 %)	0,130
Barcelona	4/9 (44 %)	6/15 (40 %)	1,000
Toronto	4/9 (44 %)	2/15 (13 %)	0,150
Global Score	5/9 (56 %)	3/15 (20 %)	0,099

CBP, colangitis biliar primaria; CA-, sin comorbilidades autoinmunes; CA+, con ≥ 1 comorbilidad autoinmune; IMC, índice de masa corporal; FA, fosfatasa alcalina; GGT, gammaglutamil transferasa; BT, bilirrubina total; IgM, inmunoglobulina M; IQR, rango intercuartílico; DE, desviación estándar.

Mar342

TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA EN UN HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE MÉXICO: EL AUGUE DE LA ENFERMEDAD METABÓLICA COMO PRINCIPAL CAUSA

N. Guzmán-Rodríguez, S. Zavala-Villegas, Y. N. Varela-Martínez, C. L. Valdez-Contreras, N. A. Santillano-Tinoco, M. Castillo-Barradas, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

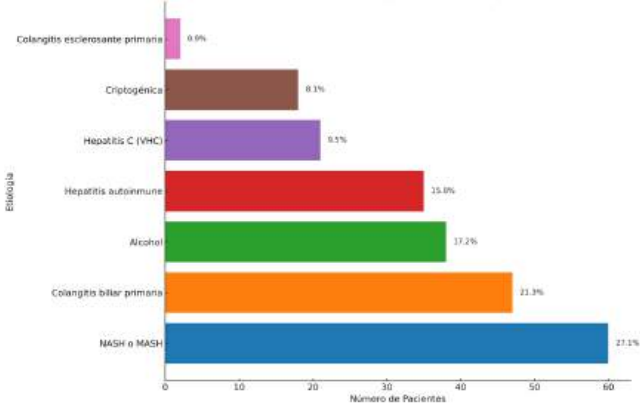
Introducción: La cirrosis hepática representa una de las principales causas de morbilidad y constituye un importante problema de salud pública en México y el mundo. Por lo regular, las principales causas han sido la infección por el virus de la hepatitis, el consumo de alcohol y, en fecha más reciente, la enfermedad hepática esteatósica vinculada con disfunción metabólica. Sin embargo, diversos episodios clínicos y sociales han modificado el comportamiento epidemiológico de esta enfermedad en los últimos años.

Objetivo: Describir los cambios recientes en la epidemiología de la cirrosis hepática en una población mexicana atendida en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio observacional y transversal que incluyó a 200 pacientes adultos (≥ 20 años) diagnosticados con cirrosis hepática en el 2024 en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México.

Resultados: La enfermedad hepática metabólica fue la causa más frecuente y representó el 27,1% de los casos (**Figura 1**) entre los 60 y 69 años (47%), especialmente en mujeres (77%). Le siguió la colangitis biliar primaria con el 21,3%, en el mismo sexo (98%) entre 50 y 59 años (38%). La enfermedad hepática alcohólica ocupó el tercer lugar con el 17,2% de los casos, más común en hombres (92%), entre los 60 y 69 años (42%). En cuarto y quinto lugares se identificaron la hepatitis autoinmune (15,8%), predominante en mujeres (80%), y la hepatitis C (9,5%), con mayor prevalencia en hombres (57%) entre 40 y 49 años (33%).

Figura 1. Distribución de las principales causas de cirrosis hepática en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México (Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza). (Mar342)



Conclusiones: Este trabajo refleja una posible transición epidemiológica en las causas de cirrosis hepática en México. La disminución de casos por hepatitis viral, atribuida al éxito de las estrategias de diagnóstico y tratamiento, contrasta con el aumento de la enfermedad hepática metabólica, influido por la elevada prevalencia del síndrome metabólico. Si bien todavía el origen alcohólico es relevante, es posible que al ser este hospital un centro de referencia, la colangitis biliar primaria ocupe el segundo lugar, pero sin duda la enfermedad hepática metabólica ha emergido en la actualidad como la principal causa. Es necesario rediseñar las políticas de salud pública en prevención y tratamiento de síndrome metabólico y de sus repercusiones hepáticas.

Financiamiento: Este trabajo no dispuso de financiamiento.

Mar343

ÍNDICE ÁCIDO ÚRICO/HDL COLESTEROL COMO FACTOR DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA DE ETIOLOGÍA MASLD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Y. G. Céspedes-Saballos, A. G. González-Rodríguez, S. Camacho, F. Higuera-de-la-Tijera, V. López-Ladrón de Guevara, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad hepática crónica por MASLD (enfermedad del hígado graso relacionada con disfunción metabólica) es una causa importante de cirrosis y mortalidad. El índice ácido úrico/HDL colesterol combina un marcador proinflamatorio (ácido úrico) con un marcador protector metabólico (HDL), y refleja el balance entre daño y defensa metabólica. Los estudios recientes sugieren que un índice elevado se vincula con mayor riesgo cardiovascular y metabólico, pero su valor pronóstico en cirrosis MASLD no está definido.

Objetivo: Evaluar la relación entre un índice ácido úrico/HDL colesterol elevado y la gravedad clínica, complicaciones y mortalidad en pacientes con enfermedad hepática crónica de causa MASLD.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo realizado en 100 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática secundaria a MASLD, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024. Los pacientes se clasificaron en dos grupos según fuera el índice ácido úrico/HDL: $> 2,2$ y $\leq 2,2$. Se recolectaron variables clínicas, bioquímicas, presencia de complicaciones hepáticas y mortalidad. El análisis estadístico incluyó las pruebas ji cuadrada, t de Student y cálculo de *odds ratio* (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se consideró como estadísticamente significativa una $p < 0,05$. El procesamiento de datos se llevó a cabo con el software SPSS versión 25.

Resultados: En el grupo con índice ácido úrico/HDL $> 2,2$ ($n = 50$), la edad promedio fue de 59 ± 11 años, con predominio del sexo masculino (70%), sin diferencias estadísticamente significativas en comparación con el grupo $\leq 2,2$ (edad 56 ± 12 años; hombres en 60%). Se observó una mayor prevalencia del síndrome metabólico en el grupo con índice elevado (60% vs. 40%; OR 2,25; $p = 0,04$), así como mayor frecuencia de estadios avanzados de enfermedad hepática, evidenciada por un mayor porcentaje de pacientes en estadio Child-Pugh C (50% vs. 30%; OR 2,33; $p = 0,03$) y una puntuación MELD significativamente más alta (18 ± 6 vs. 15 ± 5 ; $p = 0,01$). En cuanto a las complicaciones hepáticas, no se hallaron diferencias significativas en encefalopatía hepática (40% vs. 30%), hemorragia digestiva alta (26% vs. 24%) ni ascitis (20% en ambos grupos). No obstante, la peritonitis bacteriana espontánea (12% vs. 0%; $p = 0,01$) y el síndrome hepatorenal (8% vs. 0%; $p = 0,04$) fueron significativamente más frecuentes en el grupo con índice ácido úrico/HDL $> 2,2$. La mortalidad también fue mayor en este grupo (24% vs. 10%; OR 2,86; $p = 0,04$). Véase la Tabla 1.

Conclusiones: Un índice ácido úrico/HDL colesterol elevado se acompaña de mayor gravedad clínica, complicaciones graves y mortalidad en pacientes con cirrosis por MASLD. Este índice podría ser un marcador útil para la estratificación pronóstica y orientar el tratamiento clínico en esta población.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Tabla 1. Relación del índice ácido úrico. (Mar333)				
Características sociodemográficas	Índice ácido úrico/HDL $> 2,2$ ($n = 50$)	Índice ácido úrico/HDL $\leq 2,2$ ($n = 50$)	OR (IC95%)	Valor p
Edad (años, media $\pm$ DE)	59 $\pm$ 11	56 $\pm$ 12	-	0,15
Sexo masculino	35 (70%)	30 (60%)	1,63 (0,70-3,79)	0,26
Sexo femenino	15 (30%)	20 (40%)	-	-
Características bioquímicas				
Ácido úrico (mg/dL, media $\pm$ DE)	7,4 $\pm$ 1,2	5,1 $\pm$ 0,9	-	< 0,001
Índice ácido úrico/HDL (media $\pm$ DE)	2,5 $\pm$ 0,7	1,8 $\pm$ 0,5	-	< 0,001
Comorbilidades				
Diabetes tipo 2	20 (40%)	15 (30%)	1,60 (0,70-3,67)	0,23
Hipertensión arterial	18 (36%)	15 (30%)	1,33 (0,58-3,07)	0,47
Dislipidemia	25 (50%)	20 (40%)	1,50 (0,68-3,31)	0,33
Síndrome metabólico	30 (60%)	20 (40%)	2,25 (1,03-4,93)	0,04
Escala pronóstica				
Child-Pugh A	5 (10%)	10 (20%)	-	-
Child-Pugh B	20 (40%)	25 (50%)	0,80 (0,33-1,95)	0,62
Child-Pugh C	25 (50%)	15 (30%)	2,33 (1,06-5,11)	0,03
MELD (media $\pm$ DE)	18 $\pm$ 6	15 $\pm$ 5	-	0,01
Complicaciones				
Encefalopatía hepática	20 (40%)	15 (30%)	1,57 (0,67-3,67)	0,30
Hemorragia digestiva alta	13 (26%)	12 (24%)	1,11 (0,44-2,80)	0,82
Ascitis	10 (20%)	10 (20%)	1,00 (0,37-2,68)	1,00
Peritonitis bacteriana espontánea (PBE)	6 (12%)	0 (0%)	-	0,01
Síndrome hepatorenal	4 (8%)	0 (0%)	-	0,04
Mortalidad	12 (24%)	5 (10%)	2,86 (1,01-8,02)	0,04

Mar344

UNA RIGIDEZ HEPÁTICA BASAL ELEVADA PREDICE LA NO RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON AZATIOPRINA EN HEPATITIS AUTOINMUNE TIPO 1: UN ESTUDIO PROSPECTIVO

J. R. Macías-Beaven, L. A. Rosales-Rentería, K. M. Reyes-Saldívar, A. Sánchez-Araiza, C. Salcido-Yáñez, H. Romaña-Alvarado, M. S. González-Huezo, Centro Médico ISSEMyM Toluca

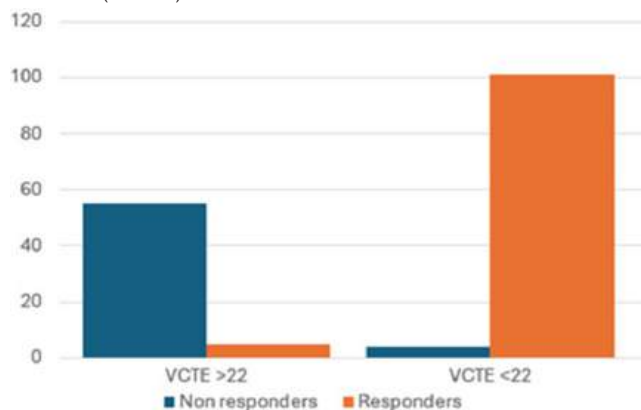
Introducción: La hepatitis autoinmune tipo 1 (HAI) es una enfermedad hepática inflamatoria crónica que se trata habitualmente con inmunosupresores como la azatioprina. A pesar de su eficacia, algunos pacientes no logran respuesta al tratamiento, tal vez debido a fibrosis avanzada o cirrosis subyacente. La elastografía transitoria controlada por vibración (VCTE) permite una evaluación no invasiva de la rigidez hepática y podría funcionar como un marcador predictivo de respuesta terapéutica.

Objetivo: Evaluar si los valores elevados de VCTE basal predicen la falta de respuesta al tratamiento con azatioprina en pacientes con HAI.

Material y métodos: Estudio prospectivo de cohorte y unicéntrico que incluyó a todos los pacientes con diagnóstico reciente de HAI mediante criterios simplificados, incluidas histología hepática y VCTE basal, que recibieron tratamiento de inducción con prednisona e iniciaron inmunosupresión con azatioprina (AZA). Se llevó a cabo en un hospital de tercer nivel en Metepec, México, del 1 de marzo de 2022 al 30 de marzo de 2024. Todos los pacientes se evaluaron mediante pruebas de química hepática en consultas de seguimiento a 1, 3, 6, 12 y 24 meses. Con posterioridad se subdividieron según la presencia o ausencia de respuesta bioquímica completa de acuerdo con los criterios del Grupo internacional de hepatitis autoinmune. Se analizaron características generales. Los criterios de exclusión fueron síndromes de superposición (colangitis biliar primaria o colangitis esclerosante primaria), consumo significativo de alcohol o esteatohepatitis metabólica (MASH).

Resultados: Durante los 24 meses de seguimiento se incluyó a 165 pacientes con diagnóstico de HAI y VCTE basal. Un total de 105 logró respuesta bioquímica completa y 60 no. El género predominante fue el femenino en ambos grupos (88,78% y 86%) con una mediana de edad de 56 años en los no respondedores y 58 años en los respondedores. La prevalencia de enfermedades autoinmunes sistémicas fue de 32% y 37%, respectivamente, en particular tiroiditis de Hashimoto. La prevalencia de enfermedad hepática crónica fue del 28% y 26%. La mortalidad por episodios hepáticos fue del 41% en el grupo sin respuesta contra 12% en el grupo con respuesta, todos con enfermedad hepática crónica. En total, 55 de los 60 pacientes que no respondieron a azatioprina presentaban un VCTE basal > 22 kPa, en comparación con sólo 4 de 105 que sí respondieron (RR 24,06; IC95%, 9,175-63,106; $p < 0,001$; NNH 1.13) (Figura 1). Otras variables relacionadas con falta de respuesta fueron episodios de HAI grave aguda durante el seguimiento (42/60 vs. 9/105; RR 5,35; IC95%, 2,245-12,747; $p < 0,001$). En el análisis multivariado ajustado por edad, sexo y diabetes tipo 2, sólo un VCTE > 22 kPa se mantuvo como predictor estadísticamente significativo de falta de respuesta al tratamiento con AZA.

Figura 1. Respuesta bioquímica completa con base en la rigidez hepática > 22 kPas. (Mar344)



Conclusiones: Un VCTE basal > 22 kPa es un sólido predictor de falta de respuesta al tratamiento con azatioprina en pacientes con HAI tipo 1, independientemente de la edad, el sexo y las comorbilidades. Estos hallazgos destacan la importancia de incorporar mediciones no invasivas de rigidez hepática en la evaluación inicial de pacientes con HAI para identificar a aquellos con mayor riesgo de falla terapéutica y guiar estrategias tempranas de atención.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Mar345

TRASTORNOS TIROIDEOS COMO DETERMINANTE DE AGUDIZACIÓN EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA: UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ESTADIO COMPENSADO Y DESCOMPENSADO

I. Aramburo-Lucas, A. B. Irineo-Cabrales, M. C. Martínez-Valenzuela, N. Moreno-Gómez, H. D. Castro-Guillén, F. Romero-Aguilar, E. García-Meza, E. I. Montero-Archundia, ISSSTE Culiacán

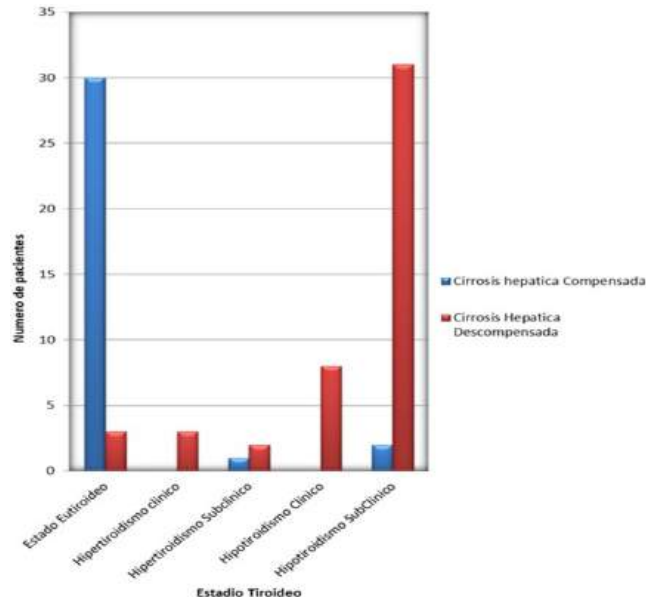
Introducción: En la actualidad se ha documentado en escasos artículos en México la posible relevancia de la disfunción tiroidea en pacientes con cirrosis hepática y el modo en que podría representar tal situación etiológica el riesgo de descompensación en pacientes con cirrosis hepática; sólo se ha determinado que la prevalencia informada de hipotiroidismo subclínico es cercana a 21,6% y 62%, pero sin obtener una frecuencia real clara o establecida.

Objetivo: Determinar la prevalencia de trastornos tiroideos en pacientes con cirrosis hepática compensada y descompensada de cualquier origen en Culiacán, Sinaloa.

Material y métodos: Participaron los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática compensada y descompensada de cualquier causa en el periodo de abril de 2024 a mayo de 2025. Se trató de un estudio de tipo trasversal, observacional, prospectivo y comparativo. Variables analizadas: edad, género, comorbilidades, clasificación de Child-Pugh, causa de la cirrosis hepática y cifras de las hormonas tiroideas. Análisis estadístico: se emplearon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y la prueba ji cuadrada para las diferencias significativas en las proporciones de cada casilla. Para determinar la prevalencia se realizó la prueba de correlación de Pearson de acuerdo con la normalidad en la población. Se usó un valor de $p \leq 0,05$ para determinar la significancia estadística.

Resultados: Se identificaron los tipos de trastorno tiroideo más frecuentes en pacientes con cirrosis hepática compensada y descompensada. En la Figura 1 se observa que en el grupo con cirrosis hepática compensada ($n = 33$) el

Figura 1. Pacientes con cirrosis hepática compensada y descompensada en quienes se categoriza el estadio tiroideo más frecuente entre ambos grupos comparativos. (Mar345)



diagnóstico más frecuente fue el estado eutiroides (n = 30, 90,9%). En el grupo con cirrosis hepática descompensada (n = 47) el diagnóstico más común fue el hipotiroidismo subclínico (n = 31, 66,0%). Las causas más frecuentes fueron el alcoholismo (n = 20, 42,6%), la autoinmunitaria por HAI (n = 10, 21,3%) y la MASLD (n = 9,19,1%). La prueba ji cuadrada mostró una relación significativa entre el tipo de trastorno tiroideo y el estado hepático ($\chi^2 = 57,899$, $gl = 4$, $p < 0,001$). Esto significa que la distribución de los trastornos tiroideos difiere entre pacientes con cirrosis hepática compensada y con cirrosis hepática descompensada. La magnitud de la relación se calculó mediante *odds ratio*, que fue de 0,007 (IC95%, 0,001-0,036), lo que indica una probabilidad significativamente menor de estar descompensado en pacientes eutiroides. Este valor señala que la disfunción tiroidea se acompaña de una probabilidad 142 veces mayor de estar descompensado.

Conclusiones: Con base en los resultados de este estudio trasversal se puede concluir que la disfunción tiroidea es prevalente en un 55% de los pacientes que presentaban cirrosis hepática descompensada, al margen de la causa etiológica de la cirrosis hepática; en contraste, en pacientes con cirrosis hepática compensada es muy poco frecuente identificar alguna disfunción tiroidea ya que en dicha población sólo se encontró en 9%. El trastorno tiroideo hallado más a menudo fue el hipotiroidismo subclínico y la principal causa relacionada fue el alcoholismo. Este valor indica que la disfunción tiroidea se vincula con una probabilidad 142 veces mayor de estar descompensado, lo que representa un determinante para identificar de forma oportuna trastornos tiroideos, lo cual ayudará a reducir el riesgo de agudizaciones y por ende a obtener una mejoría a largo plazo sobre la morbilidad de los pacientes con cirrosis hepática descompensada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar346

FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD POR ESTEATOSIS HEPÁTICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA (MASLD) EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

A. P. Ávalos-Morales, M. A. Soto-Zazueta, S. L. González-Verdugo, Hospital General de Zona 1 Tepic

Introducción: La MASLD es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento de grasa en el hígado en presencia de al menos un factor de riesgo cardiometabólico. Actualmente se reconoce como la enfermedad hepática crónica más prevalente en el mundo, con una incidencia en constante aumento. Su importancia clínica radica en que puede progresar hacia esteatohepatitis, fibrosis avanzada, cirrosis e incluso convertirse en una de las principales causas de carcinoma hepatocelular, aun en ausencia de consumo significativo de alcohol.

Objetivo: Describir los factores de riesgo más frecuentes y relacionados con MASLD en pacientes atendidos en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y retrospectivo realizado en población mexicana asintomática atendida por el servicio de gastroenterología del Hospital General de Zona No. 33 en Bahía de Banderas, Nayarit. El periodo de estudio comprendió del 1 de marzo de 2023 al 28 de febrero de 2025. Participaron 1 358 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, no tener antecedentes de consumo de alcohol, contar con un ultrasonido hepático y de vías biliares con informe de esteatosis hepática, y presentar al menos una de las siguientes alteraciones metabólicas: índice de masa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m², circunferencia de cintura (> 80 cm en mujeres y 94 cm en hombres), alteraciones de la glucemia (diabetes mellitus tipo 2, prediabetes o resistencia a la insulina), hipertensión arterial (presión $\geq 135/85$ mmHg), triglicéridos séricos ≥ 150 mg/dL o cifras bajas de colesterol HDL (< 40 mg/dL en mujeres y < 50 mg/dL en hombres).

Resultados: Se incluyó a un total de 1 358 pacientes con diagnóstico de esteatosis hepática, los cuales tuvieron al menos un trastorno metabólico adjunto. Como estudio de imagen se empleó el ultrasonido hepático y de vías biliares, con la esteatosis hepática moderada como el hallazgo identificado más frecuente, observado en 348 mujeres (45,6%) y 273 hombres (45,8%). La mayoría de los individuos tenía sobrepeso, 299 mujeres (39,25%) y 205 hombres (34,3%), seguido en frecuencia por obesidad de grado I. En cuanto a la circunferencia de cintura, más del 50% de los pacientes superaban los valores considerados normales, con 572 mujeres (75%) y 498 hombres

(83,5%). Se analizaron también las alteraciones de la glucemia: el 48,1% de las mujeres tenía diabetes mellitus tipo 2 y el 27,4% prediabetes o resistencia a la insulina. En el caso de los hombres, la prediabetes o la resistencia a la insulina fueron más prevalentes (37%). Respecto de la hipertensión arterial, se identificó en el 38,9% de las mujeres y en el 29,8% de los hombres. En relación con la dislipidemia, la hipertrigliceridemia se notificó en 246 mujeres (32,2%) y 243 hombres (40,7%). Por último, se observó que las concentraciones de colesterol HDL se encontraban por debajo de los valores recomendados en ambos sexos: en el 55,2% de las mujeres y en el 36% de los hombres (Tabla 1).

Conclusiones: En el análisis estadístico se encontró que todos los pacientes tenían esteatosis hepática más un factor metabólico, el más frecuente de los cuales fue la esteatosis moderada en ambos sexos. Asimismo, los valores bajos de colesterol HDL, la hipertrigliceridemia y el aumento de la circunferencia abdominal fueron alteraciones comunes en ambos grupos. Estos hallazgos abren la puerta a futuras investigaciones orientadas a determinar el efecto de las intervenciones multidisciplinarias, así como explorar los marcadores no invasivos que permitan identificar a pacientes con mayor riesgo de progresión a formas avanzadas como la esteatohepatitis o la fibrosis hepática.

Financiamiento: Los autores declaran que no recibieron financiación externa.

Tabla 1. Datos de los participantes. (Mar346)

Características basales de los pacientes (n = 1 358 pacientes)		
Sexo	762 mujeres (56,1%)	596 hombres (43,9%)
Edad	38,4 años	47,2 años
IMC		
Sobrepeso (25-29,9)	299 (39,2%)	205 (34,3%)
Obesidad grado I (30-34,9)	247 (32,4%)	202 (33,8%)
Obesidad grado II (35-39,9)	178 (23,3%)	143 (23,9%)
Obesidad grado III (≥ 40)	38 (4,9%)	46 (7,7%)
Circunferencia de cintura:		
Mujeres > 80 cm	572 (75%)	498 (83,5%)
Hombres > 94 cm		
Diabetes mellitus tipo 2	367 (48,1%)	197 (33%)
Prediabetes/resistencia a la insulina	209 (27,4%)	221 (37%)
Hipertensión arterial ($\geq 135/85$ mmHg)	297 (38,9%)	178 (29,8%)
Triglicéridos ≥ 150 mg/dL	246 (32,2%)	243 (40,7%)
Valores de HDL		
< 40 mg/dL mujeres	421 (55,2%)	215 (36%)
< 50 mg/dL hombres		
Ultrasonido de hígado y vías biliares (esteatosis hepática)		
Leve	235 (30,8%)	225 (37,7%)
Moderado	348 (45,6%)	273 (45,8%)
Grave	179 (23,4%)	98 (16,4%)

Mar347

TUMORES NEUROENDOCRINOS HEPÁTICOS PRIMARIOS: EXPERIENCIA CLÍNICA EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL

L. D. Valdez-Vega, C. Morales-Limón, J. A. Aguado-Valerio, R. Santiago-García, D. A. Olivares-González, R. Milán-Aguirre, Hospital de Especialidades Puebla, IMSS

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (TNE) son neoplasias derivadas del sistema neuroendocrino, con mayor frecuencia en el tracto gastrointestinal (54,7-75%), aunque representan sólo el 1 a 2% de los tumores gastrointestinales. Los TNE hepáticos primarios (TNEPH) son extremadamente raros, con una incidencia del 0,3% entre todos los TNE. La detección y tratamiento tempranos son clave para un mejor pronóstico.

Objetivo: Describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de tres casos de TNE atendidos en la UMAE Manuel Ávila Camacho de Puebla, para contribuir al conocimiento de esta entidad poco frecuente.

Informe de casos:

Caso 1: mujer de 51 años sin antecedentes relevantes. En 2023 presentó as-tenia, diáforesis y pérdida de peso de 10 kg en seis meses. Con posterioridad refirió dolor en hipocondrio derecho; se solicitaron ultrasonido y tomografía dinámica que mostraron hepatomegalia con múltiples nódulos hepáticos, el mayor de 112 × 67 mm, indicativos de metástasis (Figura 1). La biopsia hepática confirmó TNE bien diferenciado (grado 1), con inmunohistoquímica positiva para cromogranina y sinaptofisina, negativa para CK7, CK20, AFP y CD56. Se trató de modo inicial con lanreotida sin respuesta y mostró progresión de la enfermedad; se cambió a octreótida con mejoría clínica.

Caso 2: hombre de 72 años con cirrosis alcohólica (Child-Pugh A). Presentó dolor abdominal y distensión. El estudio de imagenología reveló lesión nodular hepática en los segmentos IV y V. El informe histopatológico confirmó la presencia de una neoplasia neuroendocrina bien diferenciada, con inmunohistoquímica positiva para cromogranina y sinaptofisina, y negativa para CK7, CK20 y hepar-1. Evolucionó rápidamente con deterioro hepático y desenlace letal.

Caso 3: mujer de 43 años sin antecedentes. Inició el padecimiento cuatro meses antes de su valoración con dolor en epigastrio irradiado a hipocondrio y región escapular derecha, acompañado de anorexia, saciedad temprana y pérdida de peso de 10 kg en tres meses. La tomografía mostró un tumor hepático multicéntrico. La biopsia confirmó TNE bien diferenciado (grado II, Ki-67 del 10%). La inmunohistoquímica reveló positividad para cromogranina en células neoplásicas. Se la refirió al servicio de oncología, pero experimentó rápida progresión y falleció en poco tiempo.

Discusión: Los TNE hepáticos, aunque infrecuentes, pueden aparecer de forma agresiva y con síntomas inespecíficos, como dolor abdominal, distensión y pérdida de peso, como se observó en los tres casos. Dos pacientes iniciaron con síntomas constitucionales y pérdida ponderal significativa, mientras que uno más refirió dolor abdominal sin pérdida de peso. Los estudios de imagenología permitieron identificar lesiones multifocales, pero el diagnóstico definitivo se estableció mediante biopsia e inmunohistoquímica, con positividad para cromogranina y sinaptofisina, y negatividad para CK7, CK20, AFP y hepar-1. A pesar de tratarse de tumores bien diferenciados, dos pacientes evolucionaron rápidamente con desenlace letal. Sólo una paciente recibió tratamiento con análogos de somatostatina, con respuesta parcial. El tratamiento de elección en estos casos suele incluir análogos de somatostatina, cirugía en casos seleccionados y, en etapas avanzadas, tratamientos dirigidos como everolimus o radionúclidos. Estos casos subrayan la importancia del diagnóstico temprano y el abordaje multidisciplinario, ya que incluso los TNE bien diferenciados pueden tener un curso clínico agresivo en etapas avanzadas, como también se ha descrito en otras series clínicas.

Conclusiones: Los TNE hepáticos, si bien raros, deben considerarse ante lesiones hepáticas multifocales sin causa clara. Su diagnóstico exige enfoque multidisciplinario. La elevada mortalidad observada resalta la necesidad de la detección temprana, tratamientos dirigidos y seguimiento especializado.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Mar348

CISTATINA C COMO PREDICTOR DE DESCOMPENSA- CIÓN CLÍNICA: ANÁLISIS DE CURVA ROC EN PACIEN- TES CON CIRROSIS

L. Robles-Casanova, M. Coutiño-Flores, G. Bretón-Arroy, E. Juárez-Valdés, R. Herrero-Maceda, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

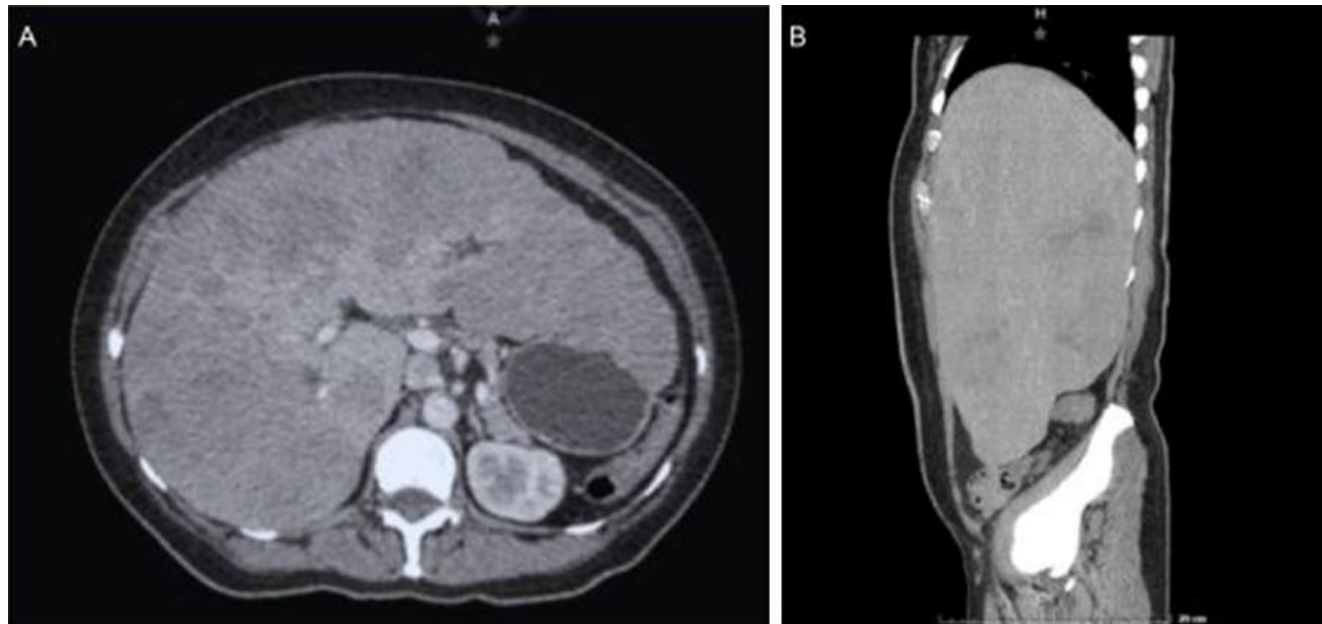
Introducción: La cistatina C, un inhibidor de la cisteína proteasa, es un marcador de la tasa de filtración glomerular y su elevación se ha vinculado con mayor morbimortalidad en diversos entornos clínicos. Dado que los episodios de descompensación marcan el pronóstico en la cirrosis, resulta de gran interés evaluar la cistatina C como predictor de descompensación y establecer un punto de corte para esta relación.

Objetivo: Establecer un punto de corte de la cistatina C como biomarcador para predecir el riesgo de episodios de descompensación en pacientes con cirrosis hepática. Asimismo, determinar si existe una correlación entre las concentraciones elevadas de cistatina C y el desarrollo de descompensaciones a tres y seis meses en los pacientes con cirrosis hepática.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico, longitudinal y prospectivo que incluyó a 62 pacientes con cirrosis Child-Pugh A y B. Se midieron los valores de cistatina C y se siguieron durante seis meses. Para el análisis de asociación se utilizaron ji cuadrada de Pearson y estratificación por cuantiles. Se construyó una curva ROC para evaluar la capacidad discriminativa de la cistatina C, y se determinaron puntos de corte mediante el valor de Youden.

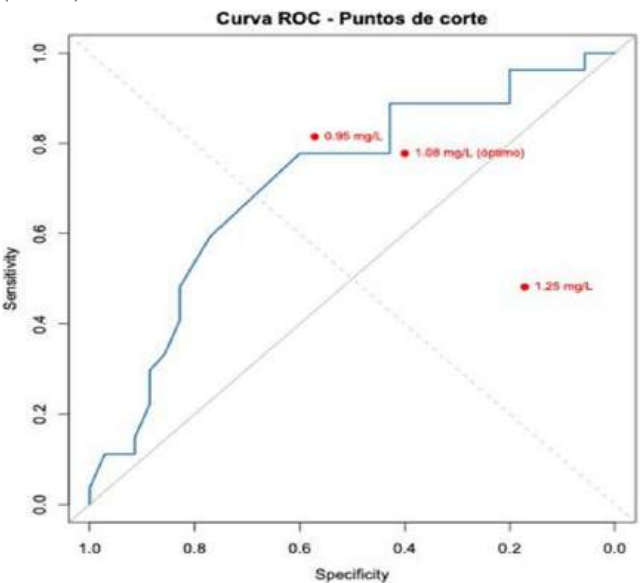
Resultados: De 62 pacientes (32 hombres, 51,6%, y media de 58,05 ± 11,4), las causas fueron consumo de alcohol (41,9%), hepatopatía metabólica (38,7%) y enfermedad autoinmune (19,3%). Durante el seguimiento, 27 pacientes (43,5%) presentaron al menos un episodio de descompensación (ascitis, encefalopatía o hemorragia variceal). De éstos, el 81,5% registró cistatina C elevada (media de 1,25 ± 0,30 mg/L). El análisis de ji cuadrada mostró una relación significativa ($\chi^2 = 4,132$; $p = 0,042$), respaldada por la razón de verosimilitud ($\chi^2 = 4,293$; $p = 0,038$) y la asociación lineal ($\chi^2 = 4,065$; $p =$

Figura 1. Tomografía dinámica de hígado en fase arterial que muestra hepatomegalia secundaria a múltiples nódulos en ambos lóbulos hepáticos. Cortes axial (A) y sagital (B). (Mar347)



0,044). El OR calculado fue de 3,3. El análisis de cuartiles mostró una mayor proporción de descompensados en el cuartil más alto de cistatina C (> 1,25 mg/L; $p < 0,001$, tendencia lineal). Esta tendencia se confirmó mediante una asociación lineal ($\chi^2 = 39,88$; $p < 0,001$). El análisis de la curva ROC reveló un área bajo la curva (AUC) de 0,713. El punto de corte óptimo identificado fue 1,08 mg/L, el cual ofreció una sensibilidad del 77,8% y una especificidad del 60%, según el índice de Youden (Figura 1).
Conclusiones: La cistatina C elevada se relaciona con la aparición de episodios de descompensación en pacientes con cirrosis hepática. La cistatina C se vincula significativamente con el desarrollo de episodios de descompensación y el punto de corte de 1,08 mg/L proporciona sensibilidad y especificidad moderada para predecir estos episodios en pacientes con cirrosis hepática.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Figura 1. Puntos de corte para la cistatina C y su desempeño diagnóstico. (Mar348)



Mar349

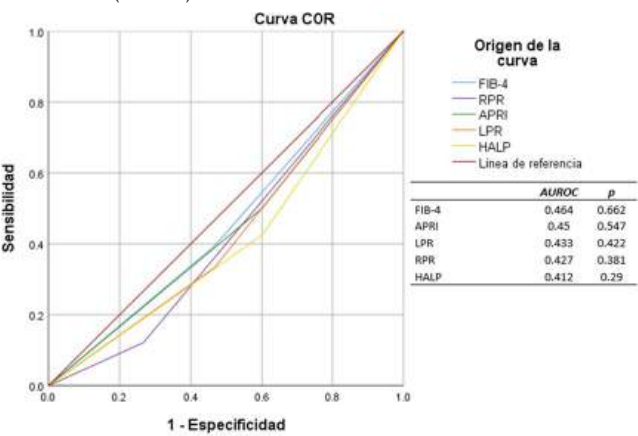
COMPARACIÓN DE MARCADORES SEROLÓGICOS COMO PREDICTORES DE FIBROSIS AVANZADA EN HEPATITIS AUTOINMUNE EN POBLACIÓN MEXICANA

E. A. Gutiérrez-Rodríguez, M. A. Cornejo-Gutiérrez, A. Tovar-Durán, Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25, UMAE, IMSS

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) es una hepatopatía autoinmune poco frecuente, con una incidencia global anual de 1 a 2 casos por 100 000 personas. Sin embargo, México no cuenta con información estadística detallada de la prevalencia total de hepatopatías autoinmunes, pero la HAI representa cerca del 56,7%. La biopsia hepática es el estándar para establecer el grado de fibrosis. Se han explorado nuevos modelos innovadores, no invasivos y económicos, que permiten la predicción de fibrosis en la hepatitis autoinmune, entre ellos el cociente RDW/plaquetas (RPR), el índice hemoglobina, albúmina, linfocitos y plaquetas (HALP) y el cociente linfocitos/plaquetas (LPR). Algunos de éstos han demostrado mejor precisión en comparación con los marcadores comunes, como APRI o FIB-4. Es necesario estudiarlos y validarlos en la población mexicana.
Objetivo: Determinar la utilidad de los marcadores bioquímicos no invasivos para predecir fibrosis avanzada en hepatitis autoinmune en la población mexicana.
Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico histopatológico de HAI del Hospital de Especialidades IMSS en Monterrey, México, de enero de 2022 a diciembre de 2024. La fibrosis se evaluó con el sistema METAVIR: F0, ausencia de fibrosis; F1, fibrosis portal sin septos; F2, fibrosis portal con pocos septos; F3, múltiples septos; y F4, cirrosis. Los grados F3 y F4 se consideraron fibrosis avanzada. Los valores bioquímicos se obtuvieron uno a 20

días antes de la biopsia. Los análisis estadísticos se realizaron en el software SPSS versión 25.0 para Windows (IBM SPSS Statistics). Tipo de estudio: analítico, retrospectivo y observacional.
Resultados: Se incluyó a un total de 84 pacientes con diagnóstico histológico de HAI. Del total, 72 pacientes correspondieron al género femenino (85,71%) y 12 al masculino (14,29%). La edad mínima fue de 22 años, la máxima de 74 y el promedio de 50,8 años. Los resultados obtenidos del área bajo la curva (AUROC) se muestran en la Figura 1. El índice de FIB-4 demostró la AUROC más elevada con 0,464.
Conclusiones: Los modelos previamente estudiados no demostraron significancia estadística para predecir fibrosis significativa en esta entidad etiológica o esta población, por lo que exigen un mayor estudio para su validación como auxiliares diagnósticos y pronósticos en esta población.
Financiamiento: Autofinanciamiento.

Figura 1. AUROC de los marcadores serológicos predictores de fibrosis avanzada en HAI. (Mar349)



Mar350

MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES DEL HÍGADO Y VÍAS BILIARES, SEGUIMIENTO A 10 AÑOS EN UNA COHORTE MEXICANA

G. A. Rodríguez-Bravo, L. A. Rosales-Rentería, K. M. Reyes-Saldivar, A. Sánchez-Araiza, D. Prieto-Nava, G. Pérez-Roa, E. Olalde-Salgado, B. Barbosa-Ramírez, M. S. González-Huezo, ISSEMyM Toluca

Introducción: Las enfermedades autoinmunes hepáticas, como la hepatitis autoinmune (HAI), la colangitis biliar primaria (CBP) y la colangitis esclerosante primaria (CEP), presentan manifestaciones extrahepáticas frecuentes, entre las cuales destacan las alteraciones dermatológicas. Sin embargo, la prevalencia, las características clínicas específicas y la evolución de estas manifestaciones en pacientes mexicanos con enfermedades hepáticas autoinmunes no se han descrito de forma exhaustiva.
Objetivo: Caracterizar las manifestaciones dermatológicas relacionadas con enfermedades autoinmunes hepáticas y biliares en una cohorte mexicana, además de determinar su prevalencia y evaluar la evolución clínica durante un periodo de seguimiento de 10 años.
Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte y ambispectivo en pacientes diagnosticados con HAI, CBP o CEP, atendidos en la consulta externa de hepatología del Centro Médico ISSEMyM Toluca, Estado de México, en el periodo comprendido entre marzo de 2014 y febrero de 2025. Se incluyó a un total de 311 pacientes con diagnóstico confirmado según criterios internacionales específicos para cada enfermedad hepática autoinmune. En cada visita clínica programada se aplicó un cuestionario estructurado sobre síntomas dermatológicos actuales o previos, complementado con documentación fotográfica cuando existían lesiones visibles. Los pacientes que señalaron alteraciones dermatológicas fueron referidos a evaluación especializada por dermatología para confirmar y clasificar el diagnóstico. Las manifestaciones dermatológicas se registraron de acuerdo con su diagnóstico definitivo, frecuencia, gravedad y evolución durante el periodo de seguimiento.
Resultados: Se incluyó a 311 pacientes, de los cuales el 52% tenía CBP, el 39% HAI y el 9% CEP. Todos los pacientes contaron con medición basal

mediante elastografía hepática controlada por vibraciones (VCTE). Durante el seguimiento se identificaron alteraciones dermatológicas en el 74% de los pacientes. Las manifestaciones dermatológicas más frecuentes fueron melasma (52%), xerosis cutánea (42%), dermatografismo (37%), prurito (31%) y liquen plano (14%). Al evaluar la relación entre manifestaciones dermatológicas y gravedad de la enfermedad hepática determinada por fibrosis avanzada en VCTE, sólo la presencia de liquen plano mostró una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: Las manifestaciones dermatológicas son frecuentes en pacientes con enfermedades autoinmunes hepáticas y biliares, especialmente el melasma y la xerosis cutánea. Además, el liquen plano se vinculó en grado significativo con fibrosis avanzada, lo que sugiere que podría ser útil como marcador clínico de mayor gravedad hepática. Se recomienda una evaluación dermatológica sistemática en estos pacientes para identificar en fase temprana dichas alteraciones y mejorar su tratamiento multidisciplinario.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.

Tabla 1. Relación entre alteraciones dermatológicas y fibrosis avanzada en personas con enfermedades autoinmunes del hígado y vías biliares (ajuste por sexo y edad). (Mar350)

Regresión logística multivariada*	OR (IC95%)	Valor de p
Melasma	1,35 (0,55-1,90)	0,054
Liquen plano	1,82 (1,78-3,86)	0,042
Prurito	1,06 (0,81-1,26)	0,058
Xantelasma	0,98 (0,86-1,06)	0,062

Mar351

ESTEATOSIS Y FIBROSIS HEPÁTICA EN UN PLAN DE MICROELIMINACIÓN DEL VHC EN MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN MÉXICO: HACIA UNA ATENCIÓN HEPÁTICA HOLÍSTICA

J. P. Manjarrez-Rocha, L. M. Jiménez-Munguía, W. V. Sánchez-Hernández, M. Guzmán-Macias, R. B. Rivera-Castro, J. L. Sandoval-Figueroa, M. C. García-Alanís, Y. I. López-Méndez, G. E. Castro-Narro, Grupo Colaborativo: Alianza por la eliminación de hepatitis C en personas privadas de la libertad (AEHCPEPL), Departamento de Gastroenterología, Hepatología y Trasplante Hepático, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido el objetivo de eliminar la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) para el año 2030. Las personas privadas de la libertad representan una población con alta vulnerabilidad a enfermedades transmisibles, como el VHC, el VIH y la sífilis, así como a padecimientos de salud mental como depresión y ansiedad. Además, este grupo posee un riesgo incrementado de enfermedades hepáticas, entre ellas la esteatosis hepática metabólica (MASLD) y la fibrosis hepática. Sin embargo, la prevalencia de estas anomalías en este contexto no se ha establecido con claridad, por lo que se consideró importante realizar este estudio.

Objetivo: Determinar la prevalencia de fibrosis y esteatosis hepática en mujeres privadas de la libertad en un centro penitenciario de Morelos, en el contexto de un plan de microeliminación del VHC con un enfoque de atención hepática holística.

Material y métodos: Estudio prospectivo de intervención conducido en el Centro Federal de Readaptación Social (CEFERSO) 16, en Morelos. Se incluyó a 385 mujeres privadas de la libertad. La intervención consistió, tras firma de consentimiento informado, en una plática educativa sobre salud hepática, la aplicación de un cuestionario estructurado y el tamizaje con pruebas rápidas para detección de VHC (Bioline™), VIH y sífilis. Los casos reactivos de VHC se confirmaron mediante rt-PCR y fueron referidos para tratamiento. La evaluación hepática se realizó mediante elastografía hepática con el equipo iLivTouch® FT100. Se utilizaron estadísticas descriptivas para el análisis de las variables clínicas y elastográficas. Las variables continuas se expresaron como medias con desviación estándar y las categóricas como frecuencias y porcentajes.

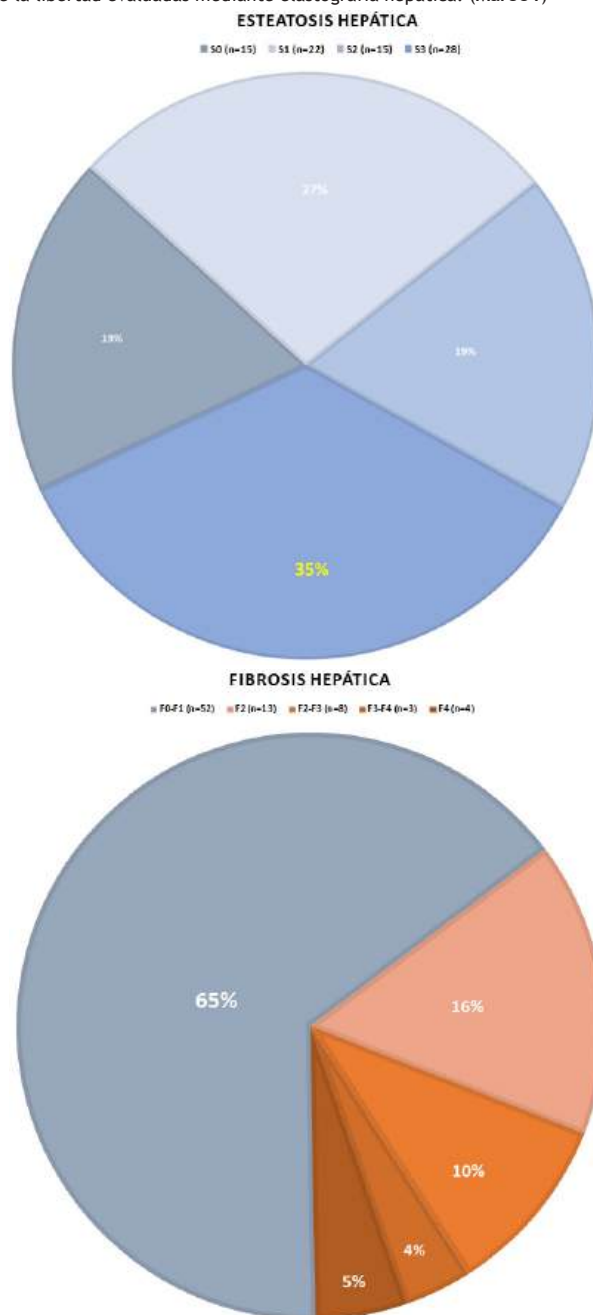
Resultados: Se evaluó a 385 mujeres privadas de la libertad, con un promedio de edad de 37,2 años. Siete participantes (1,8%) fueron reactivas a VHC;

tres confirmadas por PCR (0,77%). Se realizó elastografía hepática en 80 mujeres (20,7% de la población). En la esteatosis hepática, el valor promedio de CAP fue de 279,3 dB/m. La distribución según el grado de esteatosis fue: S0 en 15 (19%), S1 en 22 (27%), S2 en 15 (19%) y S3 en 28 (35%). En la fibrosis hepática, el valor promedio de rigidez fue de 8,14 kPa. La distribución fue: F0-F1 en 52 (65%), F2 en 13 (16%), F2-F3 en 8 (10%), F3-F4 en 3 (4%) y F4 en 4 (5%). Véase la **Figura 1**.

Conclusiones: Los hallazgos muestran una prevalencia de esteatosis hepática considerablemente mayor respecto de la población general con una prevalencia significativa de fibrosis en mujeres privadas de la libertad. La integración del diagnóstico de MASLD y fibrosis en estrategias de microeliminación del VHC, así como la concientización de la salud hepática, son clave para lograr una atención hepática holística en mujeres privadas de la libertad.

Financiamiento: Este estudio se realizó dentro de Plan Nacional de Eliminación de la Hepatitis. El equipo iLivTouch® FT100 lo proporcionó HiSky Medical Technologies como respaldo irrestricto.

Figura 1. Distribución de esteatosis y fibrosis hepática en mujeres privadas de la libertad evaluadas mediante elastografía hepática. (Mar351)



Mar352

PREVALENCIA DE INFECCIONES BACTERIANAS EN HEMORRAGIA VARICEAL Y SU ASOCIACIÓN CON DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA, MORTALIDAD, RESANGRADO Y ACLF

J. Pérez-Sánchez, G. A. Román-Lugo, R. M. Ruiz-Ravelo, A. E. Chavarrín-Meza, L. R. Antuna-Villaseñor, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La hemorragia variceal es todavía una complicación frecuente y letal de la hipertensión portal, con una mortalidad hospitalaria informada del 10 al 20%. Durante el sangrado, la translocación bacteriana y la disfunción inmune de la cirrosis favorecen infecciones que afectan al 20 al 35% de los pacientes. Por ello están indicados los antibióticos profilácticos desde el ingreso, ya que la infección no tratada duplica el riesgo de resangrado temprano, precipita hasta el 40% de los ACLF y prolonga la estancia unos cuatro a seis días. Sin embargo, la frecuencia real de estas infecciones y su efecto en desenlaces como mortalidad, resangrado o ACLF difiere entre centros según sean la gravedad de la cirrosis y las indicaciones antibióticas, por lo que disponer de datos locales actualizados resulta esencial para ajustar protocolos y recursos.

Objetivo: Determinar la prevalencia de infecciones bacterianas en pacientes con hemorragia variceal y su relación con la estancia hospitalaria, la mortalidad, el resangrado y el desarrollo de ACLF.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo realizado en el Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. Se incluyeron todos los ingresos por hemorragia variceal entre junio de 2022 y junio de 2025 (n = 131). Se registraron datos demográficos y clínicos de la cirrosis, así como la presencia de infección bacteriana intrahospitalaria (PBE, IVU, neumonía o tejidos blandos). Los desenlaces evaluados fueron los días de estancia, la mortalidad intrahospitalaria, el resangrado temprano y el desarrollo de ACLF según la definición EASL. Las variables continuas, al no seguir distribución normal, se expresaron como mediana (RIC) y se compararon con U de Mann-Whitney; las categóricas se analizaron con la prueba exacta de Fisher, tras considerar significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 131 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática y hemorragia variceal. La edad mostró una distribución normal con una media de $56,1 \pm 11,9$ años; 59,5% de la cohorte correspondió a mujeres y 40,5% a hombres. El resto de las variables mostró distribución libre. La escala MELD registró una mediana de 16 (RIC, 12-20). La puntuación de Child-Pugh fue de 7 (RIC, 6-9); la clase funcional más común fue B con 61,8%, seguida de A con 27,5% y C con 10,6%. La mitad de los pacientes presentaba ascitis y el 17% encefalopatía al ingreso. Respecto de la etiología, MASLD predominó con 45,8%, seguida de colangitis biliar primaria con 12,2%, Met-ALD con 9,9% y alcohol aislado con 7,6%; las demás causas abarcaron el 24,5% restante. Dos tercios de los enfermos recibían profilaxis portal con betabloqueadores. La infección bacteriana se documentó en 16 casos, lo que arroja una prevalencia de 12,2%. La relación entre la infección bacteriana y los desenlaces se esquematizan en la **Tabla 1**. Su presencia prolongó la estancia a una mediana de 9 (RIC 6,8-12,3) días frente a 5 (RIC 5,0-7,0) en los 115 pacientes sin infección ($p = 0,0016$) y se vinculó con un incremento notable de ACLF que ocurrió en el 25% de los infectados respecto del 3,5% de los no infectados ($p = 0,0079$). En contraste, la mortalidad intrahospitalaria fue de 12,5% con infección y 5,2% sin ella ($p = 0,25$), y el resangrado temprano de 6,3% y 15,7%, respectivamente ($p = 0,47$).

Tabla 1. Relación de infección bacteriana con desenlaces clínicos. (Mar352)

Desenlace	Con infección (n = 16)	Sin infección (n = 115)	Valor de p
Días de estancia hospitalaria Mediana (RIC)	9 [6,75 - 12,25]	5 [5,0 - 7,0]	0,0016
Mortalidad	2/16 (12,5%)	6 / 115 (5,2%)	0,2528
Resangrado	1/16 (6,3%)	18 / 115 (15,7%)	0,4653
ACLF	4/16 (25,0%)	4 / 115 (3,5%)	0,0079

RIC, rango intercuartílico; ACLF, falla hepática aguda sobre crónica.

Conclusiones: La infección bacteriana afectó al 12% de los casos y se acompañó de manera significativa de mayor estancia hospitalaria y un riesgo mayor de desarrollar ACLF, sin cambios significativos en mortalidad o resangrado temprano.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento externo.

Mar353

COMPARACIÓN DE ÍNDICES NO INVASIVOS PARA LA PREDICCIÓN DE VÁRICES ESOFÁGICAS EN POBLACIÓN CON CIRROSIS

A. Díaz-García, C. Y. Mulato-Briones, R. Vázquez-Pérez, M. I. Astudillo-Delgado, C. A. Oviedo-Garza, J. I. Mazadiego-Cid, E. García-Ruiz, M. R. Herretero-Maceda, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

Introducción: El sangrado variceal tiene una elevada tasa de mortalidad en pacientes con cirrosis. Por lo tanto es esencial realizar un cribado oportuno de várices esofágicas (VE). El consenso de Baveno VII recomiendan la endoscopia superior basada en la medición de elastografía y el recuento plaquetario; sin embargo, estos criterios tienen limitaciones. Recientemente se han desarrollado índices no invasivos para predecir la presencia de VE. Se compararon el rendimiento diagnóstico de la puntuación EVendo, la razón internacional normalizada al recuento plaquetario (INPR) y la puntuación Lok.

Objetivo: Comparar el rendimiento diagnóstico de la puntuación EVendo, la razón internacional normalizada al recuento plaquetario (INPR) y la puntuación Lok.

Material y métodos: Pacientes con cirrosis, independientemente de la etapa (Child-Pugh, MELD), de cualquier causa, mayores de 18 años, de ambos sexos y sin cribado previo de VE. Se realizó un estudio observacional. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con IBM SPSS Statistics. Se emplearon frecuencias y medianas para los análisis descriptivos de la población. Las pruebas ji cuadrada y t de Student se utilizaron para la comparación entre grupos. Las curvas ROC y el índice de Youden se usaron para determinar los puntos de corte con mayor sensibilidad y especificidad, tras considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Además, se calcularon el valor predictivo positivo (VPP), el valor predictivo negativo (VPN) y las razones de verosimilitud.

Resultados: Se incluyó a 139 pacientes: 71 mujeres (51%) y 68 hombres (48%), con una edad media de 54 ± 13 años. Las causas incluidas fueron infección por virus de la hepatitis C (31%), enfermedad hepática relacionada con el alcohol (26%), enfermedades hepáticas autoinmunes (24%) y MASLD (13%). Según la clasificación de Child-Pugh, 52 (37%) eran de clase A, 67 (48%) de clase B y 20 (14%) de clase C. Hallazgos endoscópicos: 28% tenía várices grandes, 40% várices pequeñas y 31% no presentaba VE. Al analizar cada uno de los índices para detectar VE, al margen del tamaño, se encontró que, con un punto de corte $\geq 0,84$, la puntuación Lok tuvo una sensibilidad del 74%, especificidad del 77%, VPP del 87% y VPN del 59%. Para la puntuación EVendo, un punto de corte ≥ 5 mostró una sensibilidad del 66%, especificidad del 86%, VPP del 91% y VPN del 54%. Finalmente, el INPR con un punto de corte $\geq 0,94$ registró una sensibilidad del 83%, especificidad del 71%, VPP del 85% y VPN del 66%. Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: Todos los índices demostraron una sensibilidad y especificidad variables. El índice con mayor sensibilidad para predecir VE fue el INPR (83%) y mostró un VPN alto (89%) para excluir várices grandes, lo que lo convierte en una herramienta promisorio para evitar endoscopias en los pacientes de bajo riesgo. La puntuación EVendo proporcionó la mayor especificidad y VPP. La puntuación Lok no mostró ventajas sobre los otros índices.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Tabla 1. Comparación de los índices no invasivos. (Mar353)

Várices	Valor	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	+LR	-LR
Calificación Lok	$\geq 0,84$	74%	77%	87%	59%	3,35	0,33
EVendo	$\geq 5,004$	66%	86%	91%	54%	4,95	0,39
INPR	$\geq 0,9463$	83%	71%	85%	66%	2,87	0,24

Mar354

COMPARACIÓN DE DESENLACES POSTRASPLANTE ENTRE PACIENTES CON CHC SOMETIDOS A DOWNSTAGING Y CRITERIOS DE MILÁN EN UN CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA

A. Melgar-Pliego, V. M. Páez-Zayas, A. Sánchez-Cedillo, E. F. Rodríguez-Aguilar, O. Vázquez-Gómez, S. A. Vera-Nungaray, S. Camacho-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El carcinoma hepatocelular (CHC) es una de las principales indicaciones de trasplante hepático (TH). La elegibilidad se basa en criterios morfológicos como los de Milán; sin embargo, las estrategias de *downstaging* hacen posible que los pacientes inicialmente fuera de dichos criterios accedan al TH tras una reducción tumoral exitosa. Esta estrategia ha demostrado desenlaces postrasplante comparables en términos de recurrencia y sobrevida. Validar esta equivalencia en contextos con limitada disponibilidad de órganos es esencial para optimizar la asignación.

Objetivo: Comparar los desenlaces postrasplantes en pacientes con CHC sometidos a *downstaging* tumoral frente a aquellos que cumplieron directamente con los criterios de Milán, además de evaluar la recurrencia tumoral, la sobrevida y las concentraciones séricas de alfafetoproteína (AFP).

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico en pacientes con CHC trasplantados entre enero de 2019 y julio de 2024 en un hospital de referencia nacional. Se incluyeron 18 casos con diagnóstico clínico-radiológico o histológico de CHC. Los pacientes se clasificaron en dos grupos:

grupo A (n = 12), inicialmente fuera de los criterios de Milán, sometidos a tratamiento locorregional (*downstaging*) mediante quimioembolización o ablación, con respuesta que permitió su inclusión dentro de los criterios de Milán antes del TH; grupo B (n = 6), pacientes que cumplían criterios de Milán desde el inicio, sin necesidad de *downstaging*. La indicación de *downstaging* y la evaluación de respuesta las determinó un equipo multidisciplinario mediante criterios mRECIST. Todos se sometieron a protocolo de pretrasplante estandarizado. Se analizaron edad, AFP pretrasplante, tipo de tratamiento previo (grupo A), tiempo de seguimiento postrasplante (meses), recurrencia tumoral y mortalidad relacionada con el CHC. Se aplicó estadística descriptiva con medias e intervalos de confianza al 95%.

Resultados: La edad media fue de 61,2 años (IC95%, 57,3-65,1) en el grupo A y de 62,8 años (IC95%, 56,4-69,2) en el grupo B. Los valores medios de AFP pretrasplante fueron mayores en el grupo A (46,7 ng/mL, IC95%, 28,4-65,1) que en el grupo B (34,2 ng/mL, IC95%, 20,5-47,9). El tiempo medio de seguimiento postrasplante fue de 30 meses (IC95%, 25,1-34,9), sin diferencias relevantes entre grupos (Tabla 1). No se documentaron recurrencias tumorales ni mortalidad relacionada con el CHC en ningún paciente durante el seguimiento.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a *downstaging* que posteriormente cumplieron criterios de Milán mostraron desenlaces postrasplante equivalentes a aquellos que calificaban desde el inicio. La ausencia de recurrencia en ambos grupos respalda el uso del *downstaging* como herramienta segura y eficaz para ampliar la elegibilidad al TH. Estos hallazgos coinciden con

Tabla 1. Comparación de características clínicas y desenlaces postrasplante entre pacientes con CHC sometidos a *downstaging* respecto de los criterios de Milán. (Mar354)

Variable	Downstaging (n = 12)	Criterios de Milán (n = 6)
Edad media (años)	61,2 (IC95%, 57,3-65,1)	62,8 (IC95%, 56,4-69,2)
AFP media pretrasplante (ng/mL)	46,7 (IC95%, 28,4-65,1)	34,2 (IC95%, 20,5-47,9)
Seguimiento medio (meses)	30 (IC95%, 25,4-34,6)	30 (IC95%, 25,4-34,6)
Recurrencias tumorales a 30 meses	0	0
Mortalidad relacionada con CHC a 30 meses	0	0

los de estudios internacionales prospectivos. Se sugiere impulsar protocolos multicéntricos con mayor tamaño muestral que integren modelos dinámicos basados en respuesta tumoral, AFP y estabilidad oncológica para optimizar la priorización en el trasplante hepático.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Mar355

COMPLICACIONES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO: ANÁLISIS DE UNA COHORTE EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONAL (2019-2024)

A. Melgar-Pliego, V. M. Páez-Zayas, A. Sánchez-Cedillo, E. F. Rodríguez-Aguilar, O. Vázquez-Gómez, F. Alardín-Gutiérrez, A. Alcocer-Riviello, K. M. Meixueiro-Olivera, N. A. Avelino-Cano, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El trasplante hepático (TH) representa la intervención definitiva para pacientes con hepatopatías terminales y mejora en grado significativo la sobrevida y calidad de vida. No obstante, su evolución posoperatoria está condicionada muchas veces por complicaciones médicas, infecciosas, inmunológicas y quirúrgicas. La identificación sistemática de estos episodios permite fortalecer las estrategias de prevención, tratamiento temprano y vigilancia en centros de alta especialidad.

Objetivo: Analizar la frecuencia, perfil clínico y desenlaces de las complicaciones médicas, infecciosas, inmunológicas y quirúrgicas en receptores de trasplante hepático atendidos entre 2019 y 2024 en un hospital de referencia nacional, con el propósito de identificar puntos críticos posoperatorios que permitan optimizar las estrategias de vigilancia, atención y prevención de efectos adversos.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo realizado en la clínica de trasplante hepático en un hospital nacional de referencia. Se incluyó a todos los pacientes adultos receptores de TH entre 2019 y 2024. Se analizó a 164 pacientes, con obtención de variables demográficas, clínicas, etiología hepática, tipo y frecuencia de complicaciones posoperatorias (médicas, infecciosas, quirúrgicas, inmunológicas), estancia hospitalaria y evolución en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Se utilizó estadística descriptiva con distribución de frecuencias, medias, medianas e intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Se incluyó a 164 pacientes trasplantados por diversas causas de enfermedad hepática terminal, con una edad media de 53,1 años (mediana, 55; intervalo, 1-74 años) y predominio masculino (55,1%). Las principales indicaciones de trasplante fueron: cirrosis alcohólica (27,8%; IC95%, 21,2-34,3%), hepatitis autoinmune (15,9%; IC95%, 10,6-21,3%) y enfermedad hepática relacionada con disfunción metabólica (MAFLD) (13,9%; IC95%, 8,9-19,0%). El rechazo agudo ocurrió en 4,5% (n = 7; IC95%, 1,3-7,6 %), con mediana de aparición en el primer mes postrasplante. El rechazo crónico se documentó en 6,1% (n = 10; IC95%, 2,4-9,9%), sin necesidad de inmunosupresores de segunda línea. En cuanto a infecciones, se identificaron infección de tejidos blandos en 13,4% (n = 22; IC95%, 8,2-18,5%), neumonía en 8,0% (n = 13; IC95%, 3,9-12,0%) y bacteriemia en 4,6% (n = 8; IC95%, 1,5-7,7%) (Tabla 1). La estancia hospitalaria media fue de 9,4 días (mediana, 8; DE, 3,2), con ingreso a UCI por un promedio de 4,4 días y requerimiento de ventilación mecánica durante 1,8 días.

Conclusiones: La baja incidencia de rechazo agudo en esta cohorte respalda la eficacia del esquema inmunosupresor utilizado. Las infecciones sistémicas y el rechazo crónico se consolidan como áreas prioritarias para el seguimiento prolongado, en línea con lo notificado en otras series internacionales. En particular, el rechazo crónico se presentó en proporción baja y sin efecto clínico significativo, lo cual sugiere detección oportuna y adecuado control inmunológico, sin necesidad de tratamiento de segunda línea ni pérdida del injerto. La estenosis biliar fue la complicación quirúrgica más frecuente, aunque con menor prevalencia que en estudios comparables, seguida de colangitis y hemoperitoneo. Las infecciones, especialmente las de tejidos blandos, se presentaron en proporción similar a otros centros de alta especialidad, mientras que la neumonía y la bacteriemia fueron menos comunes. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de integrar protocolos estandarizados de vigilancia postrasplante y podrían servir como base para desarrollar modelos predictivos adaptados a contextos de alta demanda. Su implementación puede optimizar recursos y mejorar los resultados clínicos en hospitales públicos de referencia.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.

Tabla 1. Complicaciones médicas y quirúrgicas de THO. (Mar355)			
Tipo de complicación	Frecuencia (%)	IC95%	n
Médicas			
Infección de tejidos blandos	13,4%	8,2-18,5%	22
Neumonía	8,0%	3,9-12,0%	13
Bacteriemia	4,6%	1,5-7,7%	8
Rechazo agudo	4,5%	1,3-7,6%	7
Rechazo crónico	6,1%	2,4-9,9%	10
Quirúrgicas			
Estenosis biliar	10,4%	5,8-15,0%	17
Colangitis	7,6%	3,5-11,7%	12
Hemoperitoneo	6,8%	3,0-10,6%	11

Mar356

ÉXITO DE UN SEGUNDO TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE HEPATITIS C. ESTUDIO TRANSVERSAL

J. L. Moras-Villela, R. Moreno-Alcántar, A. Bautista-Santos, V. Díaz-Figueroa, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional (CMN) Siglo XXI, IMSS

Introducción: En 2019 se registró en México una incidencia de 2 378 casos nuevos, con una tasa de incidencia nacional de 1,88 casos por cada 100 000 habitantes. La infección crónica por el virus de la hepatitis C implica un riesgo para el desarrollo de complicaciones hepáticas y necesidad de trasplante hepático si no se indica un tratamiento. La terapéutica ha evolucionado en los últimos años y ahora tiene una respuesta viral sostenida (RVS) > 95%, pero existe un grupo de pacientes con falla al tratamiento o reinfección a quienes se debe evaluar para un nuevo tratamiento.

Objetivo: Notificar el éxito de un segundo tratamiento con antivirales de acción directa en pacientes con infección crónica por virus de la hepatitis C.

Material y métodos: Participaron pacientes > 18 años en seguimiento en la clínica de hepatitis del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, entre abril de 2017 y diciembre de 2024. Tipo de estudio: descriptivo, transversal y unicéntrico. Variables analizadas: edad, género, genotipo, carga viral de VHC, MELD 3.0, tipo de tratamiento y RVS. Se utilizó estadística descriptiva para analizar las variables con frecuencias y porcentajes; medias o medianas acordes a la distribución de las variables.

Resultados: Se incluyó a 14 pacientes, con predominio del género masculino con 8 (57,1%) y media de edad de 55,14 ± 16,21 años; el genotipo predominante fue el 1 y 1a con 42,8% (2) y sólo un paciente tuvo genotipo 3. El 42,9% (6) tenía cirrosis hepática con una mediana de MELD 3.0 de 8 (7-11) y 1 (7,1%) con carcinoma hepatocelular; la reinfección se documentó en cuatro pacientes coinfectados con VIH. El esquema que predominó fue sofosbuvir 400 mg-velpatasvir 100 mg + ribavirina 800 mg por 24 semanas en 12 pacientes (85,7%) y 2 (14,3%) recibieron glecaprevir 100 mg-pibrentasvir 40 mg por 16 semanas. La RVS fue del 92,9% (13) (Tabla 1).

Tabla 1. Características de los pacientes con hepatitis C tratados con antivirales de acción directa con un segundo esquema. (Mar356)	
Variable	n = 14
Hombres, n (%)	8 (57,1)
Edad, años, media ± DE	55,14 ± 16,21
Genotipo, n (%)*	
1	3 (21,4)
1A	3 (21,4)
3	1 (7,1)
4	1 (7,1)

Cirrosis hepática, n (%)*	6 (42,9)
Carcinoma hepatocelular, n (%)	1 (7,1)
Coinfección VIH, n (%)*	7 (50)
Respuesta viral sostenida, n (%)*	13 (92,9)
MELD 3.0, mediana, percentiles	8 (7-11)
Alfafetoproteína, µg/L, mediana, percentiles	22 (1,5-19,8)
Alaninaminotransferasa, U/L, mediana, percentiles	49 (37-72)
Esquemas de tratamiento, n (%)	12 (85,7)
1. Sofosbuvir-velpatasvir- ribavirina 24 semanas	
2. Glecaprevir-pibrentasvir 16 semanas	2 (14,3)
Reinfección, n (%)	4 (28,6)
DE, desviación estándar.	

Conclusiones: Se demostró que la administración de un segundo tratamiento con antivirales de acción directa es eficaz y logra una respuesta viral sostenida en 92,9% (13). Por tratarse de un segundo tratamiento se determinó genotipo y predominó el 1a que es el más frecuente en este país. Sólo un paciente no tuvo RVS y se documentaron como factores de la falta de respuesta la cirrosis descompensada, el carcinoma hepatocelular y falta de apego al tratamiento. Asimismo se demostró una adecuada respuesta a un segundo tratamiento a pesar de indicarse tratamiento en pacientes con cirrosis hepática subyacente. **Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar357

¿EXISTE UN LÍMITE SEGURO EN LA PARACENTESIS DE GRAN VOLUMEN? PERSPECTIVA BASADA EN LA EVIDENCIA

M. Baca-García, F. A. Pérez-Cárdenas, A. Tovar-Durán, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-de-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La ascitis es la causa más común de descompensación en la cirrosis. Su aparición empeora el pronóstico y reduce la supervivencia anual de 80% a 30%. La paracentesis de gran volumen (> 5 L) es efectiva y segura si se administra albúmina para prevenir disfunción circulatoria posparacentesis (DCPP), que puede causar lesión renal, hiponatremia y muerte. Se recomienda no drenar más de 8 L por sesión, ya que mayores volúmenes elevan el riesgo de DCPP. Las dosis de albúmina se basan en estudios observacionales, pues no existe un consenso definitivo.

Objetivo: Evaluar la seguridad de la paracentesis de gran volumen (> 8 L) en pacientes con cirrosis y ascitis, y determinar la incidencia de LRA como manifestación de DCPP.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico que incluyó expedientes clínicos de pacientes con ascitis de grado 3, sin criterios de lesión renal aguda (LRA) ni renal crónica. Se evaluó la cantidad de ascitis drenada mediante paracentesis de gran volumen (PGV) y la incidencia de LRA dentro de los siete días posteriores como manifestación de DCPP. La albúmina se administró a razón de 6 a 8 g por litro drenado.

Resultados: Se incluyó a un total de 58 pacientes, de los cuales 35 (60,3%) fueron hombres y 23 (39,7%) mujeres. La edad promedio de la población fue de 54,6 años, con un intervalo de 24 a 84 años. El 46,5% de los pacientes se clasificó como Child-Pugh B (n = 27), mientras que el 53,5% correspondió a Child-Pugh C (n = 31), con puntuaciones que oscilaron entre 7 y 14 puntos. En cuanto al origen de la cirrosis, la causa más frecuente fue ALD, identificada en 28 pacientes (48,3%), seguida por MASLD en 17 (29,3%), 13 no contaban con etiología filiada (13,8%), METALD en 3 (5,2%), infección por virus de la hepatitis C en 1 (1,7%) y hepatitis autoinmune en 1 (1,7%). El volumen promedio de ascitis drenada por sesión fue de 11,86 L, con un intervalo de 8,3 a 20 L. Todos los pacientes recibieron albúmina a razón de 6 a 8 g por litro drenado, de acuerdo con las recomendaciones internacionales para prevenir disfunción circulatoria posparacentesis. El 3,4% desarrolló LRA posterior a la paracentesis a pesar de la reposición de correcta de albúmina; este grupo de pacientes tenía diagnóstico de ascitis intratable.

Conclusiones: La paracentesis de gran volumen con extracción > 8 L por sesión es segura y posee una baja incidencia de lesión renal aguda, siempre

que se administre albúmina de forma adecuada. Sin embargo, la ascitis resistente puede constituir un factor de riesgo adicional para LRA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar358

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD HEPÁTICA

K. I. Rangel-Guzmán, A. Jiménez-Ávila, A. Kuri-Muñoz, F. Higuera-de-la-Tijera, S. Camacho-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los pacientes con enfermedad hepática (PEH) presentan síntomas relacionados con la misma enfermedad; sin embargo, la calidad de vida (CV) y la ansiedad/depresión (AD) pueden tener una influencia considerable en el comportamiento de búsqueda de atención médica, además de ser una carga adicional para los cuidadores primarios (C-PEH). Aún no se han evaluado la CV y la AD en PEH y C-PEH de manera simultánea.

Objetivo: Evaluar la CV y la AD de pacientes referidos por primera vez a la clínica de hígado de un hospital de tercer nivel y en sus cuidadores primarios.

Material y métodos: Este estudio transversal y prospectivo conducido durante junio y julio del 2025 estudió a 21 pacientes (58,24 ± 16,17 [51,32-65,15], 47,62% de mujeres) referidos subsecuentemente a la clínica de hígado. Se evaluaron el motivo de referencia, las comorbilidades adjuntas, la CV (cuestionario corto 36, SF-36) y la AD (cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria, HAD). Adicionalmente se evaluaron la CV y la AD en 13 cuidadores primarios (53,56 ± 11,5 [46,04-61,07], 92,3% de mujeres) de estos pacientes. Se comparó la CV con 58 controles (37 ± 17,64 [32,46-41,54], 82,74% de mujeres). Los datos expresan la media ± DE e IC95% o porcentajes, mientras que las diferencias estadísticas se evalúan con las pruebas t de Student no pareada o ji cuadrada, según correspondiera (alfa = 0,05).

Resultados: Los controles fueron más jóvenes comparados con los PEH ($p < 0,001$) y los C-PEH ($p = 0,008$), pero sin diferencia entre PEH y C-PEH (0,4394) y más mujeres comparadas con PEH (0,0061) y menos mujeres en comparación con C-PEH ($p < 0,001$), además de ser más mujeres en C-PEH respecto de PEH ($p = 0,0081$). De los 21 pacientes, sólo 13 (61,9%) tenían cuidador primario y el resto no. Los diagnósticos de envío de los PEH fueron enfermedad hepática crónica (43%), cirrosis (19%) y otros (29%). Hasta 33% de los individuos tenía una comorbilidad, 28,547% ninguna, 19,05% dos y 19,05% tres. Los PEH tuvieron menor puntuación en función física, rol físico, dolor corporal y salud general en comparación con los controles y menor función física con sus cuidadores primarios, mientras que los C-PEH mostraron un deterioro comparable con los controles en salud general y función social. Los PEH y C-PEH registraron menor calificación en el sumario físico, pero no en el sumario mental. No se demostraron diferencias entre PEH y CPHE en la puntuación total (22,29 ± 3,99 [20,58-23,99] vs. 21,33 ± 3,34 [19,44-23,22], $p = 0,4905$), de ansiedad (13,33 ± 2,85 [12,11-14,55] vs. 12,83 ± 2,95 [11,16-14,5], $p = 0,6356$) ni de depresión (8,95 ± 2,85 [7,73-10,17] vs. 8,5 ± 3,03 [6,79-10,21], $p = 0,6713$), respectivamente.

Conclusiones: Estos resultados muestran que los PEH tienen disminuida la CV en dominios físicos, en tanto que los C-PEH muestran alteraciones en la salud general y la función social. Este primer acercamiento permite identificar alteraciones en la CV que podrían abordarse para implementar estrategias terapéuticas en un tratamiento integral de los PEH.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar359

ASOCIACIÓN DE MARCADORES INFLAMATORIOS (PCR, VSG Y FERRITINA) EN PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA (EHM) DIAGNOSTICADOS POR EL TEST DE PUNTUACIÓN PSICOMÉTRICA DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA (PHES) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

H. M. Herrera-Martínez, E. G. Salgado-Parra, J. Guzmán-Meneses, A. Peñalé-Chávez, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: La encefalopatía hepática mínima (EHM) es una descompensación caracterizada por deterioro cognitivo en pacientes con hepatopatía crónica avanzada, por lo que su diagnóstico requiere pruebas específicas que en muchos casos suelen ser difíciles de realizar para los pacientes; dicha entidad se distingue por afectar la calidad de vida y guarda relación directa con la sobrevida. Los marcadores inflamatorios podrían tener un papel para la detección temprana de esta complicación, pero su relación no se ha establecido completamente en esta población, por lo que es motivo del estudio determinar si existe tal relación.

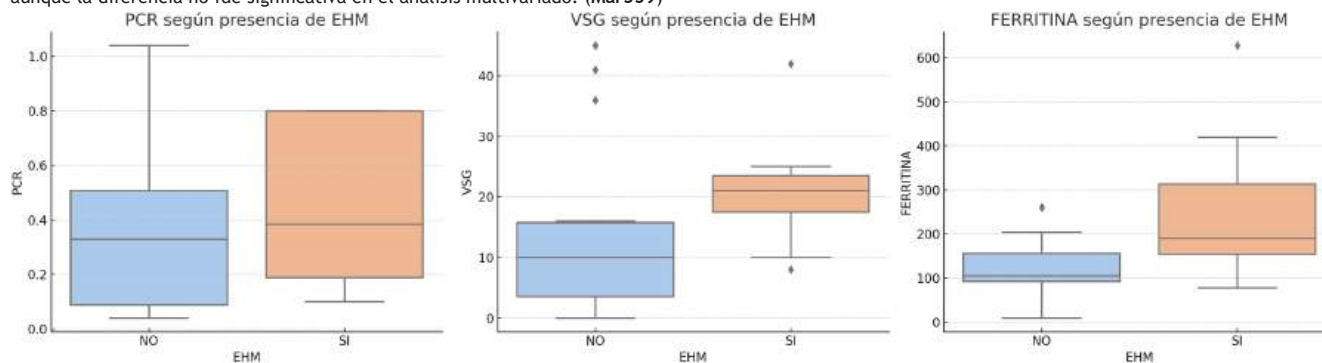
Objetivo: Determinar la relación entre marcadores de inflamación (PCR, VSG y ferritina) y la encefalopatía hepática mínima evaluada mediante el PHES en pacientes con enfermedad hepática crónica de cualquier origen.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico, prospectivo y de casos y controles en pacientes con enfermedad hepática crónica avanzada pertenecientes al Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, atendidos en consulta externa, los cuales deberían tener como principales características no haber presentado descompensación por encefalopatía hepática previamente ni contar con algún proceso infeccioso activo al momento del estudio. Se les aplicó PHES para identificar EHM, con posterior medición de las concentraciones séricas de PCR, VSG y ferritina. Con la información obtenida se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial en el programa SPSS v.26 para identificar marcadores inflamatorios vinculados con encefalopatía hepática mínima, con un valor $p < 0,05$ que se consideró significativo.

Resultados: Se incluyó a 26 pacientes con enfermedad hepática crónica de diferentes causas. La prevalencia de encefalopatía hepática mínima (EHM) fue del 34,6% (9/26). No se encontraron diferencias significativas en edad (65,6 vs. 62,2 años, $p = 0,42$) ni sexo ($p = 1,00$) entre los grupos con y sin EHM. Los pacientes con EHM mostraron valores significativamente más bajos en PHES (-5,5 vs. -1,2, $p < 0,001$). Respecto de los marcadores inflamatorios, no se reconocieron diferencias significativas en PCR (0,45 vs. 0,36 mg/dL, $p = 0,47$) ni en VSG (21,3 vs. 15,2 mm/h, $p = 0,08$), aunque esta última mostró una tendencia al alza, aunque la ferritina fue discretamente más elevada en el grupo de EHM ($p = 0,11$), sin alcanzar significación estadística (Figura 1). En el modelo de regresión logística simplificado, ninguna de las variables (PCR, VSG o ferritina) fue un predictor independiente significativo de EHM. Sin embargo, el PHES mostró excelente capacidad discriminativa para EHM, con un área bajo la curva (AUC) cercana a 1,0.

Conclusiones: En esta población ningún marcador inflamatorio fue estadísticamente significativo como predictor independiente para EHM, si bien la

Figura 1. Marcadores inflamatorios (PCR, VSG y ferritina) y su relación en pacientes con EHM; la ferritina sugiere valores más altos en pacientes con EHM, aunque la diferencia no fue significativa en el análisis multivariado. (Mar359)



ferritina registró una tendencia positiva (mayor ferritina = mayor probabilidad de EHM), aunque no alcanzó significación ($p = 0,11$), posiblemente por el tamaño de muestra limitado, por lo que debe ampliarse la población para determinar si en verdad este marcador inflamatorio tiene significancia estadística y puede ayudar a la detección temprana de EHM.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar360

EL FACTOR DE CRECIMIENTO DEL TEJIDO CONECTIVO: UN MARCADOR POTENCIAL PARA LA FIBROSIS EN COLESTASIS

J. Mejía-Ramírez, F. Higuera-de-la-Tijera, C. Guzmán-Arriaga, A. D. Santana-Vargas, C. Y. Sánchez-Sánchez, D. F. Abendaño-Rivera, V. López-Ladrón de Guevara, M. A. Díaz-Castro, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El factor de crecimiento de tejido conectivo (CTGF) es una proteína reguladora con funciones clave en diversos procesos fisiológicos y patológicos, incluida la fibrosis hepática. En el contexto de las enfermedades colestásicas como la colangitis biliar primaria (CBP), la progresión hacia la fibrosis representa una complicación significativa que modifica de forma directa el pronóstico del paciente. La activación sostenida de vías profibróticas, en las que el CTGF juega un papel central, favorece la acumulación de matriz extracelular y la alteración estructural del parénquima hepático. En los últimos años, el interés por comprender los mecanismos moleculares que subyacen a la fibrogénesis hepática ha llevado a identificar al CTGF como un mediador relevante con potencial valor diagnóstico y pronóstico

Objetivo: Establecer la correlación entre los valores séricos del CTGF mediante ELISA y el grado de fibrosis hepática determinada con elastografía de transición en pacientes con colestasis diagnosticados con colangitis biliar primaria (CBP).

Material y métodos: Estudio prolectivo, descriptivo y analítico que incluyó a pacientes con colestasis diagnosticados con CBP, pacientes con cirrosis por hepatitis C y un grupo control de sujetos sanos. Se cuantificaron los valores séricos de CTGF y el grado de fibrosis. Análisis estadístico: se compararon las medias de CTGF con un modelo univariante con la causa como factor entre grupos y el grado de fibrosis como factor intragrupal, y un nivel de significancia del 5%.

Resultados: Se incluyó a 51 pacientes con CBP, 15 VHC y 18 controles. Edad de 52 ± 4 y 73% de mujeres. El valor de la CTGF en pacientes con colestasis se incrementó a mayor grado de fibrosis. CBP (F0) $1\,342,4 \pm 669,9$; CBP (F4)

$1\,679,9 \pm 623,3$. VHC (F4) $816,3 \pm 431,6$, CT $314,1 \pm 163$. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$), entre grupos CT vs. CBP (F0); CT vs. CBP (F4), VHC (F4) vs. CBP (F4) y CT vs. VHC (F4). Véase la Figura 1.

Conclusiones: Existe relación directa entre las cifras séricas de CTGF de pacientes con colestasis y los grados de fibrosis por elastografía de transición; quizá se pueda considerar como un marcador de inducción de fibrosis en pacientes con colestasis.

Financiamiento: Parcialmente financiado por CONAHCYT (CB-221137).

Mar361

LA DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA INTRAHEPÁTICA TRANSYUGULAR REDUCE LA CARGA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA EN PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA

D. B. Lorenzo-Valle, L. I. Gallardo-González, C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegria-Ovando, F. Higuera-de-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La evolución natural de la cirrosis se caracteriza por una fase asintomática durante un periodo prolongado seguida de desarrollo progresivo de hipertensión portal. La derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) es un tratamiento utilizado para tratar las complicaciones relacionadas con la hipertensión portal, como ascitis resistente, sangrado variceal resistente e hidrotórax hepático, los cuales requieren atención médica y admisiones hospitalarias vinculadas con un peor pronóstico y menor supervivencia. Los pacientes con cirrosis descompensada requieren con frecuencia atención médica y admisiones hospitalarias, incluido el aumento de los costos de atención médica debido a hospitalización, tratamiento y pérdida de productividad, junto con un peor pronóstico, así como efectos negativos en la esperanza de vida.

Objetivo: Analizar la influencia de la derivación portosistémica intrahepática transyugular en los ingresos.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de enero de 2020 a abril de 2024 en el que se incluyó a 14 pacientes provenientes de la consulta externa de clínica de hígado. Se recopilaron características clínicas, bioquímicos y se llevó a cabo un seguimiento posterior a su colocación con evaluación médica y análisis de laboratorio.

Resultados: Entre enero de 2020 y abril de 2024 se colocaron 14 TIPS. El promedio de edad fue de $52,9 \pm 13,02$ años, con una proporción de 42,8% de hombres ($n = 6$) y 57% de mujeres ($n = 8$). Las indicaciones para la colocación del TIPS fueron en un 50% ascitis resistente, en 14,2% hemorragia variceal, en 7,1% hidrotórax, en 7,1% rescate y en 21,4% ascitis y sangrado. Antes del TIPS, la clasificación de Child-Pugh era A (21,4%), B (64,2%) y C (14,2%). El 74,3% de los pacientes tenía un MELD < 18 y el 27,3% > 18 . El promedio de ingresos hospitalarios en un seguimiento a 12 meses antes del TIPS fue de $4,5 \pm 1,6$ y luego de su colocación y seguimiento a 12 meses un promedio de $1,3 \pm 0,9$ (Figura 1). La tasa de éxito clínico del TIPS para hemorragia variceal fue de 81% y para ascitis de 66,6%. La tasa de supervivencia acumulada global fue de 92,8% a los tres meses y de 78,5% a los seis. Posterior a la colocación

Figura 1. Concentraciones séricas de CTGF y grado de fibrosis. (Mar360)

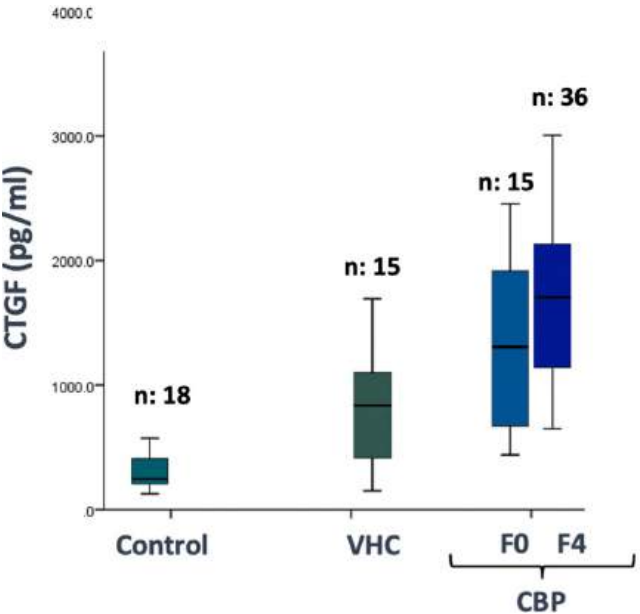
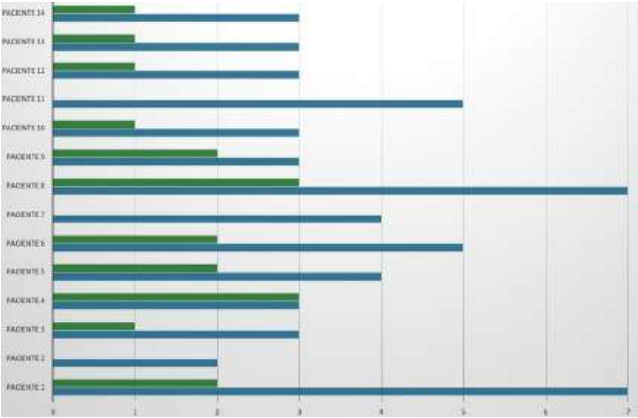


Figura 1. Ingresos hospitalarios antes y después del TIPS. (Mar361)



del TIPS, en un periodo de 12 meses, el 50% (n = 7) de los pacientes recibió trasplante hepático ortotópico.

Conclusiones: El TIPS es efectivo para reducir la presión portal en pacientes con cirrosis. La tasa de supervivencia de este centro es similar a la descrita en la bibliografía internacional. Los ingresos hospitalarios disminuyeron después del TIPS en más del 50%.

Financiamiento: Este estudio no obtuvo financiamiento.

Mar362

INCIDENCIA, MORTALIDAD Y ETIOLOGÍA DE LA FALLA HEPÁTICA AGUDA (FHA) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE NUEVO LEÓN

I. L. Rivera-Medina, M. A. Cornejo-Gutiérrez, Instituto Mexicano del Seguro Social Monterrey

Introducción: La FHA es un trastorno poco frecuente y se caracteriza por daño hepático agudo o subagudo en ausencia de antecedentes de enfermedad hepática crónica u oncológica, excepto en caso de enfermedad de Wilson, hepatitis autoinmune, síndrome de Budd-Chiari o infección por el virus de la hepatitis C. En países occidentales, la causa principal es la sobredosis de paracetamol, seguida del consumo de otras sustancias/fármacos, y en menor frecuencia por infecciones. En contraste, en países latinoamericanos la información epidemiológica es limitada y, en la mayoría de los casos, se atribuye a un factor criptogénico. En México no se han publicado cifras actualizadas en más de una década; el último artículo publicado en 2009 notificó una tasa de mortalidad de 350 casos por cada 10 000 000 habitantes.

Objetivo: Describir la incidencia, la mortalidad y la etiología de los pacientes adultos ingresados a la UMAE 25 con diagnóstico de falla hepática aguda.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico realizado en la UMAE 25. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años con diagnóstico confirmado de FHA, entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de enero del 2025.

Resultados: Se incluyó a 32 pacientes, 20 de los cuales eran mujeres (62,5%) y 12 hombres (37,5%), sin diferencia estadísticamente significativa respecto del sexo. La media de edad de la población fue de 37,09 años ($DE \pm 16,58$ años). Las causas identificadas se muestran en la **Tabla 1**. Dentro de los casos de FHA por fármacos se identificó que uno de ellos fue secundario a Diltiazem y otro a itraconazol. Durante la hospitalización fallecieron 24 pacientes, lo que representa una tasa de mortalidad del 75%.

Conclusiones: Se obtuvo mayor frecuencia de FHA en mujeres, aunque sin diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos, y en adultos jóvenes. La principal causa fue indeterminada, en concordancia con otros estudios conducidos en la población latinoamericana. La mortalidad registrada fue considerablemente elevada, una tendencia que se ha presentado en México desde 2006.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Causas de la FHA en pacientes de la UMAE 25. (Mar362)

Causas	n	%
Indeterminada	10	31,2
VHA	7	21,9
HAI	4	12,5
DILI	3	9,4
Hígado de choque	2	6,3
HILI	2	6,3
Paracetamol	2	6,3
Síndrome de oclusión sinusoidal	1	3,1
VHB	1	3,1

VHA, virus de la hepatitis A; HAI, hepatitis autoinmune; DILI, daño hepático inducido por fármacos; HILI, daño hepático inducido por herbolaria; VHB, virus de la hepatitis B.

Mar363

ASOCIACIÓN ENTRE ETIOLOGÍA DE CIRROSIS Y COMPLICACIONES VASCULARES: ANÁLISIS DE TROMBOSIS PORTAL EN UNA COHORTE MEXICANA

A. Sánchez-Araiza, L. A. Rosales-Rentería, C. Salcido-Yáñez, H. L. Romaña-Alvarado, M. S. González-Huezo, Centro Médico ISSEMyM

Introducción: Las complicaciones vasculares como la trombosis portal son frecuentes en la cirrosis hepática; sin embargo, su relación con el origen específico de la enfermedad no se ha caracterizado por completo en la población mexicana. Determinar estos patrones podría mejorar la estratificación del riesgo y la vigilancia clínica.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de trombosis portal de acuerdo con la causa de cirrosis y determinar su relación mediante razones de momios (OR) y riesgo relativo (RR) con intervalo de confianza al 95% en una cohorte mexicana.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y transversal que incluyó a 210 pacientes con cirrosis hepática atendidos en Centro Médico ISSEMyM Toluca. Se clasificaron las causas de la cirrosis en MASLD, VHC, alcohol, autoinmune (HAI/CBP/CEP) y otras. La trombosis portal se definió por hallazgos de imagen (ultrasonido o tomografía). Se calcularon proporciones de trombosis por causa y su relación mediante OR con IC95% a través de la prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se incluyó a un total de 210 pacientes con cirrosis, entre quienes la causa más frecuente fue MASLD (34,4%), seguida del virus de la hepatitis C (VHC) (25,5%), alcohol (19,3%), autoinmune (HAI/CBP/CEP) (13,7%) y otras (7,2%). La prevalencia global de la trombosis portal en la cohorte fue del 18,1% (n = 38). La mayor proporción de trombosis portal se observó en la cirrosis autoinmune en 34,3% (n = 13), seguida de MASLD en 23,7% (n = 9), VHC en 15,7% (n = 6), alcohol en 10,5% (n = 4) y otras en 15,7% (n = 6). Al comparar contra la causa por VHC como referencia, la cirrosis por hepatitis autoinmune mostró una vinculación estadísticamente significativa con trombosis portal, con una razón de momios (OR) de 3,5 (IC95%, 1,1-10,9; p = 0,03) (**Tabla 1**). Los pacientes con MASLD tuvieron una mayor prevalencia de trombosis portal con una tendencia no significativa (OR 2,1; IC95%, 0,9-4,9; p = 0,07), mientras que la cirrosis alcohólica registró un OR de 0,7 (IC95%, 0,2-2,3; p = 0,6). Por último, al agrupar MASLD y causas autoinmunes como posibles fenotipos metabólicos-inmunológicos, se observó una prevalencia conjunta de trombosis portal del 26,1% frente al 11,7% en pacientes con causas virales o alcohólicas, con un riesgo relativo (RR) de 2,2 (IC95%, 1,1-4,3; p = 0,02). Estos hallazgos sugieren una mayor propensión a complicaciones vasculares en cirrosis por hepatitis autoinmune y MASLD y destacan la necesidad de una evaluación clínica más proactiva.

Conclusiones: En esta cohorte representativa de pacientes mexicanos con cirrosis, la causa autoinmune se relacionó significativamente con una mayor prevalencia de trombosis portal, lo cual triplica el riesgo en comparación con la cirrosis por VHC. Los pacientes con MASLD mostraron una tendencia hacia un riesgo mayor, aunque sin alcanzar significación estadística. Estos hallazgos sugieren que los pacientes con cirrosis autoinmune y MASLD presentan un fenotipo vascular más vulnerable, quizás secundario a fisiopatologías independientes, factor protrombótico autoinmune en el primero y riesgo cardiovascular en el segundo, pero en todo caso caracterizado por una mayor propensión a complicaciones trombóticas, incluso con rigidez hepática en área gris que podría no predecir adecuadamente este riesgo. La identificación de estos patrones podría tener implicaciones importantes en la estratificación del riesgo y las estrategias de vigilancia; esto refuerza la necesidad de vigilancia activa para trombosis portal en estos subgrupos de pacientes. Los estudios prospectivos futuros podrán validar estas observaciones y evaluar su efecto en desenlaces clínicos.

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

Tabla 1. Probabilidad de desarrollar trombosis del eje esplenoportal con base en las causas de ECHAc. (Mar363)

Causas	OR	IC95%	Valor de p
CEP	1,3	0,6-1,5	0,34
CBP	1,9	0,8-2,6	0,09
HAI	3,5	1,1-10,9	0,03
MASLD	2,1	0,9-4,9	0,07
Alcohol	0,7	0,2-3,2	0,6
VHC	1,1	0,2-5,6	0,89

Mar364

¿CÓMO EVALUAR EL CONSUMO DE ALCOHOL? ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ALCOHÓLICA

D. M. Mercado-Herrera, E. B. Hernández-Cruz, I. B. Flores-Islas, M. Hernández-Santillán, A. Hernández-Barragán, M. Martínez-Castillo, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-de-la-Tijera, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: HIPAM, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad, Unidad de Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM

Introducción: La enfermedad hepática relacionada con el alcohol (EHA) en México posee alta morbilidad, por lo que la identificación del consumo de alcohol de riesgo (Ri) y la gravedad del trastorno por consumo de alcohol (TCA) se vuelve fundamental, ya que puede preceder a la enfermedad hepática por alcohol. Por lo tanto es indispensable el análisis conjunto de las herramientas de escrutinio y patrones de consumo de alcohol.

Objetivo: Evaluar de manera integral las herramientas de escrutinio (AUDIT), diagnóstico de TCA (DSM-5) y los patrones de consumo de alcohol (frecuencia, cantidad y tipo de bebida) en relación con los marcadores de daño hepático.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico en sujetos del Hospital General de México, clasificados mediante AUDIT y DSM-5 en riesgo (Ri), TCA leve, TCA moderado-grave, además de criterios diagnósticos de cirrosis (CiOH) y hepatitis alcohólica (HA), en comparación con controles (AUDIT < 8). Se evaluaron patrones de consumo y valores bioquímicos. El análisis se realizó con las pruebas de Kruskal-Wallis, t de Student, ji cuadrada y Bonferroni con SPSS v.22.

Resultados: Se incluyó a 1 025 participantes (69% de hombres). El consumo de alcohol superó las cinco bebidas por ocasión desde el grupo de riesgo, sin alteraciones bioquímicas en éste ni en los grupos con TCA (Tabla 1). Los patrones variaron de acuerdo con el tipo de bebida, cantidad y frecuencia de consumo: Ri y TCA leve consumían bebidas fermentadas los fines de semana; TCA moderado-grave, diario o fines de semana. Los grupos con cirrosis (CiOH) y hepatitis alcohólica (HA) mostraron un consumo diario de destilados económicos y presentaron signos clínicos y bioquímicos de EHA.

Conclusiones: Es necesaria una herramienta que integre AUDIT, DSM-5, frecuencia de consumo, cantidad (g/día y g/ocasión de alcohol), tipo de alcohol consumido y datos de daño hepático tanto clínicos como bioquímicos, para orientar al profesional de la salud en la prevención y diagnóstico de las enfermedades hepáticas vinculadas con el alcohol.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar365

DIFERENCIA ENTRE GÉNEROS EN EL DESARROLLO DE CIRROSIS POR ALCOHOL Y SUS COMPLICACIONES

K. M. Meixueiro-Olivera, J. Mejía-Ramírez, D. Santana-Vargas, A. Díaz-Castro, E. Morales-Mairena, F. Higuera-de-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El consumo de alcohol es un factor para el desarrollo de diferentes complicaciones, en particular el desarrollo de fibrosis hepática, si bien existen diferentes causas para que se establezca una fibrosis hepática avanzada. El género es una variable importante ya que las mujeres, al tener menos enzimas que metabolizan el alcohol, una distribución de grasa que incrementa la vida media del alcohol y una proporción mayor de la cantidad de estrógenos, entre otros factores, aceleran el desarrollo de la cirrosis, más aún si se combinan con otros agentes como obesidad, síndrome metabólico o infecciones crónicas por hepatitis virales. Las complicaciones de la enfermedad hepática crónica (EHC) bajo este concepto quizá puedan observarse más en el grupo de mujeres, que probablemente con una cantidad menor de consumo de alcohol desarrollen fibrosis avanzada. Por este motivo es importante explorar la diferencia entre género, el consumo de alcohol, el desarrollo de cirrosis y la presencia de sus complicaciones.

Objetivo: Analizar las diferencias en la manifestación, la progresión y la gravedad del daño hepático inducido por el consumo de alcohol entre hombres y mujeres, tras considerar factores como el gramaje de consumo y sus complicaciones relacionadas que pueden influir en la susceptibilidad y el desarrollo de enfermedades hepáticas. Este proyecto busca identificar el desarrollo de fibrosis avanzada y comparar el daño en mujeres respecto de los hombres de acuerdo con el gramaje por día y tipo de consumo que supone para cada individuo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y analítico de pacientes con consumo riesgoso de alcohol (AUDIT > 8 puntos), que evaluó los gramos de alcohol y la fibrosis hepática. Se crearon dos grupos, hombres y mujeres, para evaluar el daño hepático y el desarrollo de complicaciones entre los géneros. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión; para la comparación de grupos se empleó ji cuadrada con una p significativa = 0,001.

Resultados: Se incluyó a un total de 303 pacientes con diagnóstico confirmado de EHC avanzada por ALD, con 133 (43,9%) mujeres y 170 (56,1%) hombres. El consumo promedio de alcohol en mujeres fue de 185,9 ± 218,9 gramos/día, en tanto que en los hombres fue mayor, con un promedio de 275,3 ± 186,7 gramos/día, y se concluyó que ambos tenían la misma gravedad de fibrosis: F4, es decir, cirrosis. A pesar de la menor exposición alcohólica, la tasa de mortalidad en mujeres fue de 31,6% (42/133), en contraste con un 15,3% (26/170) en hombres. Esto representa más del doble de mortalidad en mujeres, lo cual sugiere mayor susceptibilidad al daño hepático inducido por alcohol. Al analizar las complicaciones se identificó una mayor frecuencia en mujeres para todas las manifestaciones: 47,4% sufrió hemorragia digestiva alta, 42,1% ascitis, 58,6% encefalopatía hepática, 66,9% ictericia, 37,6% lesión renal aguda y 29,3% ACLF. Los hombres desarrollaron HTDA (41,8%), ascitis (36,5%), encefalopatía (35,9%), ictericia (42,4%), lesión renal aguda (17,1%) y (ACLF 13,5%).

Conclusiones: El consumo de alcohol en mujeres mexicanas se relaciona con una mayor susceptibilidad al daño hepático aun cuando la ingestión es significativamente menor en comparación con los hombres. Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de una vulnerabilidad biológica diferencial en las mujeres ante el daño hepático inducido por alcohol, expresada no sólo en mayor carga de complicaciones, sino también en una mortalidad que duplica la observada en hombres. La magnitud de esta disparidad de género resalta la necesidad de una prevención específica, estrategias de diagnóstico y tratamiento con enfoque diferenciado por género, orientados a mitigar el efecto del consumo de alcohol en la salud hepática de las mujeres.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Distribución poblacional por grupos, pruebas de escrutinio de consumo de alcohol y diagnóstico de TCA (DSM-5 y AUDIT). Resultados de gramos de consumo de alcohol por día y por ocasión por grupo. (Mar364)

Variable	Control (CT)	Riesgo (Ri)	TCA leve	TCA moderado-grave	Hepatitis OH	Cirrosis
N	558	82	49	114	121	102
AUDIT	< 8	> 8	> 8	> 8	> 8	> 8
DSM-5	0	0	2 a 3 criterios	> 4 criterios	> 6 criterios	> 6 criterios
Sexo (%)	F 42,65 M 57,35	F 20,73 M 79,27	F 22,45 M 77,55	F 22,81 M 77,19	F 8,82 M 91,18	F 7,44 M 92,56
gOH/ocasión	42,06 ± 2,28 F 31,8 M 49,3	122,42 ± 10,35 F 93,38 M 98,38	138,50 ± 14,19 F 123,43 M 142,8	249,93 ± 23,90 F 101,1 M 285	392,17 ± 30,43 F 169,1 M 335,0	322,69 ± 22,83 F 353,2 M 396,3
gOH/día	2,22 ± 0,19 F 1,5 M 5,5	19,40 ± 2,81 F 17,3 M 20,2	34,76 ± 8,13 F 33,69 M 35,0	156,76 ± 22,42 F 97,3 M 188,5	365,96 ± 28,42 F 111,8 M 282,9	270,25 ± 18,78 F 142,1 M 389,9

Mar366

EXPERIENCIA CLÍNICA CON SIROLIMUS EN PACIENTES POSTRASPLANTADOS DE HÍGADO POR ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

M. F. Hernández-Torres, A. Tovar-Durán, Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Las enfermedades hepáticas autoinmunes pueden progresar a cirrosis o descompensación y al final requerir trasplante hepático. La inmunosupresión posterior al trasplante se basa principalmente en el uso de tacrolimus en monoterapia o en coadyuvancia con otros inmunosupresores. La exposición a los inhibidores de calcineurina se ha vinculado con lesión renal aguda, enfermedad renal crónica, neoplasias y enfermedades cardiovasculares, por lo que el uso de sirolimus o everolimus es una opción atractiva. Actualmente en México no se cuenta con everolimus y la FDA no ha aprobado el uso del sirolimus.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de rechazo agudo y efectos adversos relacionados con el uso de sirolimus como tratamiento inmunosupresor principal en receptores de trasplante hepático por hepatopatías autoinmunes.

Material y métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectiva. Se incluyó a pacientes postrasplantados por hepatopatía autoinmune con uso de sirolimus como inmunosupresor principal en un periodo de enero de 2004 a mayo de 2025 en el Hospital de Especialidades UMAE No. 25 del IMSS. Se recabaron los efectos adversos más frecuentes y el rechazo agudo del injerto se definió como la elevación de enzimas hepáticas con respuesta favorable al ajuste inmunosupresor o con biopsia hepática. Los análisis estadísticos se condujeron con el software SPSS versión 29.0 (IBM SPSS Statistics).

Resultados: Se incluyó a 14 pacientes con edades de 29 a 75 años. De ellos, 10 (71,4%) habían recibido trasplante por HAI, 2 (14,2%) por síndrome de superposición HAI/CBP y 1 (7,1%) por síndrome de sobreposición HAI/CEP. En cuanto al esquema inmunosupresor, 9 (64,3%) recibieron sirolimus y prednisona, 3 (21,4%) sirolimus y ácido micofenólico y 2 (14,3%) sirolimus, prednisona y ácido micofenólico. El cambio de inhibidor de calcineurina a sirolimus se realizó en promedio 7,5 años antes del análisis. Se documentaron cinco casos (35,7%) de rechazo del injerto, de los cuales tres se confirmaron mediante biopsia con hallazgos de rechazo agudo leve. Entre estos casos, 3 (60%) recibían sirolimus y esteroide y 2 (40%) estaban bajo esquema triple (sirolimus, prednisona y ácido micofenólico). Sólo un paciente (7,1%) sufrió recurrencia de la enfermedad autoinmune. Los efectos adversos más frecuentes fueron hipertrigliceridemia en un 64,3%, seguida de hipercolesterolemia en 57,1% y anemia en 28,6%, mientras que las neoplasias *de novo* y el deterioro de la función renal sólo se notificaron en un 7,1%. No se informaron episodios tromboembólicos o reacciones dermatológicas relevantes.

Conclusiones: Este estudio registró una tasa de rechazo de aloinjerto de 35,7% y un 7,1% de recurrencia de la enfermedad en un periodo promedio de 7,5 años durante el tratamiento con sirolimus como inmunosupresor principal; asimismo, los efectos adversos más identificados fueron dislipidemia y anemia, con una tasa baja documentada de neoplasias *de novo* y deterioro de la función renal. Esta información permite considerar este fármaco como una opción segura, sin mayor riesgo de rechazo agudo o pérdida del injerto en esta población.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar367

USO DE ALBÚMINA EN DOSIS SUBÓPTIMA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA DESCOMPENSADA

A. P. Escobedo-Zúñiga, F. Higuera-de-la-Tijera, J. Mejía-Ramírez, A. Galindo-Félix, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los pacientes con enfermedad hepática crónica muestran una disminución de la síntesis de albúmina, proteína con propiedades coloidosmóticas, inmunomoduladoras y antiinflamatorias. Su administración resulta beneficiosa en diversas alteraciones clínicas, como ascitis de grado III o peritonitis bacteriana espontánea (PBE).

Objetivo: Determinar el curso clínico y las posibles complicaciones del uso de dosis subóptimas de albúmina en pacientes con enfermedad hepática crónica descompensada por ascitis de grado III o peritonitis bacteriana espontánea (PBE).

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional en forma de serie de casos, en el que se incluyó a 30 pacientes durante un periodo de seis meses con indicación de administración de albúmina. Se aplicaron dosis subóptimas debido a su disponibilidad limitada, previo consentimiento informado. Se excluyó a los pacientes con lesión renal. Se empleó estadística descriptiva para el análisis de datos. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas; para las variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se incluyó a 30 pacientes, 10 hombres (33,33%) y 20 mujeres (66,66%). Hasta 22 casos (73,33%) tenían diagnóstico de ascitis de grado III y 8 de PBE (26,66%). La dosis administrada fue de 4 a 6 gramos por litro en casos de paracentesis de gran volumen y 1 g/kg en los días 1 y 3 para peritonitis bacteriana espontánea, lo que representa 25 a 33,34% menos de lo recomendado por las guías clínicas actuales. Como se puede observar en la Tabla 1, ninguno de los 22 pacientes con ascitis de grado III sufrió disfunción circulatoria posterior a paracentesis de gran volumen. En cuanto al grupo de pacientes con PBE, siete de los casos respondieron al tratamiento y no mostraron lesión renal aguda (87,5%).

Conclusiones: El uso de dosis subóptima de albúmina no reveló repercusiones clínicas importantes en esta serie de casos. No obstante, se requiere la realización de protocolos clínicos formales en la población para evaluar la efectividad y seguridad de distintas dosis de albúmina y optimizar así su uso según la disponibilidad y necesidad clínica.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Resultados del uso subóptimo de albúmina. (Mar367)

Sexo	Frecuencia (n = 30)	%
Mujeres	20	66,66
Hombres	10	33,33
Pacientes con diagnóstico de ascitis de grado III		
Pacientes sin disfunción circulatoria	22	100
Pacientes con diagnóstico de PBE		
Sin lesión renal y respuesta a tratamiento	7	87,5
Con lesión renal	1	12,5

Mar368

HALLAZGOS HISTOLÓGICOS Y COMPORTAMIENTO SEROLÓGICO EN SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE HEPATITIS AUTOINMUNE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. P. Escobedo-Zúñiga, F. Higuera-de-la-Tijera, J. Mejía-Ramírez, A. Galindo-Félix, M. B. Jourdan-Rodríguez, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El diagnóstico de hepatitis autoinmune (HAI) requiere la combinación de criterios clínicos, hallazgos serológicos, exclusión de otras causas hepáticas y características histológicas. La variabilidad de los hallazgos histológicos depende de la experiencia del patólogo o del centro hospitalario; sin embargo, desafortunadamente en este país no siempre se cuenta con disponibilidad para la realización de una biopsia hepática como complemento esencial para el diagnóstico de esta anomalía, por lo que es importante analizar la relación entre hallazgos de laboratorio e histopatológicos para determinar el comportamiento en los casos confirmados.

Objetivo: Describir los principales hallazgos histológicos en pacientes con sospecha de hepatitis autoinmune, así como el comportamiento serológico en hallazgos típicos.

Material y métodos: Este estudio retrospectivo, descriptivo y observacional incluyó a 300 pacientes con sospecha de HAI y realizó un análisis de los sujetos que contaban con resultados de biopsia hepática (89). Para el análisis se efectuó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central

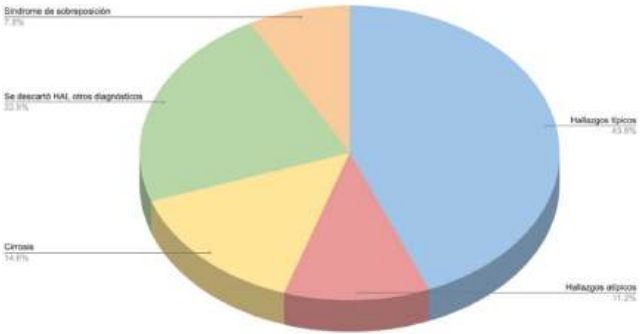
y dispersión para variables cuantitativas; para las variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se incluyó a 300 pacientes, de los cuales 89 contaban con resultado de biopsia hepática, como se muestra en **Figura 1**. Sólo 39 (43,82%) mostraron hallazgos histológicos típicos de HAI, como hepatitis de interfaz e infiltrado plasmocitario. Un total de 10 casos (8,9%) reveló hallazgos atípicos, como colangitis linfocítica y 7 (6,23%) presentaron síndrome de sobreposición. En 13 (11,57%) se encontró cirrosis y la MASLD fue la causa más frecuente. En 20 (17,8%) casos se descartó HAI y se identificaron otros diagnósticos, entre ellos colangitis biliar primaria y esteatohepatitis y en dos casos se presentaron biopsias normales. En el grupo de pacientes con hallazgos de biopsia típicos, la correlación serológica-histológica más significativa ocurrió en 34 pacientes que tuvieron títulos elevados de anticuerpos antinucleares ($> 1:80$) (87,17%) y en 35 (89,74%) que mostraron IgG elevada ($> 1,1$ veces el valor normal); además, en cinco pacientes se identificaron anticuerpos antinucleares $< 1:80$ o fueron negativos (12,83%).

Conclusiones: La biopsia hepática es imprescindible en el diagnóstico de HAI; en esta cohorte, sólo en la mitad de los pacientes se confirmó el diagnóstico y se identificaron los hallazgos serológicos positivos más relevantes: títulos elevados de anticuerpos antinucleares ($> 1:80$) e IgG elevada $> 1,1$ veces el valor normal; de igual manera, es importante considerar otras afecciones diferentes de HAI dentro de los diagnóstico diferenciales.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Figura 1. Hallazgos histológicos de biopsias hepáticas en pacientes con sospecha de hepatitis autoinmune. (Mar368)



Mar369

PREVALENCIA DE FRAGILIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y SU RELACIÓN CON MORTALIDAD Y HOSPITALIZACIONES

H. Cabrera-Larios, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La cirrosis hepática, la etapa final de todas las enfermedades que dañan al hígado, es una enfermedad crónica y un término histológico; se caracteriza por la aparición de nódulos de regeneración sin una organización lobular normal y rodeados de tejido fibroso que culmina en descompensaciones y muerte. La fragilidad es un síndrome multidimensional crónico reconocible por la disminución de la reserva fisiológica y una mayor vulnerabilidad a los estresores de salud. Desde hace algunos años han surgido varios estudios que indican que entre mayor fragilidad existe mayor riesgo de mortalidad.

La fragilidad es una alteración prevalente que afecta la calidad de vida y la supervivencia. Actualmente no se encuentran en México programas estructurados de rehabilitación física, por lo que implementar programas de ésta podrá mejorar los desenlaces clínicos de esta población.

Objetivos: Describir la prevalencia de fragilidad en la población del INCM-NSZ y su relación con hospitalizaciones y mortalidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico de un centro único. La información se obtuvo del archivo clínico institucional y de la revisión de los expedientes electrónicos. Los criterios de inclusión fueron: todo paciente mayor de 18 años con diagnóstico confirmado de cirrosis hepática mediante criterios clínicos, laboratoriales o de gabinete atendidos en la clínica de hepatología de 2019 a 2020.

Para calcular la fragilidad se usó la herramienta LFI (*Liver frailty index*). Se midieron los siguientes tres parámetros: fuerza de prensión de la mano dominante en tres ocasiones, tiempo para levantarse de una silla en cinco ocasiones y equilibrio en tres posiciones medido en segundos. Se usaron los siguientes puntos de corte: $< 3,2$ robusto, 3,2-4,4 prefrágil y $> 4,5$ frágil. Los resultados se insertaron en la calculadora en línea en la siguiente página: <https://liverfrailtyindex.ucsf.edu/>

Resultados: Los resultados indican una prevalencia de fragilidad de 53,6%; no se encontró a pacientes robustos. La edad media fue de 55,6 años, con predominio femenino (59%); 49% correspondió a Child-Pugh B, MELD promedio de 14,50 y MELD-Na de 16,4, los cuales descendieron tras un año a 13,6 y 15,1, respectivamente. La causa predominante fue criptogénica (37,8%), seguida de la viral (27,3%). En cuanto a las descompensaciones, 43,2% mostró ascitis y 15,7% encefalopatía hepática de grados 1 y 2. La puntuación de LFI media fue de 4,36, que se clasifica como prefrágil. El ángulo de fase (AF) promedio fue de 4,8 y ello se clasifica como desnutrición. En cuanto a las puntuaciones de dinamometría, el promedio fue de 16,6, que se clasifica como sarcopenia. En el análisis bivariado de los pacientes que fallecieron contra los que no fallecieron a un año se observó que clasificarse como Child-Pugh C, sufrir fragilidad y tener hospitalizaciones se relacionó de manera significativa con mayor riesgo de mortalidad. En el análisis bivariado de pacientes con cirrosis hepática en esta cohorte se advirtió que los sujetos con Child-Pugh C y los que tuvieron mayor mortalidad y hospitalizaciones son los que registraron mayor riesgo de ser frágiles (**Tabla 1**).

Conclusiones: Se identificó una elevada prevalencia de fragilidad en esta población. La presencia de fragilidad medida mediante LFI fue un predictor independiente de hospitalizaciones y mortalidad a un año; ésta es una herramienta sencilla, ampliamente validada y eficaz para identificar tempranamente a pacientes con cirrosis y fragilidad. Implementar programas de rehabilitación física en este grupo de pacientes basados en la identificación de fragilidad, sarcopenia y desnutrición podrá mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad y las hospitalizaciones.

Financiamiento: Este estudio no contó con financiamiento.

Tabla 1. Análisis bivariado entre el *Liver frailty index* (LFI) y las variables clínicas en pacientes con cirrosis hepática ($n = 90$). La fragilidad se relacionó significativamente con mayor proporción de pacientes Child-Pugh C, mayor mortalidad a un año y mayor frecuencia de hospitalizaciones. No se hallaron diferencias significativas por sexo o causa. El análisis se realizó con la prueba ji cuadrada; se resalta en negritas el valor de $p < 0,05$. (Mar369)

Variables demográficas	General n = 90	Frágil n = 51	Prefrágil n = 39	p bivariada
Sexo, hombre	38 (42,2%)	22 (43,1%)	16 (41%)	p = 1,00
Causas				
Criptogénica	34 (37,8%)	20 (39,2%)	14 (36%)	p = 0,918
Alcoholismo	10 (11,1%)	6 (11,8%)	4 (10,2%)	p = 1,00
Viral	24 (26,7%)	12 (23,5%)	12 (30,8%)	p = 0,597
Autoinmune	17 (18,9%)	10 (19,6%)	7 (17,9%)	p = 1,00
Otras	5 (5,6%)	3 (5,9%)	2 (5,1%)	p = 1,00
Child				
A	21 (23,3%)	9 (17,6%)	12 (30,7%)	p = 0,248
B	43 (47,8%)	20 (39,2%)	23 (59%)	p = 0,118
C	25 (27,8%)	21 (41,2%)	4 (10,3%)	p = 0,001
Descompensaciones				
Ascitis	40 (44,4%)	27 (52,3%)	13 (33,3%)	p = 0,105
Encefalopatía	15 (16,7%)	11 (21,6%)	4 (10,3%)	p = 0,276
Mortalidad	8 (8,9%)	8 (15,7%)	0 (0%)	p = 0,04
Hospitalizaciones	28 (31,1%)	21 (41,2%)	7 (18%)	p = 0,033
Ingreso a UTI	8 (8,9%)	6 (11,8%)	2 (5,1%)	p 0,480

Mar370

EVALUACIÓN COMPARATIVA DEL ÍNDICE GPR PARA LA DETECCIÓN DE CIRROSIS EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO FRENTE A ÍNDICES CONVENCIONALES

F. A. Pérez-Cárdenas, F. Higuera-de-la-Tijera, J. Mejía-Ramírez, F. X. Balarezo-Arias, C. E. Coronel-Castillo, N. F. Córdoba-Valenzuela, A. I. García-Ureña, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática autoinmune crónica con evolución natural hacia la colestasis, fibrosis y al final cirrosis. Las guías actuales recomiendan la estratificación no invasiva mediante índices séricos como APRI y FIB-4. El índice GPR se ha propuesto recientemente. La bibliografía disponible sobre el uso del índice GPR en pacientes con CBP que evalúe la capacidad predictiva de la fibrosis hepática es limitada. Este estudio analiza la relación entre el GPR y su utilidad para detectar cirrosis, con uso de métodos de imagen como referencia diagnóstica, en busca de aportar evidencia sobre su aplicabilidad en este contexto.

Objetivo: Comparar la capacidad diagnóstica de GPR y GPR ajustado frente a APRI y FIB-4 para identificar cirrosis diagnosticada por imagen (USG o TAC) en pacientes con CBP.

Material y métodos: Se incluyó a 56 pacientes con CBP confirmada por criterios AASLD, divididos en dos grupos: 28 con cirrosis y 28 sin cirrosis según hallazgos de USG o TAC. Tipo de estudio: retrospectivo, transversal, observacional y analítico. Variables analizadas: edad, AST, ALT, GGT, plaquetas. Análisis estadístico: se elaboraron curvas ROC para cada índice y se determinaron el AUC y el punto de corte óptimo mediante el índice de Youden. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN), todos con intervalo de confianza al 95% calculados con el método de Wilson para proporciones. Los IC95% de la AUC se derivaron mediante la aproximación de Hanley y McNeil. Además, se compararon las AUC de los distintos índices entre sí mediante la prueba de DeLong para curvas ROC emparejadas. También se evaluó, para cada índice, si su AUC era significativamente superior a 0,5 (valor esperado por azar), mediante la fórmula de Hanley y McNeil. Se consideró significativa una $p < 0,05$. Todos los estimadores se expresan con su intervalo de confianza al 95%.

Resultados: FIB-4: punto de corte 6,084, AUC 0,69, sensibilidad 46%, especificidad 86%, VPP 76%, VPN 62%. APRI: punto de corte 1,094, AUC 0,57, sensibilidad 64%, especificidad 50%, VPP 55%, VPN 56%. GPR: punto de corte 0,377, AUC 0,60, sensibilidad 96%, especificidad 11%, VPP 52%, VPN 75%. GPR ajustado: punto de corte 0,754, AUC 0,61, sensibilidad 96%, especificidad 11%, VPP 5 %, VPN 75%. Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: El FIB-4 mostró el mejor rendimiento general (AUC y especificidad) para confirmar cirrosis en CBP. El GPR y GPR normalizado alcanzaron sensibilidades $> 95\%$ y se posicionaron como herramientas de tamizaje para descartar cirrosis. El uso combinado de ambos índices podría optimizar la estratificación clínica: GPR para tamizaje inicial y FIB-4 para confirmar cirrosis antes de solicitar estudios de extensión.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar371

DESENLACES CLÍNICOS DE HEMORRAGIA VARICEAL EN CIRROSIS: EVALUACIÓN DE MORTALIDAD Y RESANGRADO

R. M. Ruiz-Ravelo, G. A. Román-Lugo, J. Pérez-Sánchez, A. E. Chavarín-Meza, L. R. Antuna-Villaseñor, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La hemorragia variceal (HV), considerada como una descompensación grave del paciente cirrótico, representa alrededor del 70% de los casos de hemorragia gastrointestinal aguda alta, el 65 a 70% por várices esofágicas y el 10 a 36% por várices gástricas. Requiere tratamiento médico y endoscópico temprano para prevenir el resangrado y la mortalidad. El resangrado es más frecuente en los primeros cinco días, es el factor más relacionado con mortalidad y se ha informado una frecuencia hasta de 20% a las seis semanas; la mortalidad se presenta en 10 a 15% de los casos de HV a las seis semanas, pero varía acorde a la clase funcional, alcanza el 30% en pacientes con Child-Pugh-Turcotte (CPT) C y hasta 35% en aquéllos en profilaxis secundaria. El registro y la información de la mortalidad por HV en pacientes con cirrosis en México es escaso, por lo cual es importante fortalecer y ampliar la información en este país.

Objetivo: Describir la mortalidad, la mortalidad en resangrado y las características demográficas en pacientes con cirrosis hepática y HV en un centro de tercer nivel que cuenta con tratamiento médico y endoscópico las 24 horas para la atención del paciente de acuerdo con las guías y los consensos internacionales.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de pacientes con cirrosis hepática tratados por el servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI con HV quienes recibieron atención endoscópica y con vasopresor entre junio de 2022 y junio de 2025. Según fueran el tipo de variable y la distribución de datos (Shapiro-Wilk), los resultados se presentaron en medianas, rangos intercuartílicos, medias y desviaciones estándar. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes. El análisis estadístico utilizó las pruebas de Fisher o ji cuadrada acorde a la cantidad de datos y se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 131 pacientes; predominó el sexo femenino (59,5%), la edad media fue de $56,1 \pm 11,9$ y la causa más común fue MASLD con 45,8%, seguida de CBP con 12,2% y MetALD con 9,9%. La mediana de MELD 3.0 fue de 15,5 (12-20) y la de CPT de 7 (6-9) puntos. La mediana de días de estancia intrahospitalaria fue de 6 (5-8) días. El resto de las características demográficas se describe en la **Tabla 1**. Al ingreso se identificaron ascitis de grado 2 en 50,4%, encefalopatía hepática en 16,8% y LRA en 10,5%. Hasta 67,2% de los pacientes se encontraba en profilaxis secundaria: propranolol (57,2%) y carvedilol (9,9%). El 90,8% recibió terlipresina y el resto octreótida. En 28 pacientes se observaron várices pequeñas acorde a Baveno VII y várices grandes en 97 (74,6%). De acuerdo con la clasificación de Sarin: 43 pacientes presentaron GOV1, 45 con GOV2; 5 IGV-1 y 5 IGV-2. En 35 pacientes se necesitó obliteración con cianoacrilato y en uno TIPS. Durante el seguimiento a seis semanas 19 (14,5%) resangraron, de los cuales 3 (15,7%) fallecieron; en general, la mortalidad fue de 8 (6,1%) pacientes, de los que el 45,45% (5) cursó con ACLF de grado 3. Se categorizó a MELD 3.0 en tres grupos, 0-9, 10-18, > 18 y se encontró diferencia en los grupos respecto de la mortalidad ($p = 0,0024$). Se comparó la mortalidad acorde a la clase funcional con CPT con significancia estadística ($p = 0,0009$); de los pacientes que resangraron ($n = 19$) fallecieron tres y el resangrado se relacionó con mayor mortalidad ($p < 0,001$).

Conclusiones: La mortalidad a seis semanas en esta cohorte fue inferior a la notificada en estudios internacionales. Se identificó un predominio del sexo femenino y MASLD en pacientes cirróticos con hemorragia variceal. Una mayor puntuación en las escalas CPT y MELD 3.0, así como experimentar un episodio de resangrado a las seis semanas, se vincularon significativamente con mayor mortalidad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Desempeño diagnóstico de índices no invasivos para detección de cirrosis en pacientes con CBP. Elaboración propia. (Mar370)

Índice	Punto de corte óptimo (Youden)	Sensibilidad (IC95%)	Especificidad (IC95%)	VPP (IC95%)	VPN (IC95%)	AUC (IC95%)	Valor de p
APRI	1,094	0,64 (0,46-0,79)	0,50 (0,33-0,67)	0,55 (0,39-0,72)	0,56 (0,39-0,76)	0,55 (0,40-0,70)	0,504
FIB-4	6,084	0,46 (0,30-0,64)	0,86 (0,69-0,94)	0,76 (0,53-0,90)	0,62 (0,46-0,75)	0,69 (0,55-0,83)	0,009
GPR	0,377	0,96 (0,82-0,99)	0,11 (0,04-0,27)	0,52 (0,39-0,65)	0,75 (0,30-0,95)	0,46 (0,31-0,61)	0,581
GPR ajustado	0,754	0,96 (0,82-0,99)	0,11 (0,04-0,27)	0,52 (0,39-0,65)	0,75 (0,30-0,95)	0,46 (0,31-0,61)	0,581

Tabla 1. Características demográficas y mortalidad de los pacientes cirróticos que presentaron hemorragia del tubo digestivo variceal. *Pacientes con cirrosis hepática secundaria a infección por el virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C, colangitis esclerosante primaria, hepatitis autoinmune, síndrome de Budd-Chiari, colangitis esclerosante secundaria, causa no filiada y síndromes de sobreposición hepatitis autoinmune con colangitis biliar primaria. (Mar371)

Variable	n = 131
Género (femenino)	78 (58,2)
Edad (años, mediana, DE)	56,1 ± 11,9
IMC (mediana, RIQ)	25,9 kg/m ² (23,3-28,9)
Causas de la cirrosis hepática	
MASLD	60 (45,8%)
CBP	16 (12,2%)
MetALD	13 (9,92%)
ALD	10 (7,63%)
Otras*	32 (24,42%)
MELD 3.0 (mediana, RIQ)	15,5 (12,0-20,0)
Child-Pugh-Turcotte (mediana, RIQ)	7 (6-9)
Comorbilidades	
DM2	56 (42,74%)
HAS	37 (28,2%)
Tabaquismo	49 (37,4%)
Betabloqueo	88 (67,2%)
Propranolol	75 (57,2%)
Carvedilol	13 (9,92%)
Resangrado	19 (14,5%)
Mortalidad	
Mortalidad en resangrado	3
MELD 3.0	
0-9	0
10-18	1
Mayor a 18	7
Child-Pugh-Turcotte	
A (5-6 puntos)	1
B (7-9 puntos)	3
C (10 puntos en adelante)	4

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.

Mar372

TASA DE RESPUESTA AL ÁCIDO URSODESOXICÓLICO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA: FACTORES ASOCIADOS Y UTILIDAD DE CRITERIOS CLÍNICOS

J. S. Rodríguez-Martínez, F. D. Martínez-Sánchez, N. H. Serrano-Pérez, B. Pérez-Fuentes, A. Telez-Cuatlatl, J. Córdova-Gallardo, Hospital General Manuel Gea González

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática autoinmune crónica caracterizada por destrucción progresiva de los conductos

biliares intrahepáticos. El tratamiento de primera línea es el ácido ursodesoxi-cólico (UDCA), el cual mejora los parámetros bioquímicos, retrasa la progresión y aumenta la supervivencia. Sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes no alcanza una respuesta adecuada, lo que se ha relacionado con un peor pronóstico. La evaluación temprana con criterios validados permite identificar casos con mal pronóstico y elegibles para tratamiento adicional. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo vinculados con la respuesta subóptima al UDCA en pacientes con CBP, según parámetros bioquímicos y criterios validados. **Material y métodos:** Estudio longitudinal y retrospectivo en pacientes con CBP tratados con UDCA (dosis de 13-15 mg/kg/día) con seguimiento ≥ 12 meses. Se incluyó a todos los pacientes atendidos en la consulta de hepatología y medicina interna de enero de 2023 a junio de 2025. Se evaluó la respuesta mediante los criterios de Ehime y Rochester (seis meses) y París II, Rotterdam, y Barcelona (12 meses). **Resultados:** Se incluyó a 86 pacientes; 88,4% correspondió a mujeres, con edad promedio de 56 ± 8 años e IMC medio de 26,96 ± 3 kg/m²; 32,6% presentaba esclerosis sistémica, 4,7% hepatitis autoinmune, 18,6% hipotiroidismo, 55,8% dislipidemia, 34,9% hipertensión portal, 53,5% fibrosis leve y 17,4% fibrosis avanzada. Los parámetros bioquímicos basales promedio fueron: FA 347 ± 93 UI/L, GGT 282 ± 85 UI/L, AST 93 ± 19 UI/L, ALT 76 ± 35 UI/L, y BT 2,29 ± 1 mg/dL; se calcularon las escalas FIB-4 (6,0 ± 2), MELD 3.0 (12,21 ± 3) y Mayo PBC (6,41 ± 1). A los seis meses disminuyeron los parámetros bioquímicos y las escalas FIB-4 (5,51 ± 3), MELD 3.0 (11,74 ± 2) y Mayo PBC (6,3 ± 2). Los pacientes con fibrosis avanzada registraron una tasa de respuesta subóptima (10,1%, p = 0,009). En general, la tasa de respuesta fue similar por criterios de Ehime (81,2%) y Rochester (80%). A los 12 meses, los pacientes mostraron aumento de la FA, FIB-4 (5,63 ± 4) y MELD 3.0 (12,43 ± 3), mientras que Mayo PBC decreció (6,16 ± 2). Infortunadamente, no hubo diferencia significativa entre pacientes con y sin fibrosis hepática; ambos grupos redujeron la tasa de respuesta. Se aplicaron los criterios de París II (32,9%), Barcelona (50,6%) y Rotterdam (44,7%) (Tabla 1). Aunque frecuentes, no se identificaron relaciones estadísticamente significativas para respuesta subóptima entre la puntuación en las escalas FIB-4, MELD 3.0, Mayo PBC y las comorbilidades presentes; sin embargo, se observó que, a mayor grado de fibrosis, menor tasa de respuesta, lo cual se mantuvo con el paso del tiempo. Entre los criterios a seis y 12 meses hubo concordancia moderada. La necesidad de tratamiento de segunda línea fue de 19,4% a seis meses y de 57,2% a 12 meses. **Conclusiones:** El tratamiento con UDCA en CBP mostró una respuesta globalmente favorable. Los criterios tempranos permitieron identificar a pacientes con respuesta subóptima en los primeros seis meses, lo cual destaca su utilidad clínica para una intervención temprana. El grado de fibrosis fue el factor con mayor efecto en la tasa de respuesta, lo que destaca la importancia de la evaluación continua en esta población. La concordancia moderada entre criterios utilizados evidencia la complejidad del abordaje; se observó que uno de cada cinco pacientes requerirá una reevaluación temprana y tratamiento de segunda línea a los seis meses, lo que aumenta más de 50% al primer año. Este estudio respalda la necesidad de la evaluación periódica de la respuesta bioquímica, uso combinado de criterios clínicos y detección temprana de riesgo de progresión para optimizar el control terapéutico. **Financiamiento:** Este protocolo no dispuso de financiamiento.

Mar373

FACTORES ASOCIADOS A LESIÓN RENAL AGUDA Y SU IMPACTO CLÍNICO EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y SANGRADO VARICEAL

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

Introducción: La lesión renal aguda (LRA) es una complicación frecuente en pacientes con cirrosis y sangrado variceal, vinculada con mayor mortalidad y estancia hospitalaria. Este estudio evalúa los factores relacionados con la LRA y su efecto clínico en este contexto. **Objetivo:** Evaluar los factores relacionados con el desarrollo de lesión renal aguda en pacientes con cirrosis hepática y sangrado variceal, así como su nexo con mortalidad intrahospitalaria y estancia hospitalaria. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal y observacional. Se incluyó a 131 pacientes con cirrosis hepática y sangrado variceal activo,

Tabla 1. Tasa de respuesta bioquímica y perfil analítico en pacientes con CBP tratados con UDCA. (Mar372)

Tiempo de tratamiento	Criterio	Respuesta al UDCA		Valor p	IC95%	
		No respondedores	Sí respondedores		Inferior (%)	Superior (%)
6 meses	Ehime (%)	18,8	81,2	0,925	72,5	88
	Rochester (%)	20	80	0,065	71,2	87,1
	FA media (UI/L)	218 ± 80	320 ± 35	0,252	194,28	213,72
	GGT media (UI/L)	260 ± 100	150 ± 48	0,050	165,28	182,72
	ALT media (UI/L)	93 ± 12	50 ± 19	0,104	72,20	77,80
	AST media (UI/L)	70 ± 15	66 ± 8	0,816	66,36	71,64
	BT media (mg/dL)	1,52 ± 1	2,69 ± 1	0,311	2,67	2,81
	Sin fibrosis	44,9	55,1	0,006	1,892	2,356
	Fibrosis leve	65,2	34,8	0,004	2,912	258,387
	Fibrosis avanzada	89,9	10,1	0,009	1,526	19,310
12 meses	París II	67,1	32,9	0,001	23,3	43,9
	Barcelona	49,4	50,6	0,565	39,7	61,4
	Rotterdam	55,3	44,7	0,001	34,1	55,7
	FA media (UI/L)	290 ± 30	350 ± 40	0,371	227,92	240,08
	GGT media (UI/L)	220 ± 180	122 ± 86	0,040	138,08	149,92
	ALT media (UI/L)	71 ± 11	42 ± 10	0,064	51,47	54,53
	AST media (UI/L)	54 ± 12	56 ± 13	0,816	56,57	61,43
	BT media (mg/dL)	1,05 ± 1	3,32 ± 1	0,107	2,52	2,66
	Sin fibrosis	53,9	46,1	0,348	0,839	1,529
	Fibrosis leve	71,4	28,6	0,824	0,203	3,559
	Fibrosis avanzada	92,7	7,3	0,365	0,474	7,611

IC, intervalo de confianza; UDCA, ácido ursodesoxicólico; FA, fosfatasa alcalina; GGT, gamma glutamiltransferasa; ALT, alanino aminotransferasa; AST, aspartato aminotransferasa; BT, bilirrubina total; mg, miligramos; dL, decilitro; UI, unidades internacionales; L, litro. Análisis de regresión y logística binaria. *Autoría propia.

hospitalizados entre julio de 2023 y abril de 2025. Se definió la LRA conforme a los criterios KDIGO (*Kidney disease: improving global outcomes*). Las variables evaluadas fueron LRA, consumo de betabloqueadores antes del ingreso, antecedente de descompensación por ascitis, mortalidad y días de estancia intrahospitalaria. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes; se compararon mediante las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher. Las variables continuas se registraron como mediana y rango intercuartílico (RIC) y se compararon con la prueba de U de Mann-Whitney. Se realizó análisis multivariado mediante regresión logística binaria para identificar los factores vinculados con la presencia de LRA, así como el efecto clínico de esta última al calcular los *odds ratio* (OR) con intervalos de confianza del 95%. Se consideró significancia estadística cuando $p < 0,05$. El análisis se condujo con el software SPSS.

Resultados: La LRA se ajustó los criterios de KDIGO, como se describe en la **Tabla 1**, y estuvo presente en el 22,9% de los pacientes ($n = 30$), con ascitis documentada en el 50,4% de los casos ($n = 66$). El uso de betabloqueadores no selectivos se identificó en 67,2% de los pacientes ($n = 88$). La mortalidad global en la cohorte fue de 6,1% ($n = 8$). La LRA se relacionó con mayor riesgo de mortalidad (20% vs. 2%, OR 9,8, $p = 0,007$). El consumo de betabloqueadores no se vinculó significativamente con la mortalidad: cuatro de 43 pacientes sin betabloqueador fallecieron (9,3%) contra cuatro de 88 con betabloqueador (4,5%) (OR 0,46, $p = 0,30$). No se observaron diferencias significativas en la mortalidad de acuerdo con el tipo de betabloqueador (propranolol $p = 0,46$, carvedilol $p = 0,53$). El consumo de betabloqueadores mostró una tendencia no significativa a mayor riesgo de LRA (26% vs. 16%, OR 1,9, $p = 0,22$). Ni el propranolol ($p = 0,30$) ni el carvedilol ($p = 1,0$) se relacionaron de manera individual y significativa con el desarrollo de LRA. La ascitis no se acompañó de mayor riesgo de LRA en pacientes con sangrado variceal (27% vs. 18%, OR 1,66, $p = 0,30$). No se identificó diferencia en la estancia hospitalaria entre pacientes con y sin LRA (mediana 6 vs. 5,5 días, $p = 0,83$). **Conclusiones:** El desarrollo de lesión renal aguda se relacionó de manera significativa con incremento de casi 10 veces el riesgo de mortalidad; el

consumo de betabloqueadores no se vinculó con mortalidad y, a pesar de que hubo una tendencia al desarrollo de lesión renal aguda, no fue estadísticamente significativa.

Financiamiento: Este estudio se realizó sin financiamiento alguno.

Tabla 1. Variables clínicas y su relación con lesión renal aguda y mortalidad en pacientes con sangrado variceal. (Mar373)

Variable	Total de pacientes (%)	Relación con LRA (OR, p)	Relación con mortalidad (OR, p)
LRA (criterios KDIGO)	30 (22,9%)	-	OR 9,8, $p = 0,007$
- Mortalidad con LRA	6/30 (20%)	-	-
- Mortalidad sin LRA	2/101 (2%)	-	$p = 0,007$
Ascitis	66 (50,4%)	OR 1,66, $p = 0,30$	No evaluada
Uso de BB no selectivos	88 (67,2%)	OR 1,9, $p = 0,22$	OR 0,46, $p = 0,30$
- Mortalidad con BB	4/88 (4,5%)	-	$p = 0,30$
- Mortalidad sin BB	4/43 (9,3%)	-	$p = 0,30$
- Propranolol	-	$p = 0,30$	$p = 0,46$
- Carvedilol	-	$p = 1,0$	$p = 0,53$
Mortalidad global	8 (6,1%)	-	-
Estancia hospitalaria, mediana (días)	6 (con LRA) vs. 5,5 (sin LRA)	-	$p = 0,83$

BB, betabloqueadores; OR, razón de momios; LRA, lesión renal aguda.

Mar374

FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A INCREMENTO EN RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES QUE DEBUTAN CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA (ACLF)

A. Salazar-Zamudio, E. E. R. Bernal-Hernández, E. G. Salgado-Parra, A. Rodríguez-Guajardo, K. Romero-Gómez, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: El síndrome clínico de ACLF es una anomalía médica grave relacionada con alta mortalidad, cuya evolución y desenlace pueden verse influidos por comorbilidades o desencadenantes vinculados con inflamación sistémica, lo que ocasiona daño celular hepático y anticipa un pronóstico desfavorable. El efecto específico de los factores considerados como precipitantes en la evolución, la estabilización o la reversión en la ACLF no está claramente establecido; por ello es clave conocer las circunstancias que contribuyen a este síndrome para mejorar el control clínico y la estratificación pronóstica y orientar las decisiones terapéuticas e intervenciones dirigidas a pacientes que inician con ACLF.

Objetivo: Identificar la relación causal entre un diagnóstico considerado factor precipitante y la mortalidad calculada a uno, seis y 12 meses en pacientes hospitalizados con diagnóstico de ACLF en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se condujo un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en 24 pacientes hospitalizados con diagnóstico de ACLF que cumplieron criterios del Consorcio de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado y la Insuficiencia Hepática Crónica (EASL-CLIF-C) en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México. Se analizaron los expedientes clínicos y se recolectaron datos de laboratorio y variables clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión durante el periodo de diciembre de 2023 a enero de 2025. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS versión 23. Se utilizaron estadísticas descriptivas para resumir las características basales de las cohortes de derivación y validación, incluidos datos demográficos, comorbilidades, factores precipitantes y puntuaciones de gravedad. Se usaron coeficientes de correlación de Pearson y prueba de U de Mann-Whitney para analizar la relación entre las variables, y la prueba de Kruskal-Wallis para comparar las medianas de los grupos independientes. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Del total de la población estudiada, el 29,2% (7) correspondió a mujeres y el 70,8% (17) a hombres. La media de edad fue de 63 años con una desviación estándar de ± 11 . En relación con los factores precipitantes se identificó sepsis como factor principal en el 50% de los pacientes (12), seguida por hepatitis alcohólica (HA) y sangrado del tubo digestivo alto con el 16,7% (4) cada uno. De la población estudiada, el 75% (18) desarrolló lesión renal aguda y el 79,25 (19) ascitis. El 37% (9) de los enfermos tenía control subóptimo de la tensión arterial. Se empleó la puntuación de CLIF-C para calcular la mortalidad a uno, tres, seis y 12 meses y se obtuvo una media de 50, 65, 69 y 74%, respectivamente. El síndrome de ACLF relacionado con sepsis tuvo mayor efecto en la mortalidad al mes (mediana 51,5%, 14-100), seguida de STDA (51,5%, 12-84) y HA (43%, 37-84). A los seis meses, la mortalidad era más alta en el grupo con sepsis (75,5%, 31-100) con un valor de $p = 0,027$. Asimismo, los pacientes que mantenían control de la tensión arterial subóptimo mostraron mayor mortalidad en comparación con los de control adecuado (95%, 59-100 vs. 62%, 27-93), respectivamente; $p = 0,006$.

Conclusiones: Los factores como la sepsis y el control de los parámetros hemodinámicos pueden relacionarse con el uso inadecuado del betabloqueo, y se manifiestan como un mayor grado de hipertensión portal y contribuyen a los estados de hipoperfusión esplácnica, isquemia y aumento de la translocación bacteriana, lo cual perpetúa un estado de inflamación sistémica que agrava el ACLF. Por lo tanto, la identificación temprana de la infección, la prescripción oportuna prudente de antibióticos y el control tensional óptimo pueden ser herramientas para mejorar el pronóstico en pacientes que inician con ACLF.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Mar375

ASOCIACIÓN DE LA MASA MUSCULAR Y EL SEXO CON LA RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES CON MASLD Y OBESIDAD

M. Murillo-López, M. G. Reyes-Zermeño, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La esteatosis hepática relacionada con disfunción metabólica (MASLD) se reconoce actualmente como la segunda causa más común de enfermedad hepática crónica que conduce a cirrosis hepática. En pocos años se ha observado un aumento de la incidencia de MASLD, una tendencia relacionada con la creciente prevalencia mundial de obesidad y síndrome metabólico. Se calcula que la prevalencia mundial de MASLD oscila entre 25% y 30% y aproximadamente el 90% de las personas afectadas padece obesidad. En México alcanza una prevalencia del 47% y es más común en hombres, con presencia de obesidad y alteraciones metabólicas. Dentro de las alteraciones de la MASLD figura la resistencia a la insulina. Este factor es uno de los principales en la acumulación de grasa en el hígado y la inflamación constante, lo que contribuye al daño celular, la inflamación y la progresión a fibrosis. En la mayoría de los estudios se ha reconocido un cambio tanto en la masa como en la composición muscular en los pacientes con obesidad y esteatosis, lo cual eleva el riesgo de avance a una hepatopatía crónica y afecta el riesgo cardiovascular.

Objetivo: Conocer la relación entre el porcentaje de masa muscular y el sexo con la resistencia a la insulina en pacientes con esteatosis hepática vinculada con disfunción metabólica y obesidad.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se incluyó a 60 pacientes mayores de 18 años del servicio de gastroenterología del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE con diagnóstico de esteatosis hepática por elastografía de transición controlada y obesidad. Se excluyó a los sujetos con diagnóstico de diabetes tipo 2, antecedente de hepatopatía crónica o aguda y consumo de productos hepatotóxicos o esteatogénicos. Se tomaron del expediente clínico electrónico los estudios serológicos, se calculó el índice HOMA-IR como estimador de resistencia a la insulina y se evaluó la composición corporal con bioimpedancia y elastografía hepática transitoria.

Resultados: Se incluyó a 60 pacientes, mujeres en 70% ($n = 42$) y hombres en 30% ($n = 17$); 70,2% de las mujeres desarrolló resistencia a la insulina en contraste con los varones con 29,8%. El promedio de edad fue en hombres de $47,78 \pm 14,09$ y en mujeres de $59,12 \pm 12,81$ ($p = 0,003$). El índice de masa corporal para varones fue de $30,80 \pm 1,91$ kg/m² y en mujeres de $36,53 \pm 1,41$ kg/m² ($p = 0,548$). El promedio de masa muscular (%) en varones fue de $27,67 \pm 3,23$ contra $22,47 \pm 2,89$ ($p = 0,000$) en mujeres. El HOMA-IR en varones registró $5,55 \pm 3,39$ contra $5,44 \pm 2,99$ ($p = 0,898$) en mujeres, ambos con resistencia a la insulina. Por elastografía hepática, la esteatosis hepática con CAP en hombres fue de $285,11 \pm 35,85$ dB/m contra $271,26 \pm 44,58$ dB/m en mujeres ($p = 0,249$) y $6,66 \pm 3,72$ kPa contra $6,52 \pm 2,74$ kPa ($p = 0,877$) en mujeres. El resto de las variables numéricas se muestra en la Tabla 1. No hubo diferencias significativas por sexos. El porcentaje de masa muscular entre el grupo con resistencia a la insulina ($n = 57$) y el grupo sin resistencia ($n = 3$) no reveló diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,772$). En el análisis de subgrupo para evaluar la diferencia de masa muscular por sexo en los pacientes con resistencia a la insulina ($n = 57$) las diferencias fueron evidentes; el grupo de hombres registró un porcentaje de masa muscular significativamente mayor ($p < 0,001$) (Tabla 1), por lo que se efectuó un subanálisis por sexo y resistencia a la insulina, sin encontrar significancia estadística ($p = 0,897$). La media de porcentaje de masa muscular en varones con resistencia a la insulina fue de $27,44 \pm 3,17$ contra $22,48 \pm 2,80$ en mujeres ($p < 0,000$).

Conclusiones: En el contexto de obesidad y MASLD, el mayor porcentaje de masa muscular, identificado en los hombres, no confiere un efecto protector para la prevalencia de resistencia a la insulina.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la población de estudio y comparación entre hombres y mujeres. Los valores se expresan como media $\pm$ desviación estándar. Los valores de $p < 0,05$ se consideran estadísticamente significativos. Porcentaje de masa muscular en hombres y mujeres con resistencia a la insulina ($p < 0,000$). (Mar375)

	Hombres (media $\pm$ DE)	Mujeres (media $\pm$ DE)	Valor p
Edad	47,78 $\pm$ 14,09	59,12 $\pm$ 12,81	0,003
IMC	30,80 $\pm$ 1,91	36,53 $\pm$ 1,41	0,548
Cintura	112,72 $\pm$ 11,61	104,92 $\pm$ 8,16	0,004
% g. visceral	18,56 $\pm$ 5,60	12,69 $\pm$ 2,32	0,000
% g. corporal	40,98 $\pm$ 11,73	47,60 $\pm$ 6,02	0,005
% muscular	27,67 $\pm$ 3,23	22,47 $\pm$ 2,89	0,000
AST	39,67 $\pm$ 18,90	35,01 $\pm$ 17,24	0,892
ALT	54,54 $\pm$ 47,08	45,18 $\pm$ 40,93	0,441

desarrolló un algoritmo diagnóstico de DLAL. Este algoritmo se basó en la revisión sistemática de la bibliografía sobre las manifestaciones clínicas y hallazgos de laboratorio y gabinete de esta enfermedad. A continuación se realizó un análisis de la información para integrar los datos clínicos clave que son compartidos entre la DLAL y enfermedades más comunes, entre ellas la hepatitis, dislipidemia y enfermedad cardiovascular aterosclerótica, y a partir de éstos se elaboró un algoritmo diagnóstico integral, a partir del diagnóstico presuntivo inicial, con el objetivo final de incluir en su diagnóstico diferencial a la DLAL; esto favorece la referencia oportuna de los pacientes sospechosos con el especialista.

Resultados: Con la información obtenida y la opinión de los expertos se elaboró el algoritmo diagnóstico que incluye la sospecha de DLAL dentro del ejercicio del diagnóstico diferencial de entidades como la hepatitis, la dislipidemia y la enfermedad aterosclerótica cardiovascular (Figura 1).

Conclusiones: El consenso entre los expertos permitió asegurar la aplicabilidad práctica del algoritmo y adaptarlo a recursos y contextos locales. El algoritmo final representa una herramienta útil para mejorar la detección, el abordaje inicial y la referencia oportuna de pacientes con sospecha de DLAL en diversos escenarios clínicos. Esta herramienta podría contribuir significativamente a mejorar la detección temprana y el abordaje integral de los pacientes con DLAL. Se requieren futuros estudios para validar el desempeño del algoritmo en diferentes contextos clínicos y poblaciones, así como medir su efecto en la práctica asistencial.

Financiamiento: Este trabajo fue patrocinado totalmente por AstraZeneca.

Mar377

RESPUESTA CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA A MESALAZINA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS Y PÓLIPOS GASTROINTESTINALES: REPORTE DE CASOS

E. M. Mendoza-Ororio, M. E. Urquidí-Rivera, J. A. Romano-Velazco, D. E. Guzmán-García, Hospital Regional Monterrey, ISSSTE

Introducción: El síndrome de Peutz-Jeghers es un trastorno autosómico dominante infrecuente (1:200 000 nacidos vivos) que se distingue por pigmentación mucocutánea característica (máculas azul oscuro en labios y mucosa oral) y pólipos hamartomatosos, principalmente en intestino delgado (yeyuno, íleon, duodeno), pero también en colon y estómago. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor abdominal cólico, anemia y con frecuencia invaginación intestinal (33,3%). El riesgo de cáncer es 18 veces mayor con respecto a la población en general, junto con neoplasias de ovario y testículo, así como en mama y páncreas. No existe suficiente evidencia sobre el trata-

miento médico. Se ha descrito un efecto en la disminución del tamaño y la reaparición de los pólipos, pero no en la disminución del riesgo de procesos malignos.

Objetivo: Notificar una serie de casos de pacientes con síndrome de Peutz-Jeghers tratados con mesalazina.

Informe de casos: Se describen los casos de tres pacientes con diagnóstico de síndrome de Peutz-Jeghers desde 2018 hasta 2025 atendidos en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE) en Monterrey, N.L., que recibieron tratamiento con mesalazina a dosis de 35 mg/kg/día. Se recopilaron datos antropométricos, presencia de síntomas como sangrado anemizante y dolor abdominal y complicaciones. Se vigilaron por medio de endoscopia el número y el tamaño de los pólipos durante el tratamiento (Tabla 1).

Resultados: Se incluyó a tres pacientes.

Caso 1: paciente femenino de ocho años de edad al momento del diagnóstico, sin tratamiento médico y sólo con seguimiento cada tres años con endoscopia; no presentó complicaciones. La endoscopia superior no informó pólipos y la colonoscopia evidenció múltiples pólipos < 1,5 cm en íleon terminal. Con anemia y dolor abdominal. El último control mostró pólipos de 1 a 1,5 cm que han logrado disminuir en cantidad, sin dolor abdominal.

Caso 2: paciente femenina de 14 años tratada con mesalazina a dosis de 35 mg/kg/día durante seis meses; presentó episodio de invaginación intestinal al momento del diagnóstico, que se trató mediante reducción hidroestática guiada por ultrasonido. La endoscopia superior señaló múltiples pólipos séiles en fondo, cuerpo y antro gástricos no ulcerados de 1 cm aproximadamente. Se identificaron anemia y dolor abdominal. En el seguimiento había aún anemia y disminución significativa en cantidad y tamaño de pólipos gástricos en dos endoscopias a los tres y seis meses desde el diagnóstico.

Caso 3: paciente femenina de seis años que recibió tratamiento con mesalazina a dosis de 35 mg/kg/día durante tres meses; la endoscopia superior identificó cuatro pólipos duodenales de tamaño de 1 a 1,5 cm. La colonoscopia no reconoció pólipos. No había invaginación intestinal. Se presentaron cuadros repetitivos de dolor abdominal sin causa aparente, que disminuyeron en el control de tres meses, así como el tamaño de los pólipos a 1 cm sin disminuir en cantidad (Tabla 1).

Discusión: El tratamiento estándar del SPJ se basa en intervenciones endoscópicas, sin tratamientos farmacológicos validados. La mesalazina, utilizada en enfermedades inflamatorias intestinales, podría modular la inflamación y la proliferación epitelial. En esta serie, la formulación de la mesalazina con cubierta entérica mostró una mejor respuesta clínica y endoscópica. Curiosamente, el caso sin tratamiento reveló una evolución espontánea similar a los casos con mesalazina, lo cual plantea la necesidad de estudios controlados para determinar su verdadera eficacia.

Conclusiones: Con los datos anteriores se concluye que el uso de mesalazina podría representar una alternativa terapéutica para el tratamiento de pólipos gastrointestinales en pacientes pediátricos con SPJ.

Tabla 1. Comparación clínica y endoscópica de tres pacientes pediátricos con síndrome de Peutz-Jeghers. Se observa una mejor respuesta en el caso tratado con mesalazina MMX en comparación con la mesalazina convencional y el caso sin tratamiento farmacológico. (Mar377)

Variable	Caso 1 (2018)	Caso 2 (2025)	Caso 3 (2025)
Edad al diagnóstico	8 años	14 años	6 años
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino
Manifestaciones clínicas	Dolor abdominal, anemia y manchas orales	Dolor abdominal, anemia y manchas orales	Dolor abdominal y manchas orales
Localización de los pólipos	Íleon terminal	Gástricos (fondo predominantemente)	Duodenales
Hallazgos endoscópicos iniciales	Múltiples pólipos, tamaño variable (1-1,5 cm) no ulcerados	Múltiples pólipos séiles no ulcerados de tamaño estable de 1 cm, sin sangrado activo	Cuatro pólipos de tamaño variable: tres de 1 cm y uno de 1,5 cm. Sin sangrado activo
Tratamiento (dosis/duración)	No recibió tratamiento farmacológico	Mesalazina MMX, 35 mg/kg/día durante 6 meses	Mesalazina 35 mg/kg/día durante 3 meses
Tiempo de evolución	7 años de seguimiento	6 meses	3 meses
Respuesta clínica	Estabilidad clínica	Anemia leve sin dolor abdominal	Reducción de dolor abdominal recurrente
Respuesta endoscópica	Sin cambios significativos, reducción mínima en cantidad de pólipos	Disminución significativa en número y tamaño de pólipos ya < 1 cm	Reducción moderada en tamaño (pólipos presentes y tamaño estable de 1 cm)
Complicaciones	Ninguna	Invaginación intestinal	Ninguna
Seguimiento (tiempo y hallazgos)	Endoscopias cada 3 años, pólipos estables	Seguimiento cada 3 meses con disminución en tamaño y cantidad de pólipos	Seguimiento con mejoría clínica y estabilización de tamaño de pólipos

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento de ninguna fuente pública ni privada.

Mar378

PREVALENCIA DE LESIONES INCIDENTALES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL ASOCIADAS A DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO DURANTE EL PERIODO 2024

V. G. Pérez-Pérez, R. H. Raña-Garibay, Hospital Español

Introducción: El presente estudio tuvo como objetivo medir la prevalencia de incidentalomas (INC) del tracto gastrointestinal asociadas a dolor abdominal (DA) en pacientes atendidos en el servicio de urgencias (SU) del Hospital Español (HE) durante el periodo del año 2024. El DA siendo una de las quejas más comunes en medicina, se considera uno de los dilemas de diagnóstico y tratamiento más importantes en Gastroenterología Clínica (GC). Actualmente existe literatura publicada limitada sobre el tema a nivel nacional, especialmente de hospitales del sector privado de atención terciaria.

Objetivo: Objetivo primario: identificar la prevalencia de INC del tracto gastrointestinal asociadas a DA en pacientes atendidos en SU en el HE durante el periodo de 2024. Objetivos secundarios: describir el grado de DA en los pacientes estudiados, los estudios de imagen donde se identifica la presencia de INC, la localización de las INC, las características generales de los pacientes (sexo, edad y comorbilidades) y su asociación a la presencia de INC.

Material y métodos: Estudio: observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo. Se obtuvo una lista de pacientes con los siguientes criterios de inclusión: adultos con edad de 18 años o más atendidos el SU del HE en el periodo 2024, con DA como motivo de estudio, con estudio de imagen USG, TC, RM. Se revisaron sus estudios de imagen en el sistema PACS (USG, TAC, RM), incluyendo solo a quienes contaban con al menos una modalidad. Se recuperaron las imágenes y se revisaron las notas clínicas para obtener datos complementarios. La información fue registrada en una base de Excel. Se realizó un análisis descriptivo de variables cuantitativas (media y DE) y cualitativas (frecuencias y porcentajes). Se calculó la prevalencia de lesiones incidentales gastrointestinales. Se aplicaron pruebas de t de Student y Chi-cuadrada para comparar grupos con y sin lesiones. Se consideró significativa una $p < 0,05$. El análisis se realizó en Stata v.14.

Resultados: Se estudiaron 755 pacientes con dolor abdominal atendidos en el HE en 2024; 60,5% eran mujeres y la edad promedio fue de 48 años. El 43,6% tenía comorbilidades, y los diagnósticos más comunes fueron

Con comorbilidades	10 (47,6)	319 (43,5)	0,705
Diagnóstico			
Apendicitis aguda	0 (0)	147 (20)	
Colecistitis aguda	1 (4,8)	108 (14,7)	
Litiasis renoureteral	0 (0)	77 (10,5)	
Dolor abdominal	2 (9,5)	56 (7,6)	
GEPI	3 (14,3)	37 (5)	
Pancreatitis aguda	1 (4,8)	37 (5)	
Diverticulitis	0 (0)	35 (4,8)	
Colelitiasis	0 (0)	31 (4,2)	
Oclusión intestinal	0 (0)	29 (4)	
Pielonefritis	1 (4,8)	23 (3,1)	
Cólico biliar	1 (4,8)	20 (2,7)	
Enterocolitis	0 (0)	12 (1,6)	
IVU	1 (4,8)	9 (1,2)	
Otro	11 (52,4)	113 (15,4)	0,890
Grado de dolor abdominal			
Moderado	1 (4,8)	7 (1)	
Intenso	20 (95,2)	727 (99)	0,093
Estudios de imagen			
Ultrasonido	5 (23,8)	198 (27)	
Ultrasonido y TAC	3 (14,3)	68 (9,3)	
TAC	12 (57,1)	468 (63,8)	
RM	1 (4,8)	0 (0)	< 0,001*

apendicitis aguda (19,5%), colecistitis aguda (14,4%) y litiasis renoureteral (10,2%). El 98,9% presentó dolor severo. En imagenología, 63,6% tuvo TAC, 26,9% USG, 9,4% ambos y 0,1% RM. Se comparó la distribución de las variables según la presencia de lesión incidental como se ilustra en la tabla 1. Se hallaron lesiones incidentales en 2,8% de los casos, localizadas principalmente en intestino grueso, páncreas e hígado.

Conclusiones: El porcentaje de lesiones incidentales del tracto gastrointestinal en pacientes con DA tratados en nuestro servicio de urgencias en 2024 fue bajo (2,8 por ciento) en comparación con la evidencia internacional, posiblemente explicado por las características de la población y los criterios de inclusión. La mayoría de estas lesiones que cambiaron secundariamente estaban presentes en el intestino grueso, páncreas, hígado, estómago y conductos biliares, subrayando la variabilidad de hallazgos en las imágenes abdominales. Esta investigación ofrece evidencia relevante en un ámbito poco investigado del entorno hospitalario privado y nacional y puede ayudar en la evaluación de los pacientes y en la definición de futuros proyectos de investigación relacionados con los incidentalomas gastrointestinales en México. La baja prevalencia en pacientes con dolor abdominal y lesiones incidentales (tamaño de muestra pequeño) y aquellos no examinados por imagenología debe considerarse una limitación del estudio, indicando que el número real de pacientes puede haber sido subestimado.

Financiamiento: Fueron provistos por los investigadores.

Mar379

DOLOR ABDOMINAL Y DIARREA CRÓNICA COMO MANIFESTACIÓN DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO: SERIE DE CASOS DE UNA FAMILIA MEXICANA

M. F. Contreras-Chong, G. Herrera-Quinones, M. Quezada-Ravelo, J. E. Soto-Coppel, S. González-Ramos, M. A. Morales-Calderón, C. F. Peña-Puga, Hospital General de Mexicali

Introducción: El angioedema hereditario (AEH) es una enfermedad autosómica dominante rara causada por deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 (C1-INH), regulador clave del sistema de la cinina. Esto provoca

Tabla 1. Características generales de acuerdo con la presencia de lesión incidental. Los datos se presentan como número (%) o promedio $\pm$ desviación estándar. Valor de p mediante las pruebas t de Student o ji cuadrada. * $p < 0,05$. (Mar378)

Característica	Lesión incidental	Sin lesión incidental	p
Número de sujetos	21	734	
Sexo			
Masculino	6 (28,6)	292 (39,8)	
Femenino	15 (71,4)	442 (60,2)	0,300
Edad, años	47,8 $\pm$ 18,2	55,3 $\pm$ 18,3	0,064
Grupo de edad			
16 a 39 años	4 (19)	277 (37,7)	
40 a 59 años	8 (38,1)	271 (36,9)	
60 a 79 años	6 (28,6)	145 (19,8)	
80 años y más	3 (14,3)	41 (5,6)	0,147
Comorbilidades			
Sin comorbilidades	11 (52,4)	415 (56,5)	

exceso de bradicinina, que aumenta la permeabilidad capilar y estimula el músculo liso intestinal, lo que causa dolor cólico y mayor peristaltismo. Las manifestaciones abdominales representan un gran desafío diagnóstico y lleva a errores frecuentes y retrasos significativos que pueden superar los ocho a 16 años.

Objetivo: Describir las manifestaciones viscerales del AEH en pacientes mexicanos y destacar el dolor abdominal y la diarrea crónica como principales presentaciones clínicas.

Informe de casos:

Caso 1: Paciente femenino de 44 años con dolor abdominal recurrente y diarrea crónica, múltiples hospitalizaciones y cirugías abdominales, incluidas colecistectomía y laparotomía exploradora sin hallazgos. Episodios previos de edema labial indoloro recurrente, sin prurito ni urticaria. En la tomografía se identificó enteritis yeyunal con engrosamiento de la pared intestinal. AEH tipo I confirmado con C1-INH funcional de 32% (VN $\geq 68\%$), C1-INH antigénico de 9 mg/dL (VN 21-39 mg/dL) y C4 de 3 mg/dL (VN 15-57 mg/dL). Posteriormente presentó diarrea y dolor abdominal resistentes; se identifica infección por *Clostridium difficile*, recibió tratamiento con vancomicina con adecuada respuesta.

Caso 2: Paciente femenino de 39 años con dolor abdominal intenso y vómito desde los ocho años, y crisis mensuales en la adolescencia. Cirugía de hernia

umbilical sin mejoría. AEH tipo I confirmado con C1-INH funcional $< 7\%$, antigénico de 12 mg/dL y C4 de 4 mg/dL.

Caso 3: Mujer de 37 años con edema recurrente y dolor abdominal intenso desde los 12 años. Crisis viscerales con hipotensión y sensación de síncope. AEH considerado tras confirmarse en su hermana. Se confirma tipo I con C1-INH funcional de 42%, antigénico de 11 mg/dL y C4 de 4 mg/dL.

Discusión: El AEH con manifestaciones abdominales constituye un reto diagnóstico para clínicos y cirujanos. Los síntomas viscerales suelen simular otras alteraciones, lo que deriva en errores y tratamientos inadecuados, incluso cirugías innecesarias. Se ha informado que estos pacientes tienen hasta 2,5 veces más probabilidad de someterse a cirugías abdominales. Además, el AEH se subdiagnostica aún y se reconoce poco en regiones como América Latina y México, donde el desconocimiento entre los profesionales de salud es significativo.

Conclusiones: Las manifestaciones viscerales del AEH son una causa poco frecuente pero relevante de dolor abdominal recurrente y diarrea crónica. La sospecha clínica temprana basada en historia familiar y edemas localizados es esencial para reducir procedimientos innecesarios. Este grupo de casos ilustra la importancia de difundir el conocimiento sobre el AEH en este país.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 18 de noviembre de 2025

Estómago

Mar380

TEGOPRAZÁN FRENTE A ESOMEPAZOL PARA LA ERRADICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN PACIENTES MEXICANOS VÍRGENES A TRATAMIENTO

C. S. Tinitana-Jumbo, Y. M. Velasco-Santiago, D. B. Lorenzo-Valle, A. G. González-Rodríguez, V. Hernández-Garza, M. Baca-García, F. Higuera-de-la-Tijera, S. Camacho, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los metaanálisis recientes han demostrado que el tegoprazán (Tego) podría ser igual o incluso superior a los inhibidores de la bomba de protones en la erradicación de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). No obstante, la mayoría de los estudios primarios se ha realizado en poblaciones asiáticas debido a la disponibilidad inicial del fármaco, por lo que se requiere su validación en otras regiones del mundo.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de Tego comparado con esomeprazol (Eso) para la erradicación de *H. pylori* en la población mexicana.

Material y métodos: Se incluyó a 117 pacientes diagnosticados con biopsia endoscópica de infección por *H. pylori* no tratados previamente (edad, 51,04 ± 12,11 años; 75% de mujeres). Los sujetos se asignaron aleatoriamente a dos grupos de tratamiento: el grupo 1 recibió Tego (50 mg) y el grupo 2 Eso (40 mg); ambos grupos recibieron además amoxicilina (1 g) + claritromicina (500 mg), administrados dos veces al día durante 14 días.

La eficacia del tratamiento se evaluó mediante la erradicación medida por prueba de aliento con urea marcada con carbono 14, realizada 35 ± 2 días después del inicio del tratamiento. La seguridad se determinó a través de los efectos adversos. De modo adicional se realizó una valoración de los síntomas de dispepsia y de los estudios de laboratorio. Para determinar la no inferioridad, los datos cuantitativos se expresaron como media ± desviación estándar (DE), intervalo de confianza del 95% o porcentajes. Las comparaciones estadísticas se llevaron a cabo mediante las pruebas t de Student (pareadas o no pareadas) y ji cuadrada, según correspondiera. Se consideró un valor de alfa de 0,05.

Resultados: No se observaron diferencias significativas entre los grupos Tego y Eso en cuanto a edad (51 ± 12,14 años [IC95%: 47,79-54,21] vs. 51,08 ± 12,28 años [IC95%: 48,02-54,14]; p = 0,97) ni en la distribución por sexo (75,4% vs. 74,6% de mujeres, respectivamente; p = 0,76). La eficacia en la erradicación de *H. pylori* fue comparable entre ambos grupos (94,55%

en Tego vs. 93,55% en Eso; p = 0,82), al igual que la incidencia de efectos adversos (14,55% vs. 22,58%; p = 0,26). Los efectos adversos más frecuentes en el grupo Tego fueron diarrea (n = 4) y cefalea (n = 2), mientras que en el grupo Eso se identificaron diarrea (n = 4) y dolor abdominal (n = 4). Todos fueron leves y no requirieron la suspensión del tratamiento. Los síntomas dispépticos disminuyeron significativamente tras el tratamiento en ambos grupos: en Tego (78,88% vs. 45,45%; p = 0,0004) y en Eso (79,03% vs. 46,77%; p = 0,0002), sin diferencias entre ellos antes (p = 0,9108) ni después del tratamiento (p = 0,8864). No se hallaron diferencias significativas en ninguno de los 18 parámetros de laboratorio general (todos dentro de los intervalos normales) entre los grupos antes y después del tratamiento.

Conclusiones: Estos hallazgos demuestran que el tegoprazán es tan eficaz y seguro como el esomeprazol en el contexto del triple tratamiento para la erradicación de *H. pylori* en la población mexicana. Registro de estudios clínicos: NCT06318104.

Financiamiento: Laboratorios CARNOT proporcionaron el fármaco necesario para la realización de este estudio.

Mar381

COMPARACIÓN DE LA UTILIDAD DEL ÍNDICE PLAQUETA BAZO (IPB), EL ÍNDICE DE LOK Y EL ÍNDICE EVENDO COMO PREDICTORES NO INVASIVOS DE VÁRICES GÁSTRICAS

S. A. Vera-Nungaray, I. E. Severino-Ferreras, R. Y. López-Pérez, M. I. Torres-Ruiz, D. Muñoz-Fuentes, J. C. Silis-Cravioto, M. Y. Carmona-Castillo, C. S. Tinitana-Jumbo, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Las várices gástricas son consecuencia de alteraciones fisiopatológicas en pacientes con cirrosis. Se ha notificado la utilidad del índice plaqueta/bazo (IPB), el índice de Lok y el índice eVendo como predictores no invasivos de várices esofágicas, pero no se ha investigado su uso para predecir la presencia de várices esofagogástricas y várices gástricas aisladas.

Objetivo: Comparar el IPB y los índices de Lok y eVendo como predictores no invasivos y de decisión terapéutica en pacientes con várices esofagogástricas y várices gástricas aisladas tipo 1 de la clasificación de Sarín.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico en el que se recolectaron parámetros demográficos y clínicos de 127

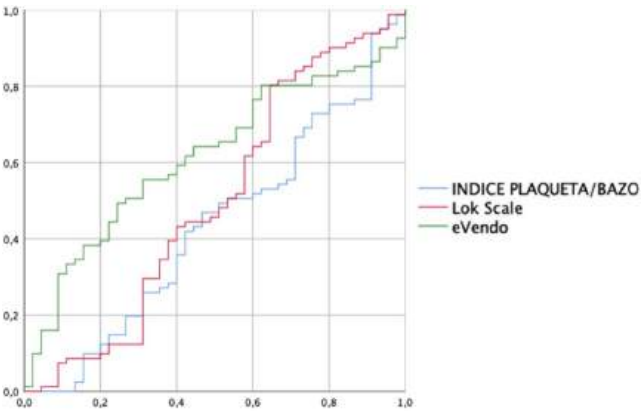
pacientes con cirrosis hepática y várices gástricas aisladas (IGV 1) y várices esofagogástricas (GOV 1 y 2). Se calcularon las puntuaciones de IPB, el índice de Lok y el índice eVendo. Los datos se analizaron con el software estadístico IBM SPSS versión 26, se consideró una p estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,05$ y se realizó un análisis tipo ROC para comparar la AUROC de cada una de las escalas.

Resultados: De los 127 pacientes, 53 eran mujeres y 74 hombres, con una media de edad de 56 años y $\pm$ DE de 10.21; de éstos, 27 tenían várices IGV1, 53 GOV1 y 82 GOV 2. Se estableció el punto de corte del índice plaqueta/bazo en $< 0,909$, del Lok en $> 0,56$ y de eVendo en $> 4,2$, según lo indicado en las publicaciones médicas sobre puntos de corte como predictores de várices esofágicas. Con este punto de corte se realizó una correlación de Pearson entre los índices y la presencia de várices esofagogástricas y várices gástricas aisladas según la clasificación de Sarín y se encontró una correlación del índice plaqueta/bazo para la presencia de várices gástricas: $r = -0,98$ para IGV 1, $p = 0,272$; $r = -0,112$ para GOV1, $p = 0,208$; $r = 0,79$ para GOV2, $p = 0,378$. El índice de Lok mostró una correlación de $r = 0,102$ para IGV 1, $p = 0,366$; $r = -0,143$ para GOV1, $p = 0,108$; $r = 0,115$ para GOV2, $p = 0,197$. El índice de eVendo registró una correlación de $r = -0,099$ para IGV 1, $p = 0,270$; $r = -0,114$ para GOV1, $p = 0,203$; $r = 0,062$ para GOV2, $p = 0,489$. El resultado de la AUROC en el análisis tipo ROC para várices tipo GOV 2 se muestra en la **Figura 1**.

Conclusiones: El índice de eVendo muestra la mejor área bajo la curva comparado con los otros índices estudiados para la predicción de várices GOV e IGV. Sin embargo, su rendimiento es bajo y podría requerir sumar otros predictores para definir la presencia o ausencia de várices gástricas en pacientes con hipertensión portal cirrótica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Curva tipo ROC de várices GOV2 con AUROC del índice eVendo de 0,614, índice de Lok de 0,497 e IPB de 0,431. (Mar381)



Mar382

TOLERABILIDAD MEJORADA DE LA TERAPIA DUAL CON TEGOPRAZÁN Y AMOXICILINA PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

A. A. Aparicio-Ororio, I. Cruz-Coba, J. R. Aguilar-González, J. L. Aranda-García, J. Ascensión-López, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Introducción: La erradicación de *Helicobacter pylori* se ha comprometido por el aumento de la resistencia a los antibióticos como la claritromicina, así como por los efectos adversos y la complejidad de los esquemas tradicionales de tratamiento. Estas limitaciones modifican negativamente la adherencia al tratamiento y la efectividad clínica. El tratamiento dual con tegoprazán, un bloqueador competitivo de potasio (P-CAB), y la amoxicilina se ha propuesto como una alternativa simplificada, con menor toxicidad y potencial para mantener tasas de erradicación comparables. El tegoprazán proporciona una supresión ácida sostenida que puede favorecer la acción antibacteriana de la amoxicilina, incluso en ambientes gástricos con pH elevado.

Objetivo: Evaluar la eficacia y la seguridad del tratamiento dual con tegoprazán y amoxicilina para la erradicación de *Helicobacter pylori*, en comparación con los esquemas terapéuticos regulares, mediante una revisión sistemática y metaanálisis de estudios clínicos. Además, realizar un análisis *post hoc* de no inferioridad mediante un margen predefinido basado en riesgo relativo.

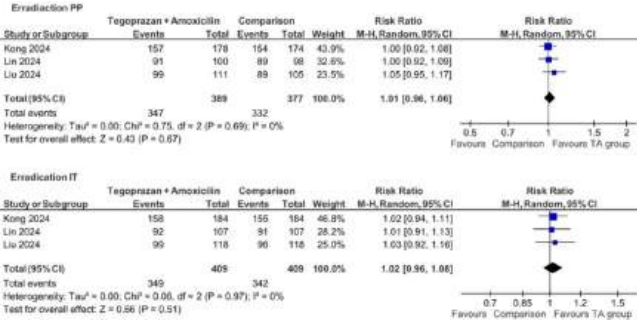
Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática conforme a PRISMA 2020 y metodología Cochrane. Se buscaron estudios clínicos aleatorizados en PubMed, CENTRAL y Scopus hasta el 7 de abril de 2024. Se incluyeron estudios que compararan el tratamiento dual tegoprazán-amoxicilina con esquemas estándar (cuádruples con bismuto o triples con claritromicina) y se evaluaron las tasas de erradicación mediante prueba de aliento con urea. Se calcularon riesgos relativos (RR) con intervalos de confianza del 95% (IC). Se llevó a cabo un análisis *post hoc* de no inferioridad y se consideró un margen clínico aceptable de $RR = 0,95$. Se incluyó el brazo de tratamiento con tegoprazán y amoxicilina dos veces al día (BID) del estudio de Lin *et al.*

Resultados: Se incluyeron tres estudios clínicos con un total de 818 pacientes. El tratamiento dual mostró tasas de erradicación similares a las de los tratamientos estándar (por intención de tratar: $RR\ 1,02$; $IC95\%,\ 0,96-1,08$; $p = 0,51$; por protocolo: $RR\ 1,01$; $IC95\%,\ 0,96-1,06$; $p = 0,67$), sin heterogeneidad significativa ($I^2 = 0\%$). Estos resultados se visualizan en la **Figura 1**, en la que se presentan los diagramas de bosque correspondientes al análisis por protocolo (panel superior) y por intención de tratar (panel inferior). En ambos análisis, el límite inferior del intervalo de confianza fue superior al margen de no inferioridad predefinido ($RR = 0,95$). La incidencia de efectos adversos fue significativamente menor en el grupo con tratamiento dual ($RR\ 0,54$; $IC95\%,\ 0,32-0,90$; $p = 0,02$), especialmente en el caso de diarrea ($RR\ 0,35$; $IC95\%,\ 0,15-0,83$; $p = 0,02$). No se observaron diferencias significativas en náusea o vómito ($RR\ 0,33$; $IC95\%,\ 0,04-2,58$; $p = 0,29$).

Conclusiones: El tratamiento dual con tegoprazán y amoxicilina demuestra una eficacia comparable a la de los esquemas comunes para la erradicación de *H. pylori*, con un perfil de seguridad significativamente superior. El análisis *post hoc* sugiere no inferioridad estadística al aplicar un margen relativo del 5%. Su simplicidad y menor frecuencia de efectos adversos podrían mejorar la adherencia y el éxito terapéutico en la práctica clínica. Se recomienda su evaluación en estudios multicéntricos de mayor escala para validar su uso como esquema de primera línea.

Financiamiento: Esta investigación no fue financiada por ninguna agencia del sector público, comercial o sin fines de lucro.

Figura 1. Diagrama de bosque de los riesgos relativos (RR) con intervalos de confianza (IC) del 95% para la erradicación de *H. pylori* con tratamiento dual (tegoprazán + amoxicilina) en comparación con el tratamiento estándar. El panel superior muestra el análisis por protocolo (PP) y el inferior el análisis por intención de tratar (ITT). La estimación combinada se calculó con un modelo de efectos aleatorios (método de Mantel-Haenszel). No se detectó heterogeneidad significativa ($I^2 = 0\%$ en ambos análisis). (Mar382)



Mar383

CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL USO DE P-CAB EN MÉXICO

S. P. Mendiivil-Sáenz, L. R. Valdovinos-García, F. A. Félix-Téllez, J. L. Vargas-Basurto, L. Bolio-Lavalle, K. D. González-Gómez, K. R. García-Zermeño, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Los inhibidores de la bomba de protones competitivos por potasio (P-CAB), como el tegoprazán y el fexuprazán, representan una nueva

alternativa terapéutica para el tratamiento de los trastornos relacionados con la hipersecreción gástrica. Sin embargo, su adopción clínica en México aún no se evaluó de modo sistemático.

Objetivo: Explorar el conocimiento, actitudes y prácticas de médicos especialistas en México respecto del uso de P-CAB e identificar patrones de prescripción por especialidad, años de experiencia y tipo de práctica médica.

Material y métodos: Se aplicó una encuesta electrónica a médicos de diversas especialidades a través de una invitación por correo con uso de la base de datos de la AMG y especialidades afines. Se recolectaron datos demográficos, grado de experiencia, tipo de práctica, conocimiento sobre P-CAB, así como frecuencia de uso por indicación clínica. Se realizaron análisis descriptivos y comparativos (ji cuadrada) por grupo profesional. Se calculó un tamaño de muestra de 350 sujetos.

Resultados: Se ha evaluado a 300 médicos (edad promedio de 46,2 años, 64,3% de hombres). En cuanto a la distribución por especialidad, 46,3% correspondió a gastroenterólogos, el 31% a médicos generales o médicos familiares y el 13,7% a cirujanos. El 48,3% ejerce en la práctica privada, el 41,3% en la práctica mixta (pública y privada) y sólo el 10,3% exclusivamente en el sector público. En cuanto a los años de experiencia, el 41,7% refirió más de 20 años de práctica clínica, mientras que el 24,7% tiene entre uno y cinco años. El uso general de P-CAB fue alto: 87% de los médicos ya consume algún PCAB; de éstos, el 85,0% señaló su utilización para el tratamiento de la ERGE erosiva grave (clasificación de Los Ángeles C-D), el 82,7% para síntomas nocturnos o resistentes y el 73,3% como parte del esquema de erradicación de *Helicobacter pylori*. Otras indicaciones comunes fueron úlcera gástrica o duodenal (69,3%), síntomas extraesofágicos (67,3%), ERGE no erosiva (66,3%), ERGE leve (66%) y prevención de daño gastrointestinal por AINE (53,7%). Al comparar por especialidad, los médicos generales y familiares mostraron frecuencias significativamente más elevadas de prescripción de P-CAB para indicaciones como ERGE leve en comparación con los gastroenterólogos (81,9% vs. 58,2%), reflujo no erosivo (85,1% vs. 56,7%) y prevención por AINE (76,6% vs. 38,3%) ($p < 0,05$). En contraste, los gastroenterólogos concentraron su uso en indicaciones con mayor respaldo clínico como ERGE erosiva grave (87,9%) y síntomas nocturnos (81,6%), sin diferencias significativas respecto de otros grupos. Los cirujanos tuvieron un patrón de prescripción intermedio, en particular su uso en la ERGE erosiva (80,5%) y la úlcera (68,3%). En cuanto al tiempo de experiencia clínica, los médicos con más de 10 años de práctica mostraron un uso más frecuente de P-CAB para la mayoría de las indicaciones ($p < 0,05$). Finalmente, al analizar el tipo de P-CAB utilizado, el tegoprazán fue el fármaco más empleado, es decir, el 79,3% de todas las menciones frente al 20,7% del fexuprazán. No obstante, al comparar la proporción de uso por indicación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos fármacos en ninguna categoría clínica ($p > 0,05$), lo que sugiere patrones de prescripción similares en cuanto a indicaciones.

Conclusiones: El uso de P-CAB en México es elevado y el más prescrito es el tegoprazán. Los gastroenterólogos muestran un patrón más selectivo y alineado con la evidencia, mientras que los médicos generales tienden a administrarlos en un espectro más amplio de indicaciones. El mayor uso también se relacionó con mayor experiencia clínica. Estos hallazgos subrayan la necesidad de promover un uso racional y guiado por evidencia de esta nueva clase terapéutica.

Financiamiento: Sin ningún financiamiento.

Mar384

ROL DEL APEGO TERAPÉUTICO EN LA ADHERENCIA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*

D. B. Lorenzo-Valle, Y. M. Velasco-Santiago, C. S. Tinitana-Jumbo, S. Camacho-Hernández, M. Baca-García, V. Hernández-Garza, A. G. González-Rodríguez, F. Higuera-de-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La resistencia antibiótica de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) aún es un reto clínico de gran relevancia en el plano global. Un apego terapéutico deficiente no sólo compromete su erradicación, sino que también favorece la resistencia secundaria en las cepas infectantes, consecuencia de una exposición subóptima a los antibióticos. Los esquemas terapéuticos complejos, con múltiples fármacos y dosis elevadas, se han relacionado con una menor adherencia de los pacientes. En México, la diversidad geográfica se traduce en una marcada heterogeneidad en los patrones de resistencia, lo que dificulta la estandarización de los tratamientos. En este contexto,

persiste la controversia acerca de si las fallas en la erradicación se deben principalmente a la resistencia bacteriana o a un cumplimiento inadecuado del tratamiento; esto subraya la necesidad de evaluar el apego terapéutico como un factor determinante en los resultados clínicos.

Objetivo: Evaluar la función del apego terapéutico en la adherencia y la respuesta al tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*.

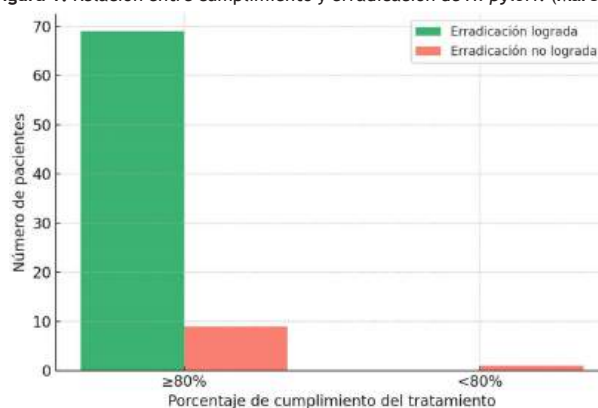
Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional y analítico entre enero de 2024 y mayo de 2025. Se seleccionó a 79 pacientes sin tratamiento previo a *H. pylori* atendidos en la consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga, a quienes se les prescribió un esquema terapéutico consistente en esomeprazol (40 mg), amoxicilina (1 g) y claritromicina (500 mg), todos administrados cada 12 horas durante 14 días. Se recopilaron variables clínicas, parámetros bioquímicos, hallazgos endoscópicos e histológicos. Se aplicó un programa de apego terapéutico que incluyó: información detallada a los pacientes sobre los medicamentos prescritos y los posibles efectos adversos, entrega de un folleto con horarios específicos para la administración de los fármacos, administración supervisada de la primera dosis, llamada telefónica al día 7 $\pm$ 1 del tratamiento para aplicar el cuestionario *Beliefs about medicines questionnaire* (BMQ) y reforzar la adherencia terapéutica, cita presencial al finalizar el tratamiento, durante la cual se realizó un conteo manual de las cajas y tabletas restantes, de tal modo que se calculó el porcentaje de cumplimiento terapéutico. Asimismo, se llevó un seguimiento clínico a las seis semanas para valorar la erradicación mediante prueba de aliento C14.

Resultados: Se incluyó a 79 pacientes con una edad promedio de $52,4 \pm 11,6$ años, de los cuales la mayoría correspondió a mujeres (77,2%). La distribución geográfica fue la siguiente: Ciudad de México con 59 (74,6%), Estado de México con 16 (20,2%), Puebla con 2 (2,5%), Morelos con 1 (1,3%) y Guerrero con 1 (1,3%). Las principales indicaciones de tratamiento fueron: dispepsia no investigada en 60 pacientes (75,9%), antecedente familiar de primer grado con cáncer gástrico en 12 (15,1%) y anemia por deficiencia de hierro en 4 (5,6%). Los efectos adversos más referidos fueron disgeusia en 13 pacientes (16,5%), náusea en 8 (10,6%) y diarrea en 6 (7,6%). En cuanto al apego terapéutico, 78 pacientes (98,7%) alcanzaron un cumplimiento mayor de 80%. La erradicación de *H. pylori* se confirmó en 69 casos (87,3%) (Figura 1).

Conclusiones: En este estudio se observó una elevada tasa de apego terapéutico, lo cual se relacionó con una elevada tasa de erradicación de *H. pylori*. Estos hallazgos refuerzan la importancia de explorar y abordar las barreras para la adherencia, así como de promover estrategias que mejoren el cumplimiento del tratamiento, especialmente en esquemas complejos. La identificación de factores que influyen en el apego puede ser clave para optimizar los resultados clínicos y reducir la resistencia antibiótica.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento.

Figura 1. Relación entre cumplimiento y erradicación de *H. pylori*. (Mar384)



Mar385

EXPLORANDO LA ACTIVIDAD ELÉCTRICA GÁSTRICA CON EGG: EXPERIENCIA INICIAL EN VOLUNTARIOS ASINTOMÁTICOS EN MÉXICO

J. M. Remes-Troche, L. Bolio-Lavalle, S. P. Mendivil-Sáenz, K. D. González-Gómez, M. Suárez-Fernández, E. L. Núñez-Jiménez, M. M. Pérez-Guzmán, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La electrogastrografía (EGG) es una técnica no invasiva utilizada para registrar y analizar la actividad eléctrica del estómago mediante la detección cutánea de ondas lentas. Las señales bioeléctricas obtenidas se interpretan mediante inspección visual y análisis computarizados para evaluar la actividad mioeléctrica gástrica. A pesar de su potencial utilidad clínica (dispepsia, gastroparesia, etc.), sobre todo en el estudio de los trastornos de la motilidad gástrica, esta tecnología no se encontraba disponible en México. **Objetivo:** Evaluar la reproducibilidad y la variabilidad intraindividual de los registros de EGG en sujetos asintomáticos, como un primer paso hacia la validación de su aplicabilidad en este contexto.

Material y métodos: Se estudió a 20 sujetos asintomáticos (12 mujeres y 8 hombres), con edad promedio de 28,4 años (intervalo, 21-60 años) a los cuales se les realizó de forma basal y una semana después, una vez aceptado participar de forma voluntaria, una EGG con el equipo 3CPM (3CPM Company, Sparks Glencoe). El 3CPM está compuesto por electrodos colocados sobre el abdomen, un amplificador especializado para detectar señales de baja frecuencia, una interfaz de adquisición de datos y un software de análisis que procesa las señales bioeléctricas. El estudio se efectuó de forma basal y posterior a una prueba de saciedad de carga de agua (PSCA) durante cinco minutos. Este sistema permite evaluar parámetros clave como la actividad gástrica mioeléctrica (AGM) en diversos espectros de frecuencia: normal de 2,5-3 contracciones por minuto (cpm), bradigastría de 1-2,5 cpm, taquigastría de 3,7-10 cpm, **Figura 1**). Los análisis computarizados clave son la distribución porcentual de las frecuencias EGG en los espectros de frecuencia relevantes, y el análisis espectral dinámico (RSA, por sus siglas en inglés), el cual muestra las frecuencias presentes en la señal EGG antes y después de la PSCA en un formato tridimensional. De acuerdo con la frecuencia y la AGM dominante se establecen los siguientes diagnósticos: a) normal, b) hiponormal, c) hipernormal, d) bradigastría, e) taquigastría y f) trastorno mixto. Se compararon los resultados antes y después mediante pruebas de correlación y kappa.

Resultados: La correlación entre la cantidad de agua durante la PSCA entre las dos visitas fue de $r = 0,6$ ($p = 0,005$, $521,5 \pm 196$ vs. 578 ± 206). De acuerdo con los diagnósticos, ningún sujeto tuvo bradigastría o taquigastría. Sin embargo, en la frecuencia de bradigastría antral, 15% de los individuos mostró hipernormalidad (dominancia antral) en la visita 1 y 15% en la visita 2 (kappa 0,216); en la frecuencia normal (cuerpo, 3CPM) 30% registró hiponormalidad en la visita 1 y 55% en la visita 2 (kappa 0,216); en la frecuencia de taquigastría, 30% tuvo un ritmo de reentrada en la visita 1 y 55% en la visita

2 (kappa 0,20); y en la frecuencia duodenal 15% mostró hiperomotilidad en la visita 1 y 25% en la visita 2 (kappa 0,40). Las correlaciones (visita 1 y 2) de los porcentajes de tiempo con la frecuencia dominante en las cuatro regiones fue de moderada a buena ($r: 0,45-0,59$) (**Figura 1 A, B, C y D**).

Conclusiones: La electrogastrografía cutánea con el sistema 3CPM mostró una reproducibilidad moderada en sujetos asintomáticos, con correlaciones aceptables entre visitas y una variabilidad intraindividual limitada. Aunque los coeficientes kappa fueron bajos, los hallazgos respaldan su factibilidad y utilidad potencial en el estudio de la motilidad gástrica en este entorno. Este estudio constituye el primer paso hacia su validación clínica en México.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

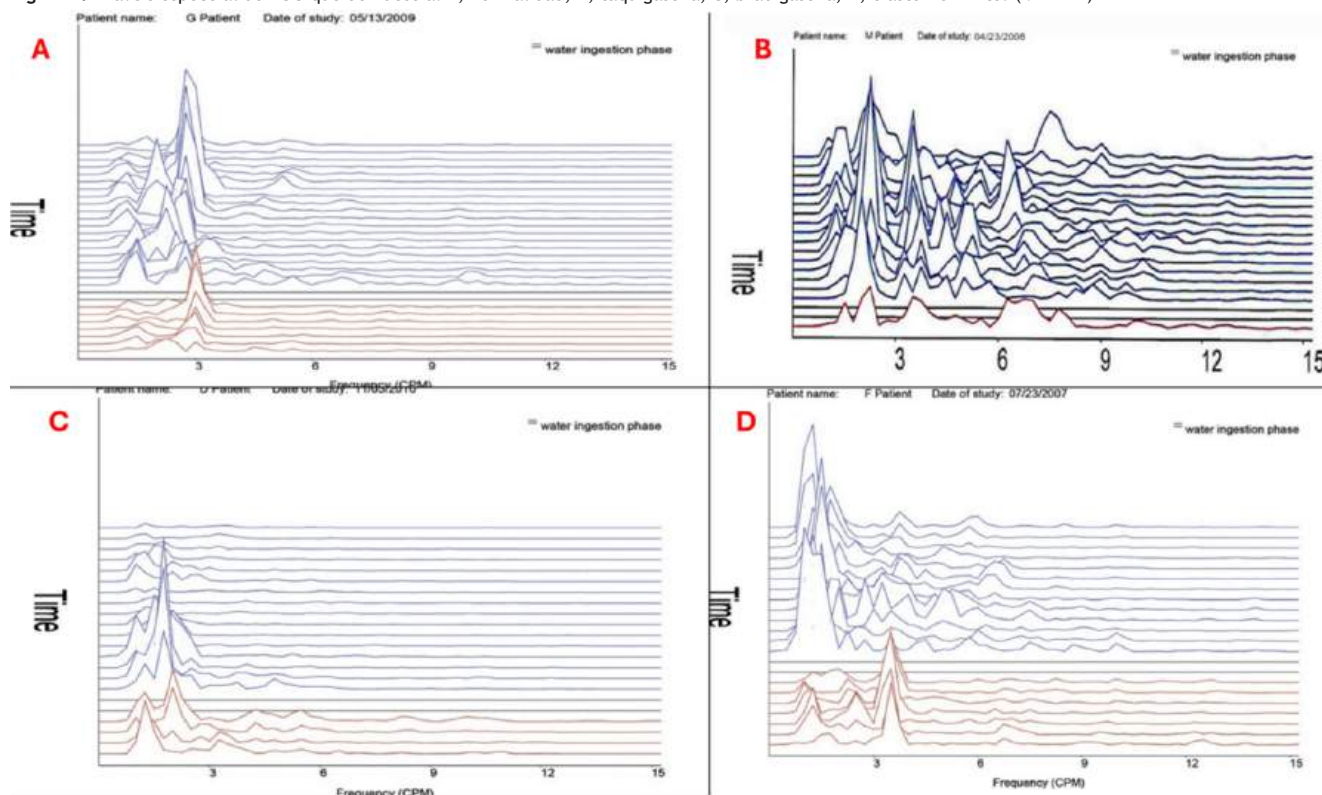
Mar386

ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y EL RIESGO DE NEUMONÍA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

R. Vázquez-Pérez, L. J. Pinto-García, R. Ramírez-Marcial, M. I. Astudillo-Delgado, J. I. Mazadiego-Cid, S. L. Zapata-Ortega, E. I. Juárez-Valdés, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

Introducción: Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) se utilizan ampliamente en pacientes hospitalizados con fines terapéuticos y profilácticos. Varios estudios observacionales han planteado preocupaciones sobre una posible relación entre el uso de IBP y la neumonía, incluidas la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y la neumonía relacionada con la hospitalización (NAH). Desde un punto de vista mecanístico, la hipoclorhidria inducida por los IBP podría favorecer el sobrecrecimiento bacteriano en el tracto gastrointestinal y orofaríngeo, lo que eleva el riesgo de microaspiración y posterior colonización respiratoria. La presencia de bombas de protones en el epitelio respiratorio sugiere que los IBP podrían alterar directamente la microbiota pulmonar. Dado el uso extendido de los IBP en pacientes hospitalizados, incluidos aquellos alojados en salas generales y unidades de cuidados intensivos, y tras considerar las implicaciones clínicas

Figura 1. Análisis espectral de EGG que demuestra: A, normalidad; B, taquigastría; C, bradigastría; D, trastorno mixto. (Mar385)



de la neumonía nosocomial, resolver esta incógnita tiene una relevancia clínica sustancial.

Objetivo: Evaluar y cuantificar la relación entre el uso de IBP en pacientes hospitalizados y el riesgo de neumonía en adultos.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en PubMed/MEDLINE, Cochrane Library (incluido CENTRAL) y LILACS (1/1/2000-4/4/2025) para identificar estudios sobre relación entre IBP y neumonía en adultos hospitalizados. La estrategia combinó términos MeSH y texto libre específicos. La búsqueda inicial identificó 2 565 registros + 4 estudios adicionales. Tras eliminar 173 duplicados, dos revisores evaluaron 2 396 registros por título/resumen y excluyeron 2 347. De los 49 textos completos evaluados se eliminaron 20 (población no elegible: n = 10; sin datos de neumonía: n = 5; cohortes duplicadas: n = 3; sesgo metodológico: n = 2), y se incluyeron 29 estudios en síntesis cualitativa y ocho en metaanálisis (seis observacionales, 2dos ECA). Criterios: a) diseños analíticos en adultos hospitalizados expuestos a IBP; b) informe de incidencia de neumonía con grupo control; c) exclusión de estudios pediátricos, revisiones y sin datos comparativos. La calidad se evaluó con NOS (≥ 7 para observacionales) y Cochrane RoB 2.0 (ECA) por dos revisores independientes (discrepancias por consenso). Los análisis emplearon modelos de efectos aleatorios (DerSimonian-Laird) mediante OR con IC95% y heterogeneidad (I^2).

Resultados: Ocho estudios independientes cumplieron los criterios de inclusión (seis observacionales y dos ECA), que abarcaron aproximadamente a 7,5 millones de pacientes únicos. Los estudios observacionales incluyeron desde cohortes hospitalarias hasta bases de datos nacionales. Las características de los estudios incluidos se resumen en la **Tabla 1**. El análisis agrupado reveló una relación significativa entre el uso de IBP y la neumonía (OR 1,25; IC95%, 1,07-1,45; $I^2 = 97,4\%$). El análisis por subgrupos mostró un efecto significativo en estudios observacionales (OR 1,34; IC95%, 1,15-1,57), pero no en ECA (OR 0,99; IC95%, 0,91-1,07), con una diferencia significativa entre diseños ($p < 0,001$), lo que sugiere factores de confusión en estudios no aleatorizados. El análisis de sensibilidad confirmó la solidez de los resultados y el método *trim-and-fill* indicó un pequeño sesgo de publicación sin alterar las conclusiones.

Conclusiones: La evidencia observacional sugiere un mayor riesgo de neumonía vinculado con el uso de IBP en pacientes hospitalizados, especialmente para

NAC. Sin embargo, la ausencia de relación significativa en estudios aleatorizados resalta el probable papel de factores de confusión residuales. Los IBP deben prescribirse con precaución en pacientes hospitalizados sin indicaciones claras, a la espera de datos más definitivos de protocolos clínicos.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar387

TRATAMIENTO, RESPUESTA Y DESENLACE EN CÁNCER GÁSTRICO: UNA SERIE DE CASOS DESDE LA PRÁCTICA HOSPITALARIA EN UN CENTRO EN MONTERREY, NUEVO LEÓN

V. Vázquez-Montemayor, J. A. Arce-Hernández, C. Alanís-Garza, J. O. Jáquez-Quintana, H. Jiménez-Moreno, V. Villarreal-Arizpe, Hospital Zambrano Hellion, TecSalud Monterrey

Introducción: El cáncer gástrico representa una neoplasia de alta mortalidad en México, caracterizada por un diagnóstico tardío y una evolución clínica desfavorable. Pese al uso de esquemas combinados de cirugía y quimioterapia, la respuesta terapéutica es variable. Esta serie de casos clínicos permite caracterizar perfiles demográficos, histopatológicos y terapéuticos en pacientes tratados en el noreste del país. El análisis de estos datos ofrece información para identificar factores relacionados con la progresión y respuesta al tratamiento, lo que contribuye a mejorar la toma de decisiones clínicas y el diseño de estrategias terapéuticas.

Objetivo: Determinar la experiencia clínica y terapéutica en una serie de casos de cáncer gástrico para orientar la toma de decisiones.

Reporte de casos: Se analizaron 20 casos de cáncer gástrico diagnosticados entre 2020 y 2024 en una institución del noreste de México. La mayoría de los pacientes correspondió a hombres (75%), con edad promedio de 56 años y escolaridad universitaria. El tipo histológico predominante fue el

Tabla 1. Resumen de los aspectos clave de los ocho estudios incorporados en el análisis cuantitativo; se detalla su diseño (observacional o estudio controlado aleatorizado), las características de la población estudiada, el ámbito clínico (hospitalario/ambulatorio), el tipo de exposición a inhibidores de la bomba de protones (IBP), la definición de neumonía utilizada, así como las estimaciones del efecto expresadas en razones de probabilidades (OR) con sus intervalos de confianza del 95%. En el caso de los estudios observacionales, se incluyen los resultados ajustados cuando estaban disponibles. Los estudios están organizados por tipo de diseño metodológico para permitir una comparación estructurada, y facilitar así la identificación de patrones y la evaluación de la consistencia de los hallazgos entre las distintas investigaciones. (Mar386)

Estudio	Diseño	Población	Exposición	Resultado	Estimación ajustada
Herzig <i>et al.</i> (2009)	Cohorte retrospectiva	Adultos hospitalizados *(n = 63 878)*	Nuevo uso de IBP durante la hospitalización	Neumonía relacionada con la hospitalización	OR 1,30 (IC95%, 1,15-1,47)
Eom <i>et al.</i> (2011)	Revisión sistemática y metaanálisis de estudios observacionales	Múltiples bases de datos (<i>pooled</i> , n > 200 000)	Uso de IBP en pacientes ambulatorios	Neumonía adquirida en la comunidad	OR -1,3-1,5 (estimación combinada)
Filion <i>et al.</i> (2014)	Cohorte retrospectiva (con datos administrativos)	Pacientes ambulatorios y hospitalizados, Quebec (n = 300 000)	Uso actual de IBP vs. no uso	Hospitalización por neumonía adquirida en la comunidad	OR 0,95 (IC95%, 0,75-1,21)
Lambert <i>et al.</i> (2015)	Estudio de casos y controles	Pacientes con accidente cerebrovascular, entorno hospitalario	Medicación supresora de ácido (IBP vs. ningún tratamiento)	Neumonía (todos los tipos)	OR 1,49 (IC95%, 1,16-1,92)
Xiao <i>et al.</i> (2021)	Metaanálisis de estudios observacionales	Diversas cohortes, principalmente adultos mayores	Uso de IBP en población general	Neumonía adquirida en la comunidad	OR 1,33 (IC95%, 1,20-1,47)
SCCS (2023)	Serie de casos autocontrolados	Población general (<i>UK clinical practice research datalink</i>)	Uso de IBP (diseño auto-controlado)	Neumonía adquirida en la comunidad	OR 1,73 (IC95%, 1,71-1,75)
SUP-ICU (Krag <i>et al.</i> , 2018)	Estudio controlado aleatorizado	Pacientes en UCI con riesgo de sangrado gastrointestinal *(n = 3 298)*	Pantoprazol vs. placebo	Cualquier tipo de neumonía	OR 0,97 (IC95%, 0,88-1,06)
COMPASS (Moayyedi <i>et al.</i> , 2019)	Estudio controlado aleatorizado	Pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular *(n = 17 598)*	Pantoprazol vs. placebo	Cualquier tipo de neumonía	OR 1,06 (IC95%, 0,90-1,25)

adenocarcinoma difuso G3, en estadios clínicos avanzados y con metástasis en más del 50% de los casos. El 60% presentaba comorbilidades (DM2, enfermedad cardiovascular, hipotiroidismo) y el 40% antecedentes familiares de cáncer. El tratamiento principal fue la gastrectomía total, la respuesta a los tratamientos adyuvantes fue en general pobre, así como los esquemas de quimioterapia como FOLFOX y capecitabina sola o en combinación, y los tratamientos neoadyuvantes con oxaliplatino, docetaxel y 5-fluorouracilo. Sin embargo, el 70% mostró una respuesta nula al tratamiento y más del 60% falleció en el primer año. Sólo tres casos superaron una expectativa de sobrevida mayor de 18 meses. La mayoría de los pacientes presentó recurrencia temprana (antes de los seis meses), con progresión acelerada de la enfermedad. Estos hallazgos evidencian la gravedad del diagnóstico tardío y refuerzan la necesidad de mejorar las estrategias de detección, tratamiento y seguimiento. A continuación se muestran los patrones clínicos predominantes (Figura 1).

Discusión: Esta serie de casos ofrece una visión concreta del cáncer gástrico en un entorno clínico real, en el que predomina el diagnóstico en etapas avanzadas, tumores de tipo difuso G3 y una alta mortalidad en el primer año, a pesar del tratamiento quirúrgico y quimioterapéutico. Lo relevante de este análisis es que permite identificar patrones clínicos y terapéuticos recurrentes, reconocer factores vinculados con peor pronóstico y generar evidencia local que puede ser útil para mejorar la toma de decisiones médicas, diseñar estrategias de detección más oportunas y fortalecer protocolos de atención en poblaciones similares.

Conclusiones: Esta serie representa una expresión directa de los desafíos enfrentados diariamente en el tratamiento del cáncer gástrico avanzado. Estos hallazgos no sólo confirman tendencias conocidas, sino que reafirman la necesidad de implementar estrategias más radicales de tamizaje, optimizar criterios de derivación oncológica y replantear esquemas terapéuticos en función del perfil clínico local. Esta experiencia contribuye al entendimiento contextualizado de la enfermedad y puede guiar mejoras concretas en la toma de decisiones clínicas.

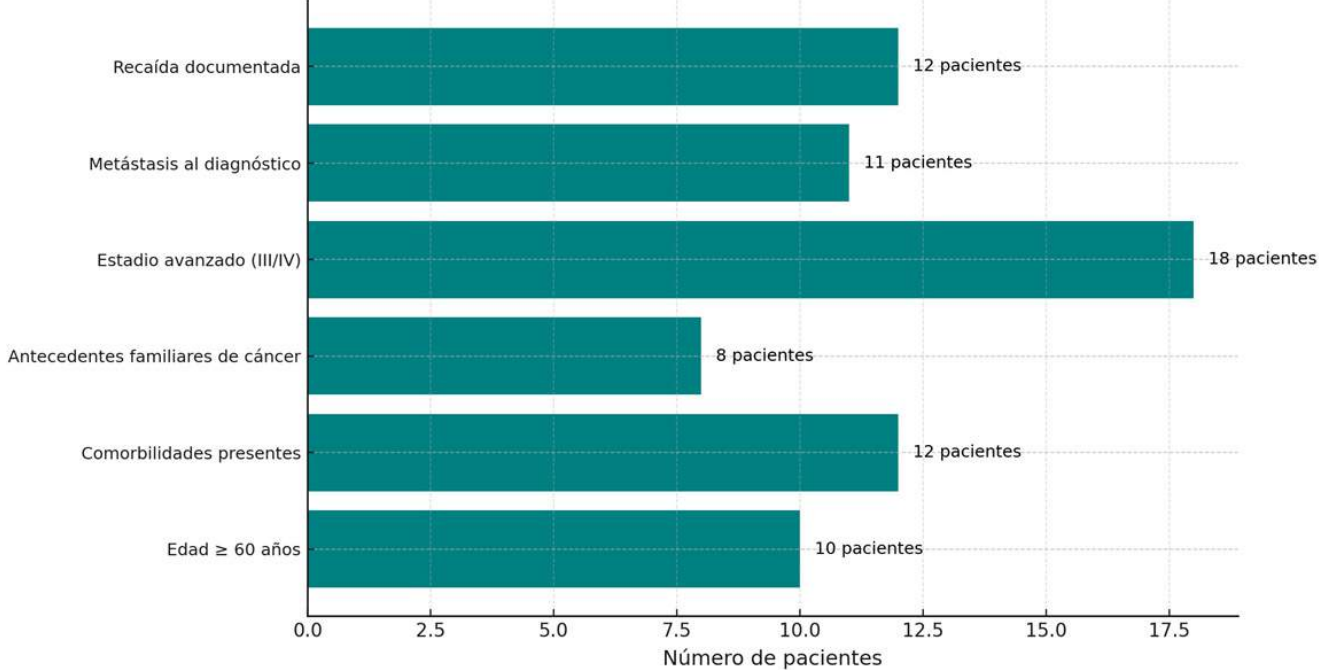
Financiamiento: No se contó con apoyo financiero.

Mar388

INDICADORES DE ENFERMEDAD AVANZADA EN PACIENTES CON ALTA SOSPECHA Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER GÁSTRICO

A. I. García-Ureña, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Figura 1. Patrones clínicos predominantes. (Mar387)



Introducción: En México, el cáncer gástrico es una de las principales causas de muerte por neoplasia. La mayoría se diagnostica en etapas avanzadas. Es imperativo contar con indicadores accesibles que ayuden a identificar la enfermedad avanzada desde el ingreso hospitalario. La hipoalbuminemia, hipocalcemia, marcadores tumorales y la ascitis pueden proporcionar indicios tempranos de la progresión de la enfermedad.

Objetivo: Describir características demográficas de pacientes con sospecha/diagnóstico de cáncer gástrico, así como la frecuencia de hipocalcemia, hipoalbuminemia, ascitis y clasificación de Borrmann para demostrar su uso potencial como indicadores de estadios avanzados.

Informe de casos: Se recopilaron datos de enero de 2020 a junio de 2025 de pacientes hospitalizados a cargo del servicio de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga que ingresaron por dispepsia con datos de alarma, síndrome consuntivo o hemorragia gastrointestinal y por lo tanto con diagnóstico probable de cáncer gástrico.

Características demográficas: de 33 pacientes, 57,6% correspondió a hombres y 42,4% a mujeres. Su edad osciló entre 28 y 77 años, con una media de 57 años. El 24,2% se integró con menores de 50 años y el 75,8% con mayores de 50 años.

Parámetros bioquímicos: se detectó hipoalbuminemia en el 66,7%. Del total de 33, seis sujetos tenían hipoalbuminemia leve, ocho moderada y nueve grave. Se encontró hipocalcemia en el 54,5%, con cinco pacientes en límites leves y 15 en límites moderados. Hasta 23 pacientes contaron con valores de ACE y CA 19-9. El 26,1% mostró valores elevados de CEA (> 5 ng/mL). En cuanto al CA 19-9, 39,1% registró valor elevado (> 37 U/mL).

Presencia de ascitis: se encontró en el 42,4%. Se realizó paracentesis en seis de ellos, de los cuales 33,3% reveló citología maligna.

Clasificación de Borrmann: tipo I en 3%, tipo II en 12%, tipo III en 55% y tipo IV en 30%. **Metástasis:** se realizó TAC en el 93,9% y se encontró metástasis en el 71%. Los sitios más frecuentes fueron peritoneo en 40,9%, hígado en 31,8% y pulmón en 18,2%.

Biopsia gástrica: se practicó en 32 pacientes, de los cuales el 84,3% confirmó cáncer gástrico. Tipo intestinal en 14,8%, difuso en 77,8% y mixto en 7,4%. El 15,6% restante tuvo biopsia negativa con hallazgo de gastritis crónica y gastritis aguda ulcerada.

El 21% presentó la triada de hipoalbuminemia, hipocalcemia y ascitis, 48% la diada bioquímica sin ascitis y sólo 3% ascitis como hallazgo aislado.

Discusión: Se encontró una prevalencia mayor por arriba de los 50 años. La mayoría presentó hipoalbuminemia, hipocalcemia y metástasis. El CEA y CA 19-9 se encontraron elevados en una minoría y sólo el 13% reveló ambos marcadores elevados, lo cual sugiere utilidad limitada de ellos. Estos hallazgos muestran la importancia de integrar otros parámetros bioquímicos para una determinación más precisa del estadio tumoral. La mayoría de los pacientes con metástasis tuvo lesiones Borrmann III y IV, lo que confirma que éstos son

más agresivos y se acompañan de mayor riesgo de diseminación. Se encontró alta frecuencia del tipo difuso, lo cual es típico de las etapas avanzada. El aspecto macroscópico de Borrmann no siempre denota malignidad: se identificaron falsos positivos en el 15,6%. En cuanto a la presencia de ascitis se registró una baja tasa de positividad citológica, posiblemente por técnicas de muestreo o tumores poco exfoliativos. El peritoneo como sitio de metástasis es relevante para la vigilancia.

Conclusiones: Son importantes la hipoalbuminemia y la hipocalcemia como indicadores potenciales de etapas avanzadas, lo cual puede guiar a una identificación temprana. Hay limitación de los marcadores tumorales y se reconoce la necesidad de considerar otros parámetros. Se sugiere que estos marcadores bioquímicos pueden detectar la progresión clínica y la triada o diada pueden considerarse indicadores de etapa avanzada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar389

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL USO DE ANTICOAGULANTES EN RELACIÓN A LA INCIDENCIA Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON COVID-19 CON HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR

W. R. Osorio-Reyes, Centro Médico Militar, Guatemala

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 ha mostrado manifestaciones extrapulmonares significativas. Una de las más graves es la hemorragia gastrointestinal superior (HGIS), especialmente en pacientes en tratamiento con anticoagulantes. La coexistencia de comorbilidades y tratamientos anticoagulantes ha incrementado el riesgo de sangrado y mortalidad. Se realizó el primer estudio de revisión bibliográfica sistemática en Guatemala para el abordaje de dichos pacientes con COVID-19 y HGIS.

Objetivo: Determinar la incidencia, factores de riesgo y mortalidad relacionados con el uso de anticoagulantes en pacientes adultos con COVID-19 que desarrollan HGIS para mejorar el abordaje diagnóstico y optimizar el tratamiento.

Material y métodos: Revisión bibliográfica sistemática que consideró el sistema PICOT. Se incluyeron 50 estudios entre 2019 y 2023 que se analizaron con la gradación de Oxford. Población: adultos mayores de 18 años con COVID-19 y hemorragia digestiva alta. Variables: incidencia, comorbilidades, hallazgos endoscópicos, tratamiento farmacológico y mortalidad. Se sintetizó en cuadros comparativos y análisis estadístico descriptivo.

Resultados: La incidencia de HGIS en pacientes COVID-19 varió entre 0,06% y 70%, con gran heterogeneidad metodológica. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: diabetes mellitus tipo 2 (27-48%), hipertensión arterial (22-36%), enfermedad renal crónica (20-50%) y cardiopatía isquémica. El 38 a 78% recibió tratamiento con anticoagulantes. Los hallazgos endoscópicos más comunes fueron úlceras gástricas (23-50%) y duodenales (21,5%). Las manifestaciones clínicas incluyeron melena (48-55%) y hematemesis (31-33%). La mortalidad osciló entre 16,4% y 36,2%, significativamente mayor en pacientes con uso de anticoagulantes.

Conclusiones: La HGIS en pacientes con COVID-19 y anticoagulantes es una complicación poco frecuente pero grave. Las comorbilidades cardiovasculares y renales, así como el uso de anticoagulantes, elevan significativamente la mortalidad. Se recomienda vigilancia estrecha y atención personalizada en estos pacientes para mejorar el pronóstico clínico.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento externo.

Mar390

CORRELACIÓN DEL ÍNDICE INTERNACIONAL DE RIESGO HEMORRÁGICO CON ESCALAS PRONÓSTICAS VALIDADAS PARA SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO NO VARICEAL

E. E. R. Bernal-Hernández, A. Salazar-Zamudio, E. G. Salgado-Parra, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

Introducción: La hemorragia del tubo digestivo alto es una de las principales emergencias gastrointestinales, con tasas de mortalidad que van del 2% al

15%, más frecuente en hombres y en mayores de 65 años. Una adecuada estratificación del riesgo es importante para reducir las complicaciones y mejorar los desenlaces. Recientemente se ha desarrollado el Índice internacional de riesgo hemorrágico, que incluye edad, comorbilidades y parámetros bioquímicos y permite determinar el riesgo de mortalidad a 30 días. Su utilidad para predecir el riesgo de resangrado en comparación con escalas pronósticas validadas aún no se ha evaluado. Este estudio analizó su desempeño en el contexto clínico.

Objetivo: Comparar el Índice internacional de riesgo hemorrágico con las escalas pronósticas de Rockall, Glasgow-Blatchford y AIMS65, en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto no variceal.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional analítico transversal mediante revisión de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de sangrado del tubo digestivo alto no variceal, en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos (ISSSTE), en el periodo de agosto del 2023 a junio del 2025. Se recolectaron variables clínicas, de laboratorio y endoscópicas necesarias para calcular cada una de las escalas pronósticas. El análisis estadístico se condujo a través del software IBM SPSS Statistics versión 31.0.0.0. Se utilizaron coeficientes de correlación de Spearman para analizar la relación entre las escalas y curva ROC para evaluar la capacidad predictiva de resangrado. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 150 pacientes, de los cuales 91 (60%) fueron hombres y 59 (40%) mujeres. La media de edad fue de 70 años. El diagnóstico endoscópico principal fue úlcera Forrest III (37%). En el análisis de correlación se encontró una relación significativa entre el Índice internacional de riesgo hemorrágico y las escalas validadas; la correlación con la escala de Rockall fue alta ($\rho = 0,64$; $p < 0,001$), al igual que con AIMS65 ($\rho = 0,66$; $p < 0,001$); sin embargo, con la escala de Glasgow-Blatchford fue moderada ($\rho = 0,42$; $p < 0,001$). También se analizó la capacidad de las escalas para predecir resangrado, a través de curvas ROC, la cual mostró que la escala de Rockall tuvo mejor desempeño, con una AUC de 0,911 (IC95%, 0,857-0,965; $p < 0,001$), lo que indica una excelente capacidad discriminativa. Le siguieron AIMS65 con AUC de 0,786 (IC95%, 0,688-0,885; $p < 0,001$) y el Índice internacional de riesgo hemorrágico con AUC de 0,774 (IC95%, 0,665-0,884; $p < 0,001$), ambas con buena capacidad predictiva. Con la escala de Glasgow-Blatchford, los resultados indicaron menor utilidad para predecir resangrado (AUC = 0,632; IC95%, 0,492-0,772; $p = 0,065$). El Índice internacional de riesgo hemorrágico mostró un punto de corte óptimo en $> 6,5$, con una sensibilidad de 92,3% y una especificidad de 54,7%, con un buen rendimiento en términos de sensibilidad, pero con menor especificidad en comparación con la escala de Rockall.

Conclusiones: Su alta correlación con las escalas de Rockall y AIMS65, así como su aceptable capacidad para predecir resangrado, apoyan su incorporación como herramienta complementaria en la práctica clínica. Su aplicación puede contribuir a una mejor estratificación del riesgo y la reducción de las complicaciones y mortalidad vinculadas con esta alteración.

Financiamiento: Este estudio se realizó sin apoyo económico externo.

Mar391

FACTORES ASOCIADOS A LESIONES PREMALIGNAS GÁSTRICAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR *HELI-COBACTER PYLORI*

R. Ramírez-Marcial, S. M. I. Mejía-Loza, E. I. Juárez-Valdés, Hospital Juárez de México

Introducción: La infección por *H. pylori* está estrechamente relacionada con diversas enfermedades gástricas, desde gastritis crónica y úlceras pépticas hasta lesiones premalignas que pueden avanzar a cáncer gástrico, por lo que se considera un carcinógeno de tipo I.

Objetivo: Investigar si existe una relación entre las siguientes variables: una edad ≥ 50 años y comorbilidades endocrinometabólicas (obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica e hipotiroidismo) con la presencia de lesiones premalignas gástricas.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y retrospectivo en el Hospital Juárez de México durante el periodo de enero de 2021 a diciembre de 2024 en población adulta con infección crónica por *H. pylori*, demostrada a través de biopsias obtenidas mediante el protocolo de Sidney. Las variables continuas se expresaron como medias y las categóricas como frecuencias y

porcentajes. Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo con la presencia o no de lesiones premalignas gástricas. Para comparar variables continuas se utilizó la prueba U de Mann-Whitney o la prueba t para muestras independientes; y para comparar las variables categóricas se usaron las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher. La relación entre la edad, la obesidad y el antecedente diagnóstico de una o más comorbilidades se efectuó con análisis de regresión logística multivariado con el objetivo de determinar la razón de momios y su respectivo intervalo de confianza para la presencia de lesiones premalignas gástricas. Se realizó un análisis de medias para la edad, así como del IMC entre los pacientes con y sin lesiones premalignas mediante la prueba U de Mann-Whitney o la prueba t para muestras independientes de acuerdo con el cumplimiento de normalidad de los datos.

Resultados: Se obtuvo una cohorte de 501 pacientes, en 188 de los cuales se encontró al menos una lesión premaligna. La identificada con mayor frecuencia fue la metaplasia intestinal incompleta, descrita en 74 informes de biopsia. De acuerdo con el análisis multivariado, la relación entre una edad de 50 años o más y la presencia de lesiones premalignas obtuvo un valor de $p < 0,001$, con un *odds ratio* de 2,48; la relación entre obesidad por IMC y la presencia de lesiones premalignas registró un valor de $p = 0,006$, con un *odds ratio* de 1,76, mientras que la vinculación entre la presencia de alguna o más comorbilidades (diabetes, hipertensión arterial e hipotiroidismo) obtuvo un valor de $p = 0,005$, con un *odds ratio* de 1,77. A través un subanálisis se evaluó de forma individual cada una de las comorbilidades y su nexa con lesiones premalignas; la finalidad era determinar qué comorbilidad tenían mayor relación; en particular se observó que la hipertensión arterial obtuvo un valor de $p < 0,001$ con un *odds ratio* de 2,27. En el análisis de medias, la media para la edad en pacientes sin lesiones premalignas fue de 52,75 años, la media para la edad en pacientes con lesiones premalignas fue de 59,2 años ($p < 0,001$), en tanto que la media de IMC en pacientes sin lesiones premalignas fue de 26,7 kg/m² y la media de IMC en pacientes con lesiones premalignas fue de 27,73 kg/m² ($p = 0,0078$).

Conclusiones: Los individuos con infección crónica que cuentan con una edad ≥ 50 años, así como con coexistencia de obesidad, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus e hipotiroidismo, representan en conjunto una relación de riesgo para la presencia de lesiones precursoras de cáncer gástrico con infección crónica por *H. pylori*.

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

Mar392

EL COCIENTE BUN/CREATININA COMO PREDICTOR DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

C. I. Madinaveitia-Sánchez, E. Murcio-Pérez, L. F. De Giau-Triulzi, J. I. Vinageras-Barroso, Hospital Español

Introducción: El sangrado del tubo digestivo alto (STDA) es una causa frecuente de admisión hospitalaria, con una mortalidad del 1,9 al 4,3%. Las manifestaciones clínicas son hematemesis, melena o hematoquecia en algunos casos. Diversos estudios han propuesto que el cociente nitrógeno de urea/creatinina (BUN/Cr) se acompaña de sangrado del tubo digestivo alto, por la absorción intestinal de sangre y la hipoperfusión renal. Además, se ha descrito la utilidad del cociente BUN/Cr como predictor de mortalidad y gravedad en estos pacientes.

Objetivo: Determinar si existe una vinculación entre el cociente BUN/Cr > 30 y el requerimiento de tratamiento endoscópico en pacientes con sangrado del tubo digestivo alto no variceal.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en el Hospital Español durante el año 2024. Se incluyó a todos los mayores de 18 años con evidencia de STDA y se eliminaron los *second looks* y los sangrados de causa variceal, hasta obtener una muestra final de 52 pacientes. Análisis estadístico: mediante el programa IBM SPSS Statistics 27 se realizó un análisis descriptivo y de frecuencias para obtener la mediana y desviación estándar de las variables continuas, así como el porcentaje de las variables categóricas. Con posterioridad se llevó a una regresión logística binaria para buscar la relación entre el cociente BUN/Cr > 30 y la presencia de sangrado activo, así como un modelo de predicción para la obtención de la sensibilidad y especificidad del modelo.

Resultados: Se incluyó a 52 pacientes con diagnóstico de sangrado del tubo digestivo alto confirmados por endoscopia. De ellos, 21 pacientes (40,4%) necesitaron tratamiento endoscópico. La media de edad fue de $70,67 \pm 17$ años, con predominio masculino (53,8%). El promedio del cociente BUN/Cr fue de $38,05 \pm 22$.

La prueba de ómnibus basada en la razón de verosimilitud mostró una ji cuadrada de 3,97 ($p = 0,046$), lo que sugiere una relación significativamente mayor que el modelo nulo a la necesidad de tratamiento endoscópico. En la regresión logística el *odds ratio* (OR) fue de 3,167 (IC95%, 0,993-10,101), lo cual sugiere una tendencia hacia la relación, aunque sin significancia estadística. Y en los modelos de predicción se encontró una baja sensibilidad y especificidad, 66,7% y 61,3% respectivamente.

Conclusiones: En este estudio se sugiere que el cociente BUN/Cr podría utilizarse como variable clínica útil para determinar qué pacientes con STDA requieren un tratamiento endoscópico temprano, pero su uso aislado es limitado al no tener poder estadístico y una baja sensibilidad y especificidad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar393

¿CUÁL ES LA MEJOR ESCALA PARA PREDECIR LA MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL? ANÁLISIS COMPARATIVO DE AIMS65, ABC, GLASGOW-BLATCHFORD Y ROCKALL PREENDOSCÓPICO

M. F. Hernández-Jiménez, K. García-Ruiz, D. Lagos-Prieto, R. N. Domínguez-Barradas, E. C. Morel-Cerda, H. E. Colín-Ramos, J. A. Velarde-Chávez, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) es una urgencia médica frecuente con una tasa de mortalidad significativa. Su abordaje requiere una evaluación rápida, ya que la estratificación temprana del riesgo permite identificar a los pacientes con mayor probabilidad de presentar complicaciones o fallecer. Existen diversas escalas de predicción para evaluar el riesgo de mortalidad y complicaciones en pacientes con HDA. Sin embargo, la utilidad y precisión de estas escalas pueden variar según sea la población estudiada, los recursos hospitalarios y las características clínicas de los pacientes.

Objetivo: Comparar la capacidad predictiva de las escalas AIMS65, ABC, Glasgow-Blatchford y Rockall preendoscópico para predecir la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo a partir de una base de datos de 171 pacientes con diagnóstico de HTDA no variceal entre enero de 2022 y septiembre de 2024. Se recolectaron variables demográficas, clínicas y paraclínicas para calcular las puntuaciones de AIMS65, Glasgow-Blatchford, Rockall preendoscópico y ABC. El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statics 22 y se evaluó la capacidad predictiva de cada sistema mediante curvas ROC y área bajo la curva (AUC). Se determinaron valores de sensibilidad y especificidad y se consideró un valor de $p < 0,05$ estadísticamente significativo.

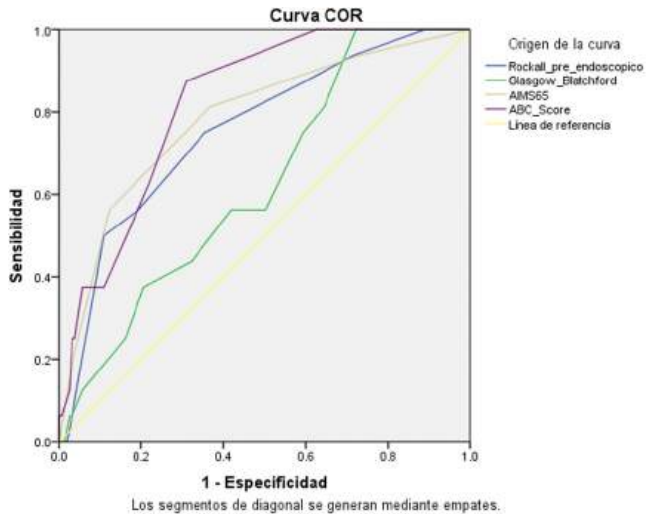
Resultados: Se incluyó a 171 pacientes con HDA no variceal. La mediana de edad fue de 65 años (RIC 49-76). La mayoría correspondió a hombres (63,2%) y 36,8% a mujeres. Respecto de los antecedentes, el 46,8% refirió consumo de alcohol, 42,1% tabaquismo, 23,4% DM, 39,2% hipertensión arterial, 7,6% enfermedad renal crónica y 10,5% cardiopatía. El 27,5% había presentado un episodio previo de hemorragia. En cuanto al uso de medicamentos, 42,1% señaló consumo de AINE y los más comunes fueron diclofenaco (12,3%), paracetamol (8,8%), ibuprofeno (5,8%) y ketorolaco (5,8%). El 12,3% informó uso de AAS. Al ingreso, el 20,5% presentó hipotensión, 40,9% taquicardia y 8,8% alteración del estado de alerta. Se documentó LRA en 26,3% de los casos. La mediana de hemoglobina fue de 7,8 g/dL (RIC 6-10,7), leucocitos 10,8/mm³ (RIC 8-14,6) y creatinina 0,9 mg/dL (RIC 0,7-1,5). En cuanto a la causa de la hemorragia, la más frecuente fue úlcera gástrica o duodenal (70,2%), seguida de desgarro de Mallory-Weiss (7,6%) y enfermedad erosiva (7%). En 10,5% de los casos no se identificó la causa del sangrado. Sólo el 8,2% recibió tratamiento endoscópico. El 49,7% recibió transfusión de hemoderivados. El resangrado intrahospitalario ocurrió en 1,8% de los pacientes y la mortalidad intrahospitalaria fue de 9,4%. Se evaluó la capacidad predictiva de las escalas Rockall preendoscópica, Glasgow-Blatchford, AIMS65 y ABC Score mediante curvas ROC. El ABC Score mostró el mejor desempeño pronóstico con un área bajo la curva (AUC) de 0,823 (IC95%, 0,739-0,907, $p < 0,001$),

seguido por AIMS65 con un AUC de 0,784 (IC95%, 0,660-0,908, $p < 0,001$). La escala Rockall preendoscópica mostró un AUC de 0,755 (IC95%, 0,633-0,878, $p = 0,001$), mientras que Glasgow-Blatchford obtuvo un AUC de 0,627 (IC95%, 0,500-0,754, $p = 0,096$), sin alcanzar significancia estadística (Figura 1).

Conclusiones: La HDA no variceal en esta cohorte afectó principalmente a adultos mayores con úlcera péptica como causa predominante y mostró una mortalidad intrahospitalaria considerable. El ABC Score fue la herramienta más precisa para predecir efectos adversos y destacó su utilidad en la estratificación temprana del riesgo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Curva ROC para diferentes escalas pronósticas en HDA no variceal. (Mar393)



Mar394

COMPARACIÓN DE ESQUEMAS CON IBP VERSUS PCAB PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN PRÁCTICA AMBULATORIA DEL NOROESTE DE MÉXICO

G. Herrera-Quñones, C. F. Peña-Puga, Departamento de Endoscopia, Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Zona N.º 30, Instituto Mexicano del Seguro Social Mexicali

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* (Hp) es causa de enfermedades como gastritis crónica, úlcera péptica y linfoma del tejido linfóide relacionado con mucosas (MALT). México es un país con alta prevalencia de infección por Hp y uno de los desafíos en el tratamiento de erradicación es la elevada tasa de resistencia antibiótica, especialmente a la claritromicina (C) y el metronidazol (M); esto ha provocado que los esquemas tradicionales, basados en inhibidores de la bomba de protones (IBP), se utilicen con menos frecuencia y se favorezca el empleo de esquemas cuádruples con bismuto (S) y tetraciclina (T) que tienen posologías difíciles de seguir con efectos adversos gastrointestinales frecuentes. En Asia, desde 2014, se han indicado esquemas de erradicación que incluyen bloqueadores de ácido competitivo de potasio (PCAB) acompañados de amoxicilina (A) a dosis altas, y en otros casos con macrólidos, que han demostrado efectividad similar o superior a los esquemas convencionales, pero su efectividad en la práctica clínica real en Occidente no se conoce.

Objetivo: Comparar la eficacia de los esquemas de erradicación de Hp basados en IBP respecto de PCAB en una cohorte adulta del noroeste de México, un estudio retrospectivo de vida real.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo realizado entre mayo de 2021 y junio de 2025 en una unidad de gastroenterología ambulatoria. Se incluyó a 145 pacientes ≥ 18 años con diagnóstico confirmado de infección por Hp mediante antígeno en heces, prueba de ureasa o histopatología. Se clasificaron en dos grupos de acuerdo con el tipo de inhibidor ácido utilizado: IBP (esomeprazol, pantoprazol, lansoprazol) o PCAB (fexuprazán (F), tegoprazán (T) y antibióticos: FAM, TAMS, TAMC, IBP sin bismuto e IBP con bismuto.

El desenlace principal fue la erradicación, definida como una prueba negativa posterior al tratamiento. Se excluyó a los pacientes sin prueba de Hp postratamiento y con tratamientos incompletos. El análisis fue descriptivo; se calcularon la tasa de erradicación primaria y la proporción de retratamientos. Las variables categóricas se compararon con la prueba χ^2 . Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Tras la exclusión se analizó a 111 pacientes: 61 en el grupo IBP (sin bismuto, 88,52%, y con bismuto, 11,48%) y en el grupo PCAB ($n = 50$) se utilizaron esquemas FAM (64%), TAMS (18%) y TAMC (18%). La edad media fue de 49,47 años ($DE \pm 17,49$), con predominio del sexo femenino (56,76%). En las histopatologías se observaron hallazgos consistentes con gastritis crónica predominantemente (37,86%), seguida de gastritis folicular (28,16%), atrofia (18,45%), metaplasia incompleta (10,68%) y metaplasia completa (4,85%). La erradicación se confirmó en 58 pacientes con IBP (95,08%) y en 47 pacientes con PCAB (94%). Seis individuos (5,4%) requirieron esquema adicional, sin diferencia significativa entre grupos. No se registraron efectos adversos mayores. La adherencia al tratamiento fue adecuada en 94,48% de los casos. La adherencia del grupo IBP fue de 96,05% mientras que la de PCAB fue de 92,75%.

Conclusiones: Los esquemas con PCAB disponibles en México (fexuprazán) demostraron una erradicación equivalente a los tratamientos tradicionales con IBP en esta cohorte mexicana ambulatoria, sin diferencias en tolerancia ni necesidad de otro esquema. Estos hallazgos sugieren que los PCAB pueden considerarse una alternativa viable en el tratamiento de primera línea contra Hp. Se requieren estudios multicéntricos y protocolos clínicos para validar estos hallazgos preliminares.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar395

PERFIL CLÍNICO, FACTORES ASOCIADOS Y RESPUESTA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON GASTROPARESIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Y. G. Céspedes-Saballos, A. G. González-Rodríguez, S. Camacho, M. Moto-la-Kuba, F. Higuera-De-la-Tijera, Y. M. Velazco-Santiago, M. A. Díaz-Castro, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La gastroparesia es un trastorno gastrointestinal caracterizado por el retraso del vaciamiento gástrico en ausencia de obstrucción mecánica. Esta anomalía modifica significativamente la calidad de vida de los pacientes. La diabetes mellitus, sobre todo en casos de mal control glucémico, constituye la principal causa de la gastroparesia. Estudiar el perfil clínico, los factores relacionados y la respuesta terapéutica a este padecimiento es fundamental para optimizar su diagnóstico y tratamiento, lo cual mejora el pronóstico de los afectados.

Objetivo: Determinar el perfil clínico, comorbilidades, hallazgos diagnósticos, gravedad sintomática y respuesta terapéutica en pacientes con gastroparesia atendidos en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes diagnosticados con gastroparesia en un hospital de tercer nivel entre enero de 2022 y diciembre de 2024. El diagnóstico se confirmó mediante gammagrafía de vaciamiento gástrico y se consideró como criterio de inclusión un retardo del vaciamiento gástrico $\geq 10\%$ a las cuatro horas en ausencia de obstrucción mecánica.

Se recopilaron datos demográficos (edad, sexo, índice de masa corporal), comorbilidades (diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo), hábitos (tabaquismo, alcoholismo) y patrones metabólicos (valores de hemoglobina glucosilada HbA1c). La intensidad de los síntomas se evaluó mediante el *Gastroparesis cardinal symptom index* (GCSI), un instrumento validado que cuantifica la intensidad de la náusea, vómito, saciedad temprana, distensión y dolor abdominal en una escala de 0 (ausencia) a 5 (muy intenso). Todos los pacientes se sometieron a panendoscopia para descartar obstrucción mecánica y evaluar hallazgos adjuntos (gastritis, reflujo biliar, úlceras). El tratamiento farmacológico se basó en procinéticos. El seguimiento se realizó a los seis meses y se reevaluaron el GCSI y el control glucémico.

El análisis se expresó en frecuencia (porcentajes) para variables categóricas y medias $\pm$ desviación estándar para variables continuas. La comparación del GCSI antes y después del tratamiento se llevó a cabo mediante la prueba de Wilcoxon para muestras pareadas. El análisis se ejecutó en SPS v.25.

Resultados: La muestra incluyó a 23 pacientes, con una media de edad de 42,9 $\pm$ 12,3 años y predominio del sexo femenino (65,2%). La diabetes

mellitus estuvo presente en el 73,9% de los casos, principalmente el tipo 1 (39,1%), y el 43,5% mostró mal control glucémico (HbA1c > 8%). Los hallazgos endoscópicos fueron normales en el 52,2% de los casos, en tanto que el 30,4% presentó gastritis crónica. La prevalencia de tabaquismo y alcoholismo fue del 39,1% y 21,7%, respectivamente. La gravedad sintomática inicial, medida por el GCSI, fue de $3,09 \pm 0,68$, con mejoría significativa a $2,40 \pm 0,78$ tras seis meses de tratamiento. La comparación de las puntuaciones del GCSI mediante la prueba de wilcoxon reveló una reducción significativa de la intensidad de los síntomas luego de seis meses de tratamiento ($Z = -3,532$; $p < 0,001$). El 78,3% de los pacientes experimentó retardo moderado o grave del vaciamiento gástrico. El 66,7% logró respuesta clínica completa al tratamiento con procinéticos.

Conclusiones: La gastroparesia se relaciona en particular con diabetes mellitus mal controlada y afecta en mayor medida a mujeres jóvenes. El tratamiento con procinéticos demostró ser efectivo en la mayoría de los pacientes, con notable mejoría de los síntomas. Un enfoque integral que combine el control glucémico estricto con la evaluación continua de los síntomas es esencial para optimizar el tratamiento de estos pacientes.

Financiamiento: Este estudio no dispuso de financiamiento.

Mar396

GASTRITIS ATRÓFICA AUTOINMUNE CRÓNICA Y SUS CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS

A. M. Mijangos-Trejo, M. Figueroa-Palafox, J. M. Gaspar-Gurza, J. E. Pastrana-Vivero, J. M. Fierro-Fuentes, N. E. Aguilar-Olivos, F. Rojas-Mendoza, N. C. Chávez-Tapia, E. Cerda-Contreras, Médica Sur

Introducción: La gastritis atrófica autoinmune crónica (GAAC, por sus siglas en inglés) es un trastorno inflamatorio crónico que afecta la mucosa gástrica oxíntica, lo que conduce a una atrofia mucosa progresiva. Es una afección relativamente rara, con una prevalencia calculada de 0,3 a 2,7%. Su incidencia y prevalencia se encuentra infraestimadas.

Objetivo: Describir los hallazgos endoscópicos más frecuentes de los pacientes con GAAC.

Informe de casos: Se incluyeron los expedientes de los pacientes de un hospital privado con diagnóstico de gastritis atrófica autoinmune de enero de 2017 a junio de 2024. El diagnóstico se estableció mediante biopsia para confirmar la atrofia de la oxíntica más la presencia de anticuerpos séricos positivos (ya sea anticélulas parietales o antifactor intrínseco). Tipo de estudio: descriptivo, de corte transversal, retrospectivo y observacional. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar; se usó la U de Mann-Whitney para determinar la diferencia entre grupos. Se incluyeron 21 casos de GAAC, con una edad media de 62 años ($\pm 13,8$). El 52,4% correspondió a mujeres. El 33,3% tenía hipotiroidismo primario (síndrome tirogástrico) y el 14,3% diabetes mellitus. Los síntomas más frecuentes fueron diarrea (76,2%) y distensión abdominal (66,7%). En los análisis de laboratorio se evidenciaron valores bajos de vitamina B₁₂ (219 ± 146 pg/mL) e hipergastrinemia (664 pg/mL). Sólo el 14,3% de los pacientes tenía anemia, mientras que el 52,4% reveló déficit de vitamina B₁₂. No se identificaron casos con deficiencia de ácido fólico. Los hallazgos endoscópicos se detallan en la **Tabla 1**. Tres pacientes (14,3%) se diagnosticaron con tumores neuroendocrinos. Se observó una tendencia a cifras más elevadas de gastrina en estos enfermos en comparación con aquéllos sin tumores neuroendocrinos (1 136 pg/mL vs. 570 pg/mL), aunque la diferencia no alcanzó significancia estadística ($p = 0,07$).

Discusión: En un estudio multicéntrico realizado en 2019 en población asiática se notificó que el 11,4% de los pacientes con gastritis atrófica autoinmune tenía tumores neuroendocrinos, cifra comparable al 14,3% observado en esta serie. Sin embargo, mientras que en dicho estudio el 9,8% de los pacientes desarrolló adenocarcinoma gástrico, en este grupo no se identificaron casos con esta neoplasia. Por otro lado, en un estudio multicéntrico se informó que el 36,3% de los pacientes con gastritis autoinmune mostró al menos un pólipso gástrico durante un seguimiento mediano de cuatro años, cifra que contrasta significativamente con el 66,7% observado en esta serie. Tal diferencia podría explicarse por variaciones en la población estudiada o la duración y metodología del seguimiento. En una de las series más amplias de pacientes con gastritis autoinmune confirmada serológicamente, la prevalencia de infección activa por *Helicobacter pylori* determinada mediante histología fue del 7,8%. Este porcentaje es notablemente inferior al observado en esta población, en la cual se identificó una prevalencia del 33,3% de infección por *H. pylori*.

Conclusiones: El 90,5% de los sujetos con GAAC desarrolló metaplasia intestinal, el 66,7% tuvo algún tipo de pólipo gástrico y el 14,3% tuvo un tumor neuroendocrino.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Hallazgos de endoscopia y biopsia [n = 21; n (%)]. (Mar396)

Imagen endoscópica consistente con atrofia	21 (100%)
<i>Helicobacter pylori</i>	7 (33,3%)
Metaplasia intestinal	19 (90,5%)
Pólipos gástricos	14 (66,7%)
Duodeno macroscópicamente normal	15 (71,4%)
Duodenitis macroscópica	5 (23,8%)
Atrofia duodenal histológica	0
Linfocitos intraepiteliales duodenales	5 (23,8%)
Íleon macroscópicamente normal	13 (61,9%)
Ileitis macroscópica	8 (38,1%)
Atrofia de vellosidades de íleon	6 (28,6%)
Atrofia leve de vellosidades de íleon	3 (14,3%)
Atrofia moderada de vellosidades de íleon	3 (14,3%)
Atrofia grave de vellosidades de íleon	0
Hiperplasia de las criptas de íleon	2 (9,5%)
Tumor neuroendocrino	3 (14,3%)

Mar397

HIPOALBUMINEMIA COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR

E. S. Hernández-Musus, J. L. Ranero-Meneses, A. A. Vargas-Escobar, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Introducción: La hipoalbuminemia se ha identificado como un factor relacionado con desenlaces adversos en múltiples afecciones críticas, incluida la hemorragia gastrointestinal superior (HGIS). Su utilidad como marcador de mortalidad es relevante para guiar las decisiones clínicas tempranas.

Objetivo: Determinar la relación entre hipoalbuminemia y la mortalidad hospitalaria en pacientes con HGIS.

Material y métodos: Estudio analítico transversal. Se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de HGIS ingresados al IGSS. Se recopilaron variables clínicas, bioquímicas y de desenlace. Se aplicó análisis estadístico bivariado mediante las pruebas ji cuadrada y t de Student. Se consideró significancia estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 91 pacientes (65,9% de hombres), con edad media de 67 años (**Tabla 1**). La causa variceal se vinculó significativamente con mayor mortalidad ($RR = 2,11$, $p = 0,03$). La albúmina sérica fue menor en pacientes fallecidos (media, 2,3 g/dL) frente a sobrevivientes (3,3 g/dL; $p = 0,01$). También se encontró relación significativa con días de hospitalización ($p = 0,01$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en variables como sexo, edad, comorbilidades, bilirrubinas totales, INR ni tipo de tratamiento recibido.

Tabla 1. (Mar397)

Variables	Global	Muerte		RR (IC95%)	Valor de p
		Sí	No		
Sexo f (%)				0,88 (0,703-1,12)	0,35
Masculino	60 (65,90)	17 (73,9)	43 (63,2)		
Femenino	31 (34,10)	6 (26,1)	25 (36,8)		
Edad $\bar{X}$ (DE)	67,0 (15,7)	63,35 (15,96)	64,38 (15,81)		0,70

Procedencia, f (%)				1,23 (0,87-1,72)	0,16
Metropolitano	70 (76,10)	5 (25)	15 (75)		
No metropolitano	22 (23,9)	5 (26,3)	14 (73,7)		
Antecedentes, f (%)					
Hipertensión arterial	56 (61,5)	15 (69,6)	40 (58,8)	1,42 (0,65-3,12)	0,36
Diabetes mellitus	35 (38,5)	9 (39,1)	25 (38,2)	1,02 (0,77-1,26)	0,93
ERC	16 (17,6)	3 (13,0)	13 (19,1)	0,70 (0,23-2,08)	0,50
Cirrosis hepática	17 (18,70)	5 (21,7)	12 (18,7)	1,20 (0,52-2,79)	0,66
Sin antecedentes	5 (5,50)	1 (4,3)	4 (5,9)	0,79 (0,13-4,68)	0,78
Etiología, f (%)				2,11 (1,05-4,22)	0,03
Variceal	31 (34,1)	12 (52,2)	19 (27,9)		
No variceal	60 (65,9)	11 (47,8)	49 (72,1)		
Úlceras gástricas	22 (24,2)	3 (13)	19 (27,9)		
Úlceras duodenales	11 (12,10)	3 (13)	8 (11,8)		
Lesión erosiva	15 (16,50)	3 (13)	12 (11,8)		
Neoplasia	11 (12,10)	2 (8,7)	9 (13,2)		
Tratamiento, f (%)				1,42 (0,54-3,72)	0,45
Médico	70 (76,90)	19 (82,6)	51 (75,0)		
Endoscópico	21 (23,10)	4 (17,4)	17 (25,0)		
HB $\bar{X}$ (DE)	7,5 (5,47)	7,4 (2,1)	7,6 (6,21)		0,70
PLQ $\bar{X}$ (DE)	212 (133)	213 (153,58)	206 (127)		0,76
TP $\bar{X}$ (DE)	14,10 (5,64)	15,3 (2,64)	13,5 (6,36)		0,44
BT $\bar{X}$ (DE)	1,10 (5,78)	1,9 (8,6)	1,0 (4,29)		0,16
AST $\bar{X}$ (DE)	37 (149,65)	49 (37,26)	34 (171,93)		0,32
ALT $\bar{X}$ (DE)	23 (153,49)	34 (15,53)	23 (176,98)		0,24
Albúmina $\bar{X}$ (DE)	3,20 (2,50)	2,30 (4,94)	3,30 (0,62)		0,01
INR $\bar{X}$ (DE)	1,25 (0,61)	1,35 (0,22)	1,22 (0,69)		0,20
BUN $\bar{X}$ (DE)	24,0 (31,97)	34 (32,86)	24 (31,73)		0,29
CREA $\bar{X}$ (DE)	1,17 (31,97)	1,17 (28,21)	1,20 (27,73)		0,89
Rockall $\bar{X}$ (DE)	3,0 (1,51)	3,0 (1,75)	2,0 (1,39)		0,11
Días $\bar{X}$ (DE)	13 (13,67)	20 (18,97)	10 (10,56)		0,01

HTA, hipertensión arterial; DM2, diabetes mellitus tipo 2; ERC, enfermedad renal crónica; HB, hemoglobina; PLQ, plaquetas; TP, tiempo de protrombina; BT, bilirrubina total; AST, aspartato aminotransferasa; ALT, alanina aminotransferasa; BUN, nitrógeno de urea sérico; CREA, creatinina.

Conclusiones: La hipoalbuminemia demostró ser un predictor significativo de mortalidad en pacientes con HGIS. Su uso podría fortalecer los modelos pronósticos actuales y guiar intervenciones tempranas.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Mar398

EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*: INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES VS. BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVO DE POTASIO

M. Baca-García, C. S. Tinitana-Jumbo, D. B. Lorenzo-Valle, V. Hernández-Garza, A. G. González-Rodríguez, S. Camacho-Hernández, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) han sido la piedra angular de la supresión del ácido gástrico durante décadas. Los bloqueadores competitivos de potasio (p-CAB) se han incorporado recientemente como alternativas con inicio de acción más rápido y mayor supresión ácida sostenida. Ambos grupos farmacológicos, cuando se combinan con regímenes antibióticos adecuados, permiten alcanzar tasas elevadas de erradicación de *Helicobacter pylori* (HP), lo que a su vez contribuye a la reducción de la inflamación gástrica y, con ello, a la mejoría de los síntomas relacionados con el reflujo gastroesofágico.

Objetivo: Evaluar la mejoría sintomática de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en pacientes con infección por *H. pylori* tras la erradicación con tratamiento basado en tegoprazán en comparación con la modalidad basada en esomeprazol.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal y analítico en pacientes con infección por HP y síntomas de ERGE, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga. Los pacientes se dividieron en dos grupos de tratamiento: el primero recibió un esquema basado en tegoprazán (TPZ) y el segundo en esomeprazol (ESO). Se evaluaron 13 síntomas de ERGE, típicos y extraesofágicos antes y un mes después de la erradicación de HP. El análisis estadístico se realizó con la prueba de Wilcoxon para muestras pareadas para evaluar la significancia de la mejoría de los síntomas dentro de cada grupo de tratamiento (intragrupo). Para la comparación de la magnitud de la mejoría entre ambos grupos de tratamiento (intergrupo) se usó la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se analizó a 134 pacientes, con una edad promedio de $51,9 \pm 12$ años y el 76,1% de mujeres. Al comparar la magnitud de la mejoría de síntomas de ERGE posterior al tratamiento de erradicación se demostró la reducción significativa de los síntomas en ambos grupos. En el grupo TPZ se observó mejoría significativa en pirosis ($p = 0,0454$), regurgitación ($p = 0,0218$), dolor retroesternal ($p = 0,0343$), ronquera ($p = 0,0103$), aclaración excesiva de garganta ($p = 0,001$) y ardor en garganta ($p = 0,0105$). Por su parte, el grupo ESO mostró reducción significativa en pirosis ($p = 0,0158$), regurgitación ($p = 0,0042$), dolor retroesternal ($p = 0,0002$), disfagia ($p = 0,0125$) y laringoespasmo ($p = 0,0032$). Otros síntomas, como odinofagia, disfonía y tos crónica, no alcanzaron significancia intragrupal en ambos esquemas ($p > 0,05$). Por último, al comparar la magnitud de la mejoría entre ambos grupos no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los síntomas típicos y extraesofágicos. La única diferencia significativa se identificó en el escurrimiento nasal posterior, que mostró una reducción significativa tras el tratamiento con TPZ ($p = 0,026$).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con ERGE, ambos esquemas de erradicación demostraron una reducción significativa de los síntomas típicos y extraesofágicos luego del tratamiento. La mejoría clínica fue comparable entre los grupos TPZ y ESO, sin diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los síntomas evaluados. La única diferencia observada fue una mayor reducción del escurrimiento nasal posterior en el grupo TPZ. Estos hallazgos sugieren que la erradicación de *Helicobacter pylori* puede contribuir a la mejoría de los síntomas de ERGE, independientemente del esquema utilizado, aunque ciertos síntomas extraesofágicos podrían responder de forma diferencial.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar399

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A RESANGRADO EN HEMORRAGIA NO VARICEAL

A. P. Escobedo-Zúñiga, F. Higuera-De-la-Tijera, A. Galindo-Félix, C. E. Coronel-Castillo, A. I. García-Ureña, E. Ornelas-Escobedo, M. Motola-Kuba, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La hemorragia gastrointestinal no variceal es una de las causas más comunes de hospitalizaciones relacionada con trastornos gastrointestinales, hasta > 50%. Representa una incidencia anual calculada de 40 a 150 casos por 100 000 personas. La mortalidad varía de acuerdo con la región; en México se informó una de 3,3 a 6%. La causa más frecuente es la úlcera gástrica (> 50% casos). Es importante identificar y estratificar a los pacientes desde su ingreso hospitalario para identificar lesiones de alto riesgo por tener mayor probabilidad de resangrado, así como aquellas lesiones de bajo riesgo ya que los pacientes pueden egresar, además de disminuir la estancia hospitalaria porque presentan probabilidad baja de recurrencia de la hemorragia. Se ha notificado hasta el 16,5% de resangrado a 30 días del alta hospitalaria, lo que implica hasta 133 368 días de hospitalización al año, lo cual representa una gran erogación económica por lo que es importante, además de utilizar escalas pronósticas, identificar y reconocer los factores de riesgo clínicos y los hallazgos endoscópicos con mayor efecto en el resangrado en esta población.

Objetivo: Determinar los factores clínicos y los hallazgos endoscópicos relacionados con resangrado en pacientes con hemorragia del tubo digestivo alto no variceal.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional en el cual se incluyó a 106 pacientes durante un periodo de dos años y seis meses (2023-2025). Se empleó estadística descriptiva para el análisis de datos, con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas; para las cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes. Para el análisis bivariado se empleó ji cuadrada, mientras que para determinar el riesgo se obtuvo razón de momios. Se consideró una $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: Se incluyó a 106 pacientes con diagnóstico de hemorragia del tubo digestivo alto no variceal secundaria a úlcera péptica, de los cuales 51 (48,11%) no presentaron recurrencia de hemorragia y 55 (51,88%) mostraron resangrado. Dentro del grupo de pacientes con resangrado, la mayoría correspondió a hombres con 69,09% (38 pacientes), en tanto que 17 fueron mujeres (30,90%). En cuanto a los factores clínicos y endoscópicos relevantes, hubo relación estadísticamente significativa en factores para resangrado en edad > 65 años (RP: 1,91; IC95%, 1,07-3,39; $p = 0,00$), anemia moderada a grave (RP: 1,43; IC95%, 1,05-1,96; $p = 0,02$), presencia de comorbilidades (RP: 2,23; IC95%, 1,37-3,65; $p = 0,00$) y tamaño de úlcera > 10 mm (RP: 1,86; IC95%, 1,20-3,45; $p = 0,01$).

Conclusiones: Es importante considerar factores clínicos, así como hallazgos endoscópicos para complementar el abordaje inicial de los pacientes con hemorragia del tubo digestivo alto no variceal con alto riesgo de recurrencia para realizar un tratamiento y vigilancia adecuados.

Financiamiento: Este estudio no contó con financiamiento.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 18 de noviembre de 2025

Intestino delgado y colon

Mar400

PREVALENCIA, CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA DE COLITIS MICROSCÓPICA Y SUS SUBTIPOS EN UNA POBLACIÓN MEXICANA DE PACIENTES CON DIARREA CRÓNICA ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La colitis microscópica (CM) es una causa frecuente pero subdiagnosticada de diarrea crónica acuosa, especialmente en adultos mayores. Se divide en dos subtipos histológicos principales: colitis linfocítica (CL) y colitis colagenosa (CC), ambas caracterizadas por hallazgos microscópicos en biopsia colónica, en presencia de mucosa endoscópicamente normal. Aunque por lo regular se relaciona con mujeres de edad avanzada, la CM puede afectar a ambos sexos y su presentación clínica se superpone con otras enfermedades, como el síndrome de intestino irritable o la enfermedad celiaca. La identificación oportuna permite un tratamiento efectivo, en particular con budesonida, y una mejoría de la calidad de vida.

Objetivo: Determinar la prevalencia y describir las características clínicas y endoscópicas de los diferentes subtipos de colitis microscópica en pacientes mexicanos con diarrea crónica.

Material y métodos: Se estudió a 228 pacientes evaluados por diarrea crónica en la consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga de diciembre de 2022 a junio de 2024 sometidos a colonoscopia y toma de biopsias colónicas segmentarias. Tipo de estudio: descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Variables analizadas: sociodemográficas, características clínicas de la diarrea, síntomas, consumo de AINE, IBP, tabaquismo, comorbilidades, hallazgos macroscópicos en endoscopia, diagnóstico de CM en la histología, tipo (CL o CC), hallazgos relacionados (fibrosis subepitelial, infiltrado linfoplasmocitario, atrofia de criptas). 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.

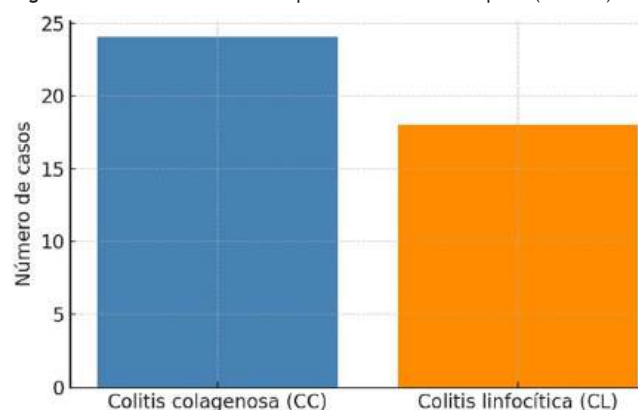
Resultados: Se incluyó a un total de 228 pacientes evaluados por diarrea crónica, con edad media de $59,3 \pm 13,2$ años, de los cuales 163 (71,5%)

fueron mujeres. En 42 pacientes (18,4%) se confirmó el diagnóstico histológico de colitis microscópica (CM). Entre los sujetos con CM, el subtipo más frecuente fue la colitis colagenosa (CC) con 24 casos (57,1%), seguida por la colitis linfocítica (CL) con 18 casos (42,9%). La mayoría de los pacientes con CM correspondió a mujeres (85,7%) y su edad media fue ligeramente superior a la del resto de la cohorte ($61,8 \pm 12,5$ años vs. $58,7 \pm 13,4$ años). El consumo de AINE estuvo presente en 33,3% y el antecedente de enfermedades autoinmunes en el 23,8% de quienes presentaron CM. El tabaquismo activo también fue más frecuente en pacientes con CM en un 31,0%. En cuanto a los hallazgos endoscópicos, la mucosa colónica se describió como normal en el 83,3% de los pacientes con CM, en tanto que en el restante 16,7% se observaron signos leves de inflamación inespecífica, como eritema difuso o friabilidad, principalmente en el grupo con colitis colagenosa. Desde el punto de vista histopatológico, el compromiso fue pancolónico en 64,2% de los casos, con predominio del colon derecho en 21,4%. En los individuos con CC se identificó fibrosis subepitelial en el 100% de los casos, mientras que los enfermos con CL mostraron un infiltrado intraepitelial mayor a 20 linfocitos por campo de gran aumento (Figura 1).

Conclusiones: La colitis microscópica está presente en casi uno de cada cinco pacientes con diarrea crónica sin hallazgos endoscópicos indicativos. El subtipo más frecuente fue la colitis colagenosa. La toma sistemática de biopsias colónicas en estos pacientes es fundamental para el diagnóstico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Distribución de los subtipos de colitis microscópica. (Mar400)



Mar401

CONCORDANCIA ENTRE LA PRUEBA DE TAMIZAJE PERSONAL EN MÉDICOS Y EL RECOMENDADO A PACIENTES PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER COLORECTAL

D. K. Torres-Ruvalcaba, M. A. Garza-Ledezma, J. O. Jáquez-Quintana, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) constituye una de las principales causas de morbilidad en países occidentales. En México representa el 7,8% de los nuevos casos de cáncer y el 8,9% de las muertes oncológicas. A pesar de la existencia de guías nacionales e internacionales que recomiendan el tamizaje a partir de los 45 a 50 años, su implementación clínica aún es limitada. La conducta médica personal podría influir en la recomendación del tamizaje a los pacientes. Este estudio explora la coherencia entre las prácticas personales del tamizaje de CCR entre médicos y sus recomendaciones clínicas, como reflejo del autocuidado y la adherencia a guías clínicas.

Objetivo: Evaluar la concordancia entre el tipo de prueba de tamizaje que los médicos realizan en sí mismos y la prueba que recomiendan a sus pacientes para el tamizaje de CCR.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y descriptivo basado en una encuesta electrónica anónima de 17 reactivos aplicada a médicos mayores de 35 años en las especialidades de gastroenterología, medicina interna, cirugía general y medicina familiar. Se recolectaron variables demográficas, antecedentes familiares, experiencia personal con el autotamizaje y recomendaciones clínicas. Se construyó una tabla de contingencia y se aplicaron pruebas de ji cuadrada y el índice kappa de Cohen para evaluar la concordancia entre ambas variables.

Resultados: Se incluyó a 302 médicos: 70,4% de hombres y 28,9% de mujeres. El 39,2% había realizado alguna vez una prueba de tamizaje y el método más usado fue la colonoscopia (68,7%), seguida por FIT (11,3%) y guayaco (7,8%). La prueba más recomendada para mayores de 50 años fue la colonoscopia (63,8%), seguida de FIT (28,9%). El 95,7% refirió basarse en guías clínicas, en especial AGA, AMG y AMEG (Tabla 1). Se analizaron 115 casos sobre la prueba de tamizaje realizada por los médicos y la prueba de tamizaje que recomiendan a sus pacientes mayores de 50 años. La prueba más frecuente fue la colonoscopia (68,7%), que también resultó ser la más recomendada (73,4%). En general, se observó una tendencia descriptiva a que los médicos recomienden la misma prueba que ellos mismos se indican. La prueba ji cuadrada mostró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 93,841$, $p < 0,001$). La medida de concordancia kappa fue de 0,170 ($p < 0,001$), lo que indica una concordancia ligera pero significativa y sugiere que hay cierta relación entre la experiencia personal y la recomendación clínica.

Conclusiones: Este estudio revela que, si bien existe una relación significativa entre las prácticas personales de tamizaje y las recomendaciones clínicas en médicos mexicanos, esta relación es sólo parcialmente concordante, lo cual abre una oportunidad para mejorar la coherencia entre autocuidado médico y práctica profesional y sugiere que la experiencia personal no es el único ni el principal determinante en la recomendación clínica. La mayoría de los médicos encuestados recomienda el tamizaje de CCR, lo que indica un alto nivel de conciencia profesional, independiente de su experiencia personal con la prueba que eligieron para sí mismos. Estos hallazgos indican que, aunque la práctica personal influye, no determina completamente las recomendaciones clínicas y refuerzan la necesidad de intervenciones educativas que fomenten una mayor alineación entre autocuidado médico y práctica profesional, lo que fortalece los programas de prevención de CCR en la población general.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características sociodemográficas y profesionales*. (Mar401)	
Variable	n (%) o valor
Sexo (hombre)	H = 212 (70,4%), M = 87 (28,9%)
Grado académico (especialista)	297 (98,3%)
Especialidades más comunes	Gastroenterología (51,1%) Cirugía general y endoscopia (40,9%)
Sitio de práctica	Privada = 143 (47,4%), pública = 31 (10,3%), ambas = 127 (42,2%)

Cuenta con seguro social	209 (69,2%)
Cuenta con gastos médicos mayores	206 (68,2%)
Antecedente familiar de CCR	53 (17,5%)
Se ha realizado autodetección	118 (39,1%)
Edad media (sí autotamizaje)	56,5 años
Edad media (no autotamizaje)	43,9 años
Recomienda detección a > 50 años	294 (97,4%)
Recomienda colonoscopia en > 50 años	192 (63,6%)
Basado en guía clínica	288 (95,4%)
*Resultados de la encuesta sobre las características sociodemográficas y profesionales.	

Mar402

ACTITUDES HACIA LA COLONOSCOPIA COMO TAMIZAJE EN EL NORESTE DE MÉXICO: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA POBLACIONAL

R. C. Cortinas-Hernández, F. Márquez-Villarreal, J. Garza-Villarreal, S. Elizondo-Guevara, A. González-Cavazos, G. Torres-Barrera, J. A. Díaz-Cid, Tecnológico de Monterrey

Introducción: El cáncer colorrectal es la primera causa de muerte por cáncer en México en hombres y mujeres. La colonoscopia es el método de referencia para la detección y prevención del cáncer colorrectal y su realización se recomienda a partir de los 45 años. Sin embargo, su aceptación por parte de la población es aún limitada debido a diversos factores como el desconocimiento, la incomodidad o el acceso al procedimiento. Conocer las percepciones, barreras y disposiciones de la población hacia la colonoscopia es esencial para aumentar la participación en programas de detección oportuna y, con ello, reducir la incidencia y la mortalidad vinculadas con el cáncer colorrectal.

Objetivo: Conocer las actitudes y motivos relacionados con la realización o no de la colonoscopia como tamizaje de cáncer de colon, incluida la disposición futura ante recomendación médica.

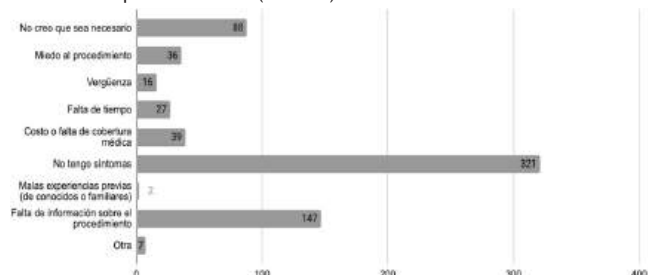
Material y métodos: Se condujo un estudio transversal, observacional y descriptivo por medio de una encuesta anónima en formato electrónico a personas mayores de 45 años para evaluar su conocimiento y percepción acerca de la colonoscopia, con obtención de 800 respuestas. La encuesta incluyó las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes familiares de cáncer de colon, realización previa de colonoscopia, motivo para efectuar una colonoscopia (en caso afirmativo), razones para rechazar una colonoscopia (en caso negativo), disposición a realizarse una colonoscopia en el futuro y, en caso de negativa, los motivos para declinarla. Los criterios de inclusión fueron hombres y mujeres voluntarios entre las edades de 45 y 85 años; se excluyeron las respuestas de participantes fuera de las edades de 45 a 85 años de edad y las incompletas.

Resultados: Dentro de los 800 participantes, 68% correspondió al sexo femenino. El 21,72% (n = 174) de la población encuestada se ha sometido a una colonoscopia por razones preventivas o por presentación de síntomas. El 78,15% (n = 626) de los participantes no contaba con una colonoscopia previa por distintas razones, las cuales se muestran en la Figura 1. Además, el 9,86% (n = 79) tenía antecedentes heredofamiliares de cáncer de colon y de esa proporción sólo el 30,4% (n = 24) se había sometido a una colonoscopia. El 69,6% (n = 55) de los participantes con antecedentes heredofamiliares no se había realizado una colonoscopia a pesar de sus antecedentes. Por último, el 96,63% (n = 774) estaría dispuesto a practicarse una colonoscopia si recibiera esa indicación médica.

Conclusiones: Los resultados reflejan la falta de conocimiento y la necesidad de educación acerca de la colonoscopia como método de tamizaje para la población en riesgo de sufrir cáncer de colon. La escasa recomendación del profesional de la salud, al igual que la falta de cultura preventiva, son factores modificables que disminuyen la cantidad de estudios indicados como tamizaje.

Financiamiento: Sin fuentes de financiamiento.

Figura 1. Motivos para no realizarse una colonoscopia. Distribución de las principales razones seleccionadas por los participantes que indicaron no haberse realizado una colonoscopia (n = 626). La pregunta era de opción múltiple, por lo que podía elegirse más de una respuesta. Las razones más frecuentes fueron la ausencia de síntomas, seguida por la falta de información sobre el procedimiento. (Mar402)



Mar403

FACTORES ASOCIADOS A LESIONES PREMALIGNAS COLORRECTALES EN PACIENTES CON ABSCESO HEPÁTICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Y. G. Céspedes-Saballos, A. G. González-Rodríguez, E. F. Hernández, S. Camacho, F. Higuera-De-la-Tijera, M. Motola-Kub, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los abscesos hepáticos bacterianos son infecciones graves que frecuentemente se originan por diseminación desde el tracto gastrointestinal. Se ha planteado la posible relación entre estas infecciones y la presencia de lesiones premalignas colorrectales, como adenomas, lo cual refuerza la hipótesis del vínculo entre infección hepática y riesgo neoplásico colorrectal. Sin embargo, la evidencia es todavía limitada.

Objetivo: Evaluar los factores vinculados con la presencia de lesiones premalignas colorrectales en pacientes diagnosticados con absceso hepático bacteriano.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, de tipo casos y controles, realizado en el Hospital General de México entre enero de 2020 y marzo de 2024. Se incluyó a 67 pacientes adultos con diagnóstico de absceso hepático bacteriano sometidos a colonoscopia durante su atención. Los casos se definieron como aquellos con hallazgos de lesiones premalignas (adenomas con o sin displasia) y los controles como pacientes sin dichas lesiones. Se recolectaron variables demográficas, comorbilidades y hallazgos microbiológicos y endoscópicos. Se utilizó estadística descriptiva (frecuencia, porcentaje, media $\pm$ desviación estándar) y análisis comparativo bivariado mediante SPSS v23.

Resultados: Se incluyó a 67 pacientes: 11 casos (16,4%) y 56 controles (83,6%). La edad promedio fue de 60 años. El 81,8% de los casos y la mayoría de los controles fueron mujeres. En el grupo de casos, sólo el 9,1% refirió tabaquismo, mientras que el 90,9% correspondió a no fumadores. En cuanto al aislamiento microbiológico, *Klebsiella pneumoniae* fue el germen predominante tanto en casos como en controles. En la evaluación colonoscópica, los pólipos localizados en ciego (36,4%) y colon distal (27,3%) fueron los hallazgos principales en el grupo de casos. Histológicamente, el 63,6% correspondió a adenomas tubulares sin displasia, 18,2% a adenomas tubulovillosos con displasia de alto grado y 9,1% a adenomas vellosos o tubulares con displasia de bajo grado. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en otras variables analizadas.

Conclusiones: En esta cohorte, las lesiones premalignas colorrectales en pacientes con absceso hepático se relacionaron con hallazgos endoscópicos específicos, principalmente pólipos proximales, y con el aislamiento frecuente de *K. pneumoniae*, lo que podría sugerir un papel indirecto de este patógeno en el proceso inflamatorio colónico. Estos resultados respaldan la realización sistemática de colonoscopia en pacientes con absceso hepático como estrategia de tamizaje, orientada a prevenir el desarrollo de cáncer colorrectal. Se necesitan estudios prospectivos para confirmar esta relación y definir protocolos de tamizaje específicos en esta población de riesgo.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Mar404

HIPOSENSIBILIDAD RECTAL Y SU ASOCIACIÓN CON PARÁMETROS MANOMÉTRICOS EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO

K. M. Meixueiro-Olivera, D. E. Espinoza-López, M. A. Díaz-Castro, A. Melgar-Pliego, A. Vela-Torres, A. G. Salmerón-Téllez, A. J. Iberri-Jaime, J. A. Villanueva-Herrero, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La hiposensibilidad rectal es una alteración sensorial objetivable mediante manometría anorrectal, caracterizada por un aumento de los umbrales de percepción rectal. Se ha postulado que podría contribuir al desarrollo de disinergia defecatoria, una alteración de la coordinación entre el esfuerzo abdominal y la relajación del canal anal durante la defecación. Se trató de evaluar la relación entre hiposensibilidad rectal y patrón disinérgico observado en la maniobra de pujo, así como describir la distribución de subtipos de disinergia según la presencia o ausencia de hiposensibilidad.

Objetivo: Determinar si existe una relación entre hiposensibilidad rectal y la presencia de defecación disinérgica, además de explorar la distribución de subtipos manométricos de disinergia según el estado sensorial rectal.

Material y métodos: Diseño: estudio transversal retrospectivo. Población: se incluyó a 44 pacientes adultos con estreñimiento crónico y estudio de manometría anorrectal completo. La hiposensibilidad rectal se definió como valores en o por encima del percentil 75^o para los umbrales de primera sensación (≥ 75 mL) y primer deseo de defecar (≥ 112 mL). Se comparó la frecuencia de maniobra defecatoria normal respecto de la alterada entre pacientes con y sin hiposensibilidad. También se analizó la distribución de subtipos de disinergia (tipo I y sin disinergia). Análisis estadístico: se utilizaron las pruebas ji cuadrada o Fisher según correspondiera. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Del total de 44 pacientes, 8 (18,2%) presentaron hiposensibilidad rectal. Ninguno de ellos mostró una maniobra defecatoria normal. En cambio, entre los sujetos sin hiposensibilidad (n = 36), 8 (22,2%) tenían una maniobra normal. Esta diferencia mostró una tendencia estadística hacia mayor frecuencia de disinergia en el grupo con hiposensibilidad ($p = 0,051$). Respecto de los subtipos de disinergia, en ambos grupos (con y sin hiposensibilidad) se observó distribución similar entre los casos con tipo I y aquellos sin disinergia. No se observaron diferencias significativas ($p = 1,0$).

Conclusiones: Los pacientes con hiposensibilidad rectal registraron una mayor frecuencia de disinergia defecatoria, sin alcanzar significancia estadística. Estos hallazgos sugieren una posible relación fisiopatológica entre el umbral sensorial rectal elevado y la alteración del patrón evacuatorio. La identificación de hiposensibilidad podría representar un fenotipo clínico útil para la estratificación de pacientes con disinergia y guiar estrategias de tratamiento como el tratamiento de biorretroalimentación.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar405

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN UNA CAMPAÑA DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE COLON EN EL NOROESTE DE MÉXICO

C. O. Morales-Gómez, E. Ledesma-Martínez, J. Félix-Gurrola, C. R. Elías-Ortega, M. M. García-Favela, M. A. Sánchez-Escandón, J. M. Avendaño-Reyes, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Gastromedical "Unidad regional de gastroenterología y endoscopia avanzada"

Introducción: El cáncer de colon representa la tercera causa de mortalidad en México y la segunda causa de mortalidad en Baja California. La implementación de estrategias para tamizaje oportuno representa una oportunidad para disminuir los gastos en salud pública y mejorar la calidad de vida de la población. La prueba inmunoquímica fecal (FIT) es una opción agradable, económica y práctica para el estudio del cáncer colorrectal.

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos relacionados con la participación incompleta (no devolver la prueba FIT) de la población en una campaña de prevención para el cáncer de colon.

Material y métodos: Se realizó una campaña por televisión abierta, radio y redes sociales en la ciudad de Mexicali en el periodo de marzo del 2025 a abril del 2025 acerca de la prevención del cáncer de colon y la entrega gratuita de pruebas FIT a población abierta > 45 años que cumpliera con los requisitos, previos cuestionario y firma de consentimiento informado. Se recopiló datos sociodemográficos, educativos, de salud, afiliación médica, antecedentes personales patológicos y antecedentes personales no patológicos. La recopilación de la información se efectuó a través de Google Forms y el análisis estadístico con el programa IBM SPSS Statistics v31. Se excluyó del análisis univariado y multivariado de regresión logística en total a cinco individuos (< 45 años e información incompleta).

Resultados: Se incluyó en total a 232 personas de las cuales 152 (65,5%) fueron mujeres, con edad de $58 \pm 7,7$ años, 49 casados, 149 (64,2%) con algún tipo de servicio de salud institucional y 129 (55,6%) pertenecientes a la población económicamente activa. Hasta 232 pruebas FIT se entregaron, 206 (88,8%) de las cuales se recuperaron para su análisis químico y el 9,70% arrojó un resultado positivo. El 11,2% del total de las pruebas no se recuperó. El análisis univariado de los factores relacionados con recuperar la prueba FIT para su análisis químico incluyó: medio de transporte personal (OR 5,797; IC, 0,920-36,520; $p = 0,036$), cambios en el hábito defecatorio (OR 3,864; IC, 1,285-11,617; $p = 0,011$), individuos con una escolaridad < 9 años (OR 0,311; IC, 0,122-0,789; $p = 0,010$) y personas que contaran con seguro privado (OR 0,398; IC, 0,168-0,940; $p = 0,031$). En el análisis multivariado, las variables vinculadas con la devolución de la prueba FIT son las personas que mostraron cambios en el hábito evacuatorio (OR 5,330; IC95%, 1,579-17,989; $p = 0,007$); las variables relacionadas con no regresar la prueba fueron escolaridad < 9 años (OR 0,194; IC, 0,063-0,593; $p = 0,004$) y sujetos que tuvieran un seguro privado (OR 0,296; IC, 0,114-0,771; $p = 0,013$).

Conclusiones: La presencia de síntomas influye de manera positiva en la devolución de la prueba. Los niveles educativo y socioeconómico podrían ser barreras sociales para recuperar la prueba FIT y de esta forma lograr implementar una campaña de prevención.

Financiamiento: Gastromedical “Unidad regional de gastroenterología y endoscopia avanzada” proporcionó las pruebas FIT para la realización de esta campaña.

Mar406

CUANDO EL CONOCIMIENTO NO ES SUFICIENTE: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN O NEGACIÓN DE LA COLONOSCOPIA ANTE UNA PRUEBA INMUNOQUÍMICA DE SANGRE OCULTA EN HECES POSITIVA

E. Ledesma-Martínez, C. O. Morales-Gómez, C. R. Elías-Ortega, M. A. Sánchez-Escandón, M. M. García-Favela, J. Félix-Gurrola, J. M. Avendaño-Reyes, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: La colonoscopia es el estándar de oro para el tamizaje del cáncer colorrectal (CCR), una de las principales causas de mortalidad oncológica en el plano global. En México, el CCR ocupa el cuarto lugar en incidencia y mortalidad y el estado de Baja California se ubica entre las entidades con mayor mortalidad ajustada por edad. A pesar de contar con pruebas como la inmunoquímica fecal (FIT) y la colonoscopia, su adopción se ve limitada por barreras socioculturales, económicas y de conocimiento.

Objetivo: Identificar las variables relacionadas con aceptar una colonoscopia ante el escenario hipotético de una prueba FIT positiva en una población abierta después de recibir una explicación clínica.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el noroeste del país conducido durante junio y julio de 2025. Se aplicó una encuesta estructurada tras una intervención informativa sobre CCR, FIT y colonoscopia. Posteriormente se evaluó su disposición a realizarse una colonoscopia ante un resultado FIT positivo. Se analizaron variables sociodemográficas, educativas, de salud, antecedentes personales y familiares, afiliación médica y conocimiento. Las variables se sometieron a un análisis univariado y multivariado.

Resultados: Se encuestó a 1 000 personas mayores de 45 años, de las cuales 212 contaban con un estudio previo de escrutinio para CCR y se analizó entonces a 788. De este número, el 58,4% correspondió a mujeres, el 29,6% se encontraba dentro de los límites de edad de 45 a 50 años, 745 (94,5%) eran heterosexuales, 73,2% católicos y 65,4% casados. Del total de los pacientes, el 71% manifestó estar dispuesto a realizarse una colonoscopia ante

una prueba FIT positiva. Las variables vinculadas con someterse a una colonoscopia fueron: personas entre 45 y 50 años (OR 1,528; $p = 0,007$), ser soltero (OR 1,764; $p = 0,005$), católico (OR 1,390; $p = 0,046$), residir en zona urbana (OR 2,081; $p = 0,039$), ser económicamente activo (OR 1,758; $p \leq 0,001$), trabajar en el área de la salud (OR 2,101; $p = 0,001$), tener niveles educativos de licenciatura (OR 1,549; $p = 0,003$) o posgrado (OR 2,937; $p \leq 0,001$), gozar de buen estado de salud (OR 2,203; $p \leq 0,000$), practicar ejercicio (OR 2,002; $p \leq 0,001$), tener antecedentes familiares de CCR (OR 2,017; $p = 0,001$), pertenecer al ISSSTE (OR, 1,836; $p \leq 0,001$) o ISSSTECALI (OR 1,493; $p = 0,029$), contar con seguro privado (OR 1,547; $p = 0,013$) o de gastos médicos mayores (OR 1,765; $p = 0,001$). En el análisis multivariado, quienes afirmaron estar dispuestos a realizarse una colonoscopia ante un FIT positivo fueron las personas católicas (OR 1,46; IC, 1,03-2,07; $p = 0,31$), las de buen estado de salud (OR 1,684; IC, 1,152-2,461; $p = 0,007$) y aquellas con antecedente familiar de CCR (OR 2,140; IC, 1,366-3,354; $p \leq 0,001$). Por el contrario, quienes decidieron no someterse a una colonoscopia posterior a una hipotética prueba FIT positiva fueron los individuos con un nivel educativo igual o inferior al de bachillerato (OR 0,672; $p = 0,012$) y secundaria (OR 0,458; $p \leq 0,001$) y los derechohabientes del IMSS (OR 0,672; $p = 0,012$).

Conclusiones: La disposición a realizarse una colonoscopia depende principalmente del conocimiento práctico sobre el procedimiento y de tener una percepción de ser personas saludables. En el noroeste del país, donde el CCR representa una causa importante de muerte, es necesario reforzar programas educativos enfocados en la comprensión clara del estudio y sus beneficios, particularmente en grupos con bajo nivel educativo, sin experiencia en tamizaje o con menor acceso a servicios.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Mar407

CÁNCER COLORRECTAL EN EL NOROESTE DE MÉXICO: ¿QUÉ SABEN LAS PERSONAS SOBRE LAS CAUSAS, PREVENCIÓN, EL DESARROLLO, LA DETECCIÓN OPORTUNA Y LOS SÍNTOMAS?

M. A. Sánchez-Escandón, C. R. Elías-Ortega, M. M. García-Favela, J. Félix-Gurrola, E. Ledesma-Martínez, C. O. Morales-Gómez, J. M. Avendaño-Reyes, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En México, esta enfermedad ocupa el cuarto lugar en incidencia y mortalidad entre los tipos de cáncer, lo que resalta su relevancia como problema de salud pública. En Baja California es una de las mayores causas de mortalidad.

Objetivo: Determinar los factores relacionados con el conocimiento del CCR, prevención, factores de riesgo, desarrollo, causas, detección temprana y síntomas.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el noroeste de México durante junio y julio de 2025. Se aplicó una encuesta a población abierta en la que se incluyeron seis afirmaciones.

Resultados: Este estudio incluyó a 778 pacientes mayores de 45 años de edad en promedio; la muestra se compuso de 460 mujeres (59,13%), 328 hombres (40,87%), 89 trabajadores de la salud (11,44%), 676 casados (85,78%), 139 con licenciatura (17,63%), 146 con ISSSTECALI (18,77%), 222 conocían los factores de riesgo para CCR (28,53%), 62 con IMSS (7,97%) y 537 que se consideraban saludables (69,02%). En la primera afirmación, “CCR se puede prevenir”, las personas con trabajo relacionado con la salud (OR 3,251; IC, 1,390-7,604; $p = 0,004$), aquellas que se han realizado una prueba FIT (OR 1,709; IC, 1,095-2,667; $p = 0,017$) y quienes conocen los factores de riesgo (OR 1,987; IC, 1,250-3,161; $p = 0,003$) tienden a estar de acuerdo. Por otro lado, las personas ya sometidas a una prueba de tamizaje (OR 0,634; IC, 0,416-0,966; $p = 0,033$) y aquellas con antecedentes de cirugía general (OR 0,678; IC, 0,465-0,988; $p = 0,043$) tenían menor probabilidad de estar de acuerdo. La segunda afirmación, “No hay mucho que hacer para disminuir el riesgo de CCR”, identificó a los que tienden a estar en desacuerdo: los sujetos con posgrado (OR 0,262; IC, 0,118-0,583; $p = 0,008$), los que se consideran saludables (OR 0,490; IC, 0,356-0,896; $p < 0,001$), aquellos con conocimiento de los factores de riesgo (OR 0,491; IC, 0,337-0,715; $p \leq 0,001$), los que saben en qué consiste una colonoscopia (OR 0,549; IC, 0,401-0,751; $p < 0,001$) y quienes tienen seguro privado (OR 0,325; IC, 0,203-0,520; $p < 0,001$). En la

tercera afirmación, “El CCR se desarrolla en un periodo largo”, los pacientes con orientación sexual homosexual (OR 0,326; IC, 0,115-0,922; $p = 0,027$) no estuvieron de acuerdo. En la cuarta afirmación, “El CCR es causado por el estilo de vida”, los que tienen posgrado (OR 0,550; IC, 0,322-0,938; $p = 0,026$) y quienes han realizado una prueba de tamizaje (OR 0,666; IC, 0,453-0,981) discrepan, mientras que quienes aceptarían una colonoscopia (OR 1,707; IC, 1,189-2,450; $p = 0,004$) y los individuos con factores de riesgo (OR 3,078; IC, 1,954-4,851; $p = 0,039$) tienden a estar de acuerdo. En la quinta aseveración, “El CCR se puede detectar de una manera oportuna”, se observó que los pacientes sin seguro (OR 0,412; IC, 0,224-0,758; $p = 0,003$) tienden a estar en desacuerdo, en tanto que los pacientes con ISSSTECALI (OR 2,742; IC, 1,351-5,566; $p = 0,004$) y aquéllos con factores de riesgo (OR 3,918; IC, 2,056-7,465; $p < 0,001$) están de acuerdo, lo cual muestra una mayor probabilidad de creer en la detección temprana. En la sexta aseveración, “El CCR causa dolor o síntomas serios antes del diagnóstico”, las personas con posgrado terminado (OR 0,553; IC, 0,335-0,915; $p = 0,020$) tienden a estar en desacuerdo, mientras que los pacientes con ISSSTECALI (OR 1,661; IC, 1,130-2,439; $p = 0,009$), los sujetos ya sometidos a una prueba de antígeno prostático (OR 1,507; IC, 1,076-2,111; $p = 0,017$) y quienes se han hecho una prueba FIT (OR 1,464; IC, 1,007-2,130; $p = 0,045$) están de acuerdo.

Conclusiones: El estudio muestra que el conocimiento sobre CCR es heterogéneo y depende de factores como educación, acceso a seguros y experiencia con tamizaje. Modificar las percepciones puede mejorar la participación en pruebas de tamizaje de CCR.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Mar408

DISPOSICIÓN Y PREFERENCIAS DE TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL EN ADULTOS DE 45-50 AÑOS EN EL NOROESTE DE MÉXICO

M. A. Inzunza-Rodríguez, M. A. Sánchez-Escandón, C. O. Morales-Gómez, C. R. Elías-Ortega, M. M. García-Favela, J. Félix-Gurrola, E. Ledesma-Martínez, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una causa creciente de morbilidad y mortalidad en México, con tasas particularmente elevadas en estados del norte como Baja California. El tamizaje temprano es crucial. Dada la creciente evidencia, es importante expandir la edad objetivo para el escrutinio de CCR en México, incluida la población de 45 a 50 años.

Objetivo: Determinar las variables que influyen en la disposición de la población de 45 a 50 años en Mexicali a someterse a tamizaje de CCR, e identificar sus preferencias entre la prueba inmunoquímica fecal (FIT) y la colonoscopia.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo entre junio y julio de 2025 en Baja California. Se encuestó a 788 individuos de 45 a 80 años; 233 tenían entre 45 y 50 años. Se evaluaron variables sociodemográficas, nivel educativo, estado de salud, antecedentes personales/familiares y afiliación médica. Se preguntó sobre la disposición a realizarse FIT y colonoscopia, antes y después de proporcionar información detallada.

Resultados: Del total de la muestra, el 29,56% (233 individuos) se encontraba en el intervalo de edad de 45 a 50 años. Las relaciones significativas para una mayor disposición al tamizaje en esta población incluyeron: ser soltero (OR 1,743; IC, 1,153-2,636; $p = 0,005$), tener licenciatura terminada (OR 1,820; IC, 1,332-2,486; $p < 0,001$), ser económicamente activo (OR 12,902; IC, 8,125-20,487; $p < 0,001$), contar con seguro de gastos médicos mayores (OR 2,741; IC, 1,965-3,823; $p < 0,001$), realizar ejercicio (OR 2,715; IC, 1,980-3,724; $p < 0,001$), conocer los factores de riesgo para CCR (OR 1,961; IC, 1,412-2,723; $p < 0,001$), y haberse sometido ya a una prueba de tamizaje previa (OR 2,063; IC, 1,442-2,952; $p < 0,001$). En contraste, tener primaria terminada (OR 0,193; IC, 0,069-0,543; $p < 0,001$), ser jubilado (OR 0,013; IC, 0,002-0,095; $p < 0,001$), pertenecer a clase social baja (OR 0,427; IC, 0,251-0,726; $p = 0,001$) y tener antecedente de cirugía (OR 0,544; IC, 0,400-0,741; $p < 0,001$) se vincularon con una menor disposición. En cuanto a las preferencias por el tipo de prueba, la disposición a realizar la prueba FIT fue significativa tanto sin conocimiento previo (OR 2,260; IC, 1,650-3,096; $p < 0,001$) como después de recibir información (OR 1,669; IC, 1,221-2,282; $p < 0,001$). De manera similar, la disposición a realizarse una colonoscopia fue significativa antes (OR 1,958; IC, 1,427-2,686; $p < 0,001$) y después de la

explicación (OR 1,428; IC, 1,049-1,944; $p = 0,023$). El análisis multivariado reveló que la disposición a realizarse una colonoscopia después de recibir información sobre el procedimiento fue la única variable con significancia estadística (OR 4,39; IC, 0,208-0,926; $p = 0,031$), lo que sugiere una preferencia por esta prueba una vez comprendido su alcance.

Conclusiones: La población de 45 a 50 años en Baja California es más propensa al tamizaje de CCR si tiene mayor educación, su estado civil es soltero, tiene trabajo con seguro médico, realiza ejercicio, posee conciencia de los factores de riesgo y se ha sometido a tamizajes previos. Se observa una clara preferencia por la colonoscopia tras recibir información detallada. Estos hallazgos son fundamentales para diseñar estrategias de tamizaje efectivas en Baja California y, en su caso, modificar el programa de tamizaje en pacientes de 45 años tras considerar variables sociodemográficas y de salud y promover activamente la colonoscopia tras la educación adecuada.

Financiamiento: El estudio no recibió ningún financiamiento.

Mar409

¿ES HORA DE ADELANTAR EL TAMIZAJE? UNA ALERTA SOBRE LA DETECCIÓN DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER COLORRECTAL Y FACTORES ASOCIADOS A ADENOMAS Y PÓLIPOS SERRADOS EN COLONOSCOPIAS DIAGNÓSTICAS EN EL NOROESTE DE MÉXICO

C. R. Elías-Ortega, C. O. Morales-Gómez, J. Félix-Gurrola, M. A. Sánchez-Escandón, E. Ledesma-Martínez, M. M. Gracia-Favela, F. A. Félix-Téllez, J. M. Avendaño-Reyes, A. R. Flores-Rendón, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una causa principal de mortalidad por cáncer en México. La detección temprana de lesiones precursoras, como los adenomas, es crucial para reducir su incidencia y mortalidad. Aunque las guías internacionales recomiendan el tamizaje a partir de los 50 años, la evidencia sugiere una creciente aparición de adenomas en adultos más jóvenes.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores relacionados con lesiones precursoras de cáncer colorrectal en la población de 45 a 50 años, en comparación con el resto de los grupos etarios de tamizaje en una unidad hospitalaria de Baja California.

Material y métodos: Estudio transversal conducido en Baja California, de diciembre de 2024 a junio de 2025, que incluyó a 287 pacientes sometidos a colonoscopia por indicación médica divididos en cinco grupos etarios. Se recolectaron variables clínicas y hallazgos endoscópicos. Los análisis incluyeron ANOVA para comparar la cantidad de pólipos y regresión logística univariada y multivariada para los factores relacionados.

Resultados: Se incluyó a 287 sujetos de estudio en total. De éstos, la muestra final utilizada para los análisis de ANOVA y regresión fue de 183 pacientes que se distribuyeron en grupos etarios de 45 a 50 años (44), 51 a 60 años (56), 61 a 70 años (64), 71 a 80 años (15) y 81 o más (4). La media de adenomas en la muestra fue de 2,22 y para los pólipos serrados de 0,64. El ANOVA no mostró diferencias estadísticamente significativas en la cantidad media de adenomas ($p = 0,164$) o pólipos serrados ($p = 0,885$) entre la mayoría de los grupos de edad, aunque la media de adenomas fue de 5,75 en el grupo de 81 o más años frente a 1,82-2,47 en otros grupos más jóvenes. El grupo de 45 a 50 años se acompañó significativamente de un elevado riesgo de tener adenomas (OR 2,318; $p = 0,018$). Por el contrario, la hipertensión arterial (OR 0,312; $p = 0,025$) y el uso de ARA2 (OR 0,193; $p = 0,014$) mostraron una relación inversa con la presencia de adenomas en este grupo de edad. En los grupos de mayores de 50 años es muy similar a la presencia de adenomas (OR 2,774; $p \leq 0,001$). En el grupo de mayores, múltiples variables se vincularon con la presencia de adenomas: tener hipertensión arterial (OR 8,505; $p < 0,001$), consumir medicamentos antihipertensivos como ARA2 (OR 9,022; $p < 0,001$), betabloqueadores (OR 8,831; $p < 0,001$), diuréticos (OR 16,464; $p < 0,001$) y antagonistas del calcio (OR 8,831; $p < 0,001$), DM2 (OR 2,771; $p = 0,017$), usar biguanidas (OR 2,439; $p = 0,040$), y destacó la presencia de más de una lesión serrada (OR 3,385; $p = 0,005$) o lesiones serradas en general (OR 2,586; $p = 0,001$). En el análisis multivariado se mantuvo una tendencia positiva con la presencia de adenomas en mayores de 50 años (OR 1,945; $p = 0,28$), el consumo de betabloqueadores (OR 0,014; $p = 12,076$) y el nivel de licenciatura (OR 0,027; $p = 0,459$).

Conclusiones: La similitud en la frecuencia de adenomas y pólipos serrados en todos los grupos etarios, incluidos los de 45 a 50 años, resalta la importancia del escrutinio en adultos jóvenes. La detección de adenomas sugiere una evolución temprana de la enfermedad. En los mayores de 50 años, múltiples factores metabólicos y farmacológicos, especialmente relacionados con enfermedad cardiovascular, se vincularon con adenomas. Los hallazgos respaldan la necesidad de implementar estrategias de detección personalizadas de acuerdo con la edad y el perfil clínico, lo cual refuerza el valor de la colonoscopia en la prevención del CCR y delinea la posibilidad de adelantar la edad de inicio del tamizaje en poblaciones con factores de riesgo.

Financiamiento: Este protocolo no dispuso de financiamiento.

Mar410

UTILIDAD DEL ÍNDICE DE FATIGABILIDAD COMO PARÁMETRO DISCRIMINATIVO ENTRE ESTREÑIMIENTO CRÓNICO E INCONTINENCIA FECAL

S. P. Mendivil-Sáenz, L. Bolio-Lavalle, K. D. González-Gómez, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La incontinencia fecal (IF) es un trastorno clínico frecuente que compromete significativamente la calidad de vida de los pacientes y, en la mayoría de los casos, se acompaña de disfunción del esfínter anal externo. Si bien las pruebas de fisiología anorrectal, como la manometría de alta resolución, son herramientas ampliamente utilizadas para evaluar el tono y la contractilidad de dicho esfínter, los parámetros como la fatigabilidad muscular no se evalúan de forma sistemática, a pesar de su potencial relevancia clínica en el mantenimiento de la continencia. En fecha reciente se ha propuesto un nuevo índice denominado “de fatigabilidad calculada” (*fatigue rate index*) como una medida cuantificable que permite valorar la capacidad del esfínter anal externo para sostener una contracción en el tiempo. Algunos estudios previos han demostrado que la fatigabilidad podría diferenciar a los pacientes con incontinencia fecal de aquéllos con función esfintérica preservada y que este parámetro podría correlacionarse con la gravedad de los síntomas y con alteraciones en la latencia motora terminal del nervio pudendo.

Objetivo: Evaluar y comparar el índice de fatigabilidad y otros parámetros manométricos entre pacientes con incontinencia fecal y estreñimiento crónico (EC), además de explorar su valor discriminativo y su posible utilidad como herramienta fisiológica complementaria en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la defecación.

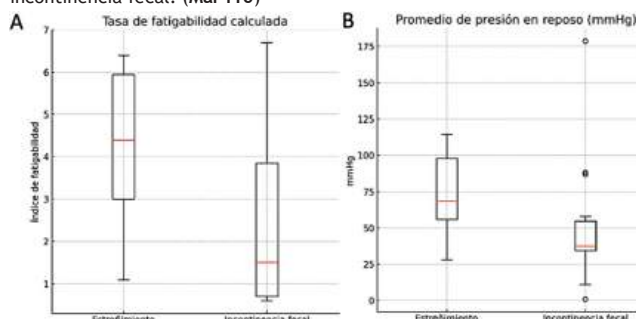
Material y métodos: Estudio prolectivo que incluyó a todos los pacientes sometidos a manometría anorrectal de alta definición que acudieron a este servicio, a partir del 1 de marzo del 2025. Se realizó el protocolo de Londres de forma convencional. Además de los parámetros habituales, se calculó la tasa de fatigabilidad con la siguiente fórmula simplificada: presión máxima durante el *squeeze* largo - presión mínima 5 s después/30 s. Se realizó análisis comparativo con estadística no paramétrica y se calculó el valor de p, considerado como significativo cuando su valor fue < 0,05.

Resultados: Al momento se ha evaluado a 30 pacientes, 15 con IF (13 mujeres con edad promedio de 48 años) y 15 con estreñimiento (10 mujeres con edad promedio de 59,07). Los sujetos con IF tuvieron significativamente una menor presión promedio en reposo (IF $41,85 \pm 31,35$ vs. EC $75,35 \pm 53,54$, $p = 0,04$), presión de contracción anal más baja (IF $102,19 \pm 68,66$ vs. EC $160,46 \pm 45,29$, $p = 0,01$), presión de pujo significativamente más baja (IF $27,40 \pm 11,60$ vs. EC $47,87 \pm 27,85$, $p = 0,01$) y un índice de fatigabilidad más corto (IF $2,52 \pm 2,19$ vs. EC $4,30 \pm 1,63$, $p = 0,01$), en comparación con los pacientes con estreñimiento (Figura 1).

Conclusiones: El índice de fatigabilidad calculada demostró ser un parámetro robusto para diferenciar a los pacientes con incontinencia fecal (IF) de aquéllos con estreñimiento crónico (EC). Éste puede ser una herramienta fisiológica complementaria, sencilla y de alto rendimiento para diferenciar el estreñimiento de la incontinencia fecal y orientar la toma de decisiones clínicas. La incorporación sistemática de este parámetro podría optimizar el diagnóstico funcional y personalizar estrategias de tratamiento en los trastornos de la continencia y la defecación.

Financiamiento: Este estudio no contó con financiamiento.

Figura 1. A, tasa de fatigabilidad calculada, con valores significativamente más bajos en pacientes con incontinencia fecal respecto de aquéllos con estreñimiento. B, promedio de presión en reposo, más bajo en pacientes con incontinencia fecal. (Mar410)



Mar411

INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIODES DIFFICILE*: ANÁLISIS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y SUS IMPLICACIONES EN LA MORTALIDAD HOSPITALARIA

E. Alatorre-Vázquez, I. Aramburo-Lucas, V. Sánchez-Rodríguez, I. Arellano-Plasencia, H. D. Castro-Guillén, F. Romero-Aguilar, E. García-Meza, E. I. Montero-Archundia, K. Moreno-Martínez, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado Culiacán

Introducción: La infección por *Clostridioides difficile* se define como un episodio de diarrea relacionada con toxinas A-B o PCR positiva. Esta enfermedad ha cobrado gran importancia en el mundo en las últimas décadas por el aumento de su incidencia, mortalidad y gastos intrahospitalarios. En artículos publicados en Estados Unidos se ha señalado una incidencia del 43% anual y una mortalidad de 453 000 muertes al año. La incidencia de esta infección en pacientes sanos se calcula en 15%, en adultos hospitalizados en 21% y hasta en 30% en pacientes residentes de centros de atención a largo plazo. Los factores de riesgo en pacientes que adquieren la infección de forma intrahospitalaria son el consumo de antibióticos y la edad avanzada > 65 años. Infortunadamente, en México no se dispone de publicaciones que permitan establecer los factores de riesgo relevantes en pacientes hospitalizados que presentan *Clostridioides difficile*, sus complicaciones y mortalidad.

Objetivo: Analizar la prevalencia, los factores de riesgo y la mortalidad vinculados con la infección por *Clostridioides difficile* en pacientes hospitalizados en el noroeste de México.

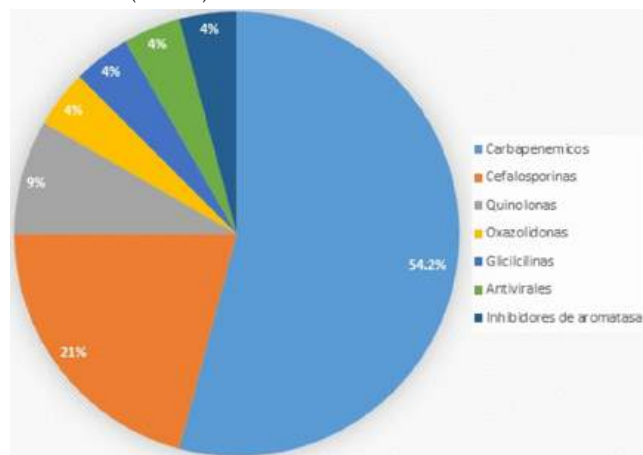
Informe de casos: Se analizó a 100 pacientes que tenían criterios clínicos para la sospecha de infección por *Clostridioides difficile* y se integró una muestra de 24 pacientes con diagnóstico confirmado por toxinas A-B. Las características sociodemográficas fueron una media de edad de 56,58 años (19-84 años); en términos de sexo, ambos géneros tenían 50%, con una educación primaria del 33,3% ($n = 8$), educación de nivel superior de 29,2% ($n = 7$), secundaria de 20% ($n = 5$) y preparatoria de 17% ($n = 4$). Dentro de la variable descriptiva, la distribución de los pacientes de acuerdo con el servicio muestra una elevada prevalencia en pacientes del servicio de medicina interna (45,8%, $n = 11$), seguida por infectología (16,7%, $n = 4$), traumatología y ortopedia (12,5%, $n = 3$), nefrología, coloproctología, cardiología, neurocirugía y urología (4,2%, $n = 1$). Entre los factores de riesgo que presentó la población estudiada, resulta notable que durante su hospitalización el 62% ($n = 15$) se trató con múltiples esquemas antibióticos, mientras que el 37,5% ($n = 9$) recibió uno solo. En la Figura 1 se visualiza que los carbapenémicos son los fármacos más utilizados con un 54% ($n = 13$), seguidos de las cefalosporinas con un 21% ($n = 5$), las quinolonas con 8% ($n = 2$), los antivirales, las gliciliclinas, los inhibidores de la aromataza y las oxazolidinonas con un 4,2% ($n = 1$).

Discusión: Los pacientes recibieron dosis estándar de vancomicina de 125 mg cada 6 horas, dentro de las 24 horas tras el resultado positivo, mientras que 2 (8,2%) individuos recibieron el esquema posterior a las 24 horas por ser subrogado. Durante el seguimiento, 5 (20,7%) sujetos presentaron una evaluación tórpida: 12,5% ($n = 3$) desarrolló colitis pseudomembranosa evidenciada por colonoscopia con toma de biopsia y 8,2% ($n = 2$) tenía megacolon tóxico visualizado por TAC de abdomen, para una tasa de mortalidad del 8,2%.

Conclusiones: En esta serie de casos se determinó que el factor de riesgo para desarrollar infección por *Clostridioides difficile* fue el consumo de antibióticos, sobre todo los carbapenémicos con un 54%, de forma específica el meropenem con un OR de 1,8. El servicio de medicina interna fue el de mayor prevalencia de infección por *Clostridioides difficile* con un 45,8%. También se identificó la prevalencia de colitis pseudomembranosa con un 12,5% y se determinó que es la complicación más frecuente en los pacientes hospitalizados en el noroeste del país. Se calculó una tasa de mortalidad hospitalaria del 8,2%, lo cual subraya la importancia de identificar a los pacientes con factores de riesgo para la adquisición de la infección, así como un tratamiento farmacológico oportuno que reduzca el riesgo de complicaciones vinculadas con la infección.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Representación de las clases farmacológicas de antibióticos más indicadas en la infección por *Clostridioides difficile* en pacientes del noroeste de México. (Mar411)



Mar412

CORRELACIÓN MANOMÉTRICA Y CLÍNICA EN INCONTINENCIA FECAL: UN ESTUDIO BASADO EN LA ESCALA DE WEXNER

M. A. Armenta-Olivas, E. I. González-Bravo, A. Castillón-Carbajal, F. Montoya-Ruiz, R. Estupiñán-Martínez, R. Milán-Aguirre, Instituto Mexicano del Seguro Social Puebla

Introducción: La incontinencia fecal requiere una evaluación estructurada, desde la historia clínica y exploración física hasta herramientas como la escala de Wexner. La manometría anorrectal es clave para valorar la función esfintérica y la sensibilidad rectal. Integrar ambos métodos proporciona una visión integral de esta anomalía.

Objetivo: Determinar la correlación entre la gravedad de la incontinencia fecal, evaluada mediante la escala de Wexner, y los hallazgos manométricos anorrectales en pacientes con diagnóstico de incontinencia fecal.

Material y métodos: Pacientes atendidos por incontinencia fecal en el Hospital de Especialidades Puebla entre junio de 2023 y junio de 2025. Es un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo. Variables: edad, género, puntuación de Wexner, gestas, cirugías anorrectales, histerectomía, reflejo rectoanal inhibitorio, presión anal en reposo, presión máxima absoluta en contracción voluntaria, sensibilidad, urgencia, máximo tolerado y coordinación rectoanal. Análisis estadístico: se aplicaron medidas de tendencia central y frecuencias relativas. Se usó el coeficiente ϕ de Pearson para correlacionar la gravedad de Wexner con hipotonía e hipocontractilidad anal (significativo si $p \leq 0,05$).

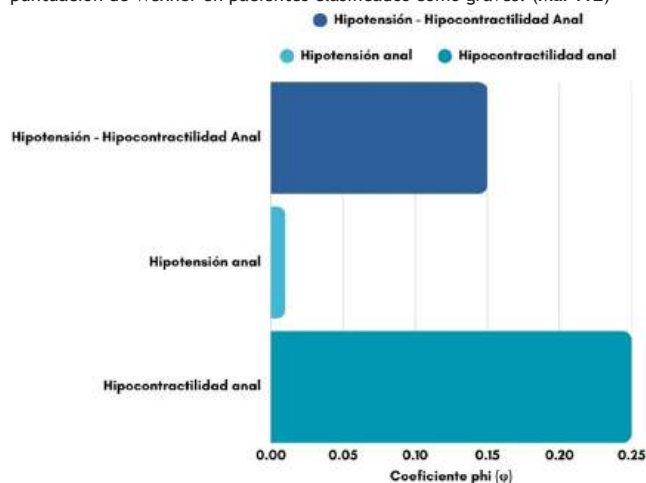
Resultados: En este estudio se incluyó a 121 pacientes con incontinencia fecal: 93 mujeres (76,8%) y 28 hombres (23,1%), con una edad media de 61,5 años. Según la escala de Wexner, 46 pacientes (38,02%) tenían incontinencia leve (0-7 puntos), 54 (44,6%) moderada (8-14 puntos) y 21 (17,36%) grave (15-20 puntos). El antecedente de gesta se reconoció en 42 pacientes (91,3%) del grupo grave, 34 (62,95%) del moderado y 12 (57,4%) del leve. En total,

35 pacientes (28,9%) refirieron cirugías anorrectales, 18 de ellos en el grupo moderado. Respecto de la histerectomía, 66 pacientes (54,5%) tenían este antecedente: 30 del grupo moderado (45,5%), 24 del grave (36,36%) y 12 del leve (18,18%). El promedio de presión de reposo anal en pacientes con incontinencia fecal leve fue de 52,54 mmHg; en la moderada de 36,8 mmHg y en la grave de 36,58 mmHg. En cuanto a la presión máxima absoluta durante la contracción voluntaria, el promedio fue de 152,87 mmHg para la incontinencia leve, de 103,4 mmHg para la moderada y de 76,68 mmHg para la grave. Se encontró que, en el grupo con incontinencia fecal grave e hipocontractilidad anal, el valor del coeficiente ϕ fue $\phi = 0,25$, con una $p = 0,007$ (Figura 1). Para la hipotonía anal se obtuvo un coeficiente $\phi = 0,01$, con una $p = 0,94$. En el grupo con incontinencia fecal moderada e hipocontractilidad anal, el coeficiente ϕ fue de 0,11 con una $p = 0,2$. Para la hipotonía anal, el coeficiente ϕ fue de 0,07. En el grupo con incontinencia fecal leve e hipocontractilidad anal, el valor del coeficiente ϕ fue de 0,167, con una $p = 0,06$. Para la hipotonía anal, el valor fue $\phi = 0,10$, con una $p = 0,24$. La presencia conjunta de hipocontractilidad anal e hipotonía anal en este grupo mostró un valor de $\phi = 0,247$, con una $p = 0,006$. En 36 pacientes con incontinencia fecal grave (78,2%) se registró hipersensibilidad rectal y en 6 (23,04%) se identificó hiposensibilidad rectal. En el grupo con incontinencia fecal moderada, 36 (66,67%) tuvieron hipersensibilidad rectal y 9 (16,67%) hiposensibilidad. En el grupo leve, 10 pacientes (47,6%) presentaron hipersensibilidad rectal, en tanto que 7 (33,3%) tuvieron hiposensibilidad.

Conclusiones: La incontinencia fecal grave se correlaciona significativamente con hipocontractilidad anal. En la moderada no se halló correlación relevante. En la leve, la combinación de hipotonía e hipocontractilidad reveló una correlación significativa. La hipersensibilidad rectal fue el hallazgo sensitivo más frecuente, especialmente en la forma grave.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Figura 1. Correlación entre los hallazgos manométricos anorrectales y la puntuación de Wexner en pacientes clasificados como graves. (Mar412)



Mar413

FACTORES ASOCIADOS A POSITIVIDAD EN PRUEBAS INMUNOQUÍMICAS FECALES EN UNA CAMPAÑA DE ESCRUTINIO DE CÁNCER COLORRECTAL EN BAJA CALIFORNIA

J. Félix-Gurrola, C. R. Elías-Ortega, M. M. García-Favela, C. O. Morales-Gómez, M. A. Sánchez-Escandón, E. Ledesma-Martínez, J. M. Avendaño-Reyes, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: Baja California es uno de los estados del país donde se encuentra la mayor tasa de mortalidad a causa del cáncer colorrectal, con un aumento registrado hasta del 15% en los últimos años. La prueba inmunológica fecal (FIT) ha demostrado ser un estudio eficiente para identificar a individuos con riesgo elevado.

Objetivo: Establecer los factores relacionados con la obtención de un resultado anormal en una prueba FIT.

Material y métodos: Se realizó una campaña de escrutinio de cáncer colorrectal con pruebas FIT gratuitas durante marzo y abril del 2025 en Baja California. Se incluyó a personas de 45 a 80 años de edad y se excluyó a quienes tenían antecedente de hematoquecia o melena, diagnóstico previo de cáncer colorrectal, así como presencia de pólipos en una colonoscopia anterior. Se recabaron datos sociodemográficos, antecedentes personales patológicos, no patológicos y heredofamiliares. Se tomó en cuenta un resultado positivo $\geq 10 \mu\text{g/g}$. Se excluyó a cinco personas del análisis (presentaron resultado negativo) debido a que no se contaba con suficiente información. Se realizó un análisis estadístico univariado y multivariado de regresión logística de las variables en IBM SPSS Statistics.

Resultados: Se incluyó a un total de 232 personas, 152 (65,5%) de ellas mujeres, con una edad promedio de 58,44 años ($\pm 7,748$), 21,1% correspondió a casados, 64,2% contaba con algún tipo de servicio de salud institucional y 55,6% se integró con individuos pertenecientes a la población económicamente activa. Se entregaron 232 pruebas FIT, el 88,8% recuperado para su análisis químico, con un 9,70% que mostró un resultado positivo. Entre los 21 casos con un resultado positivo y relevancia estadística se encuentran personas con nivel educativo menor a la primaria (OR 11,105; IC, 0,668-184,694; $p = 0,036$), individuos económicamente activos (OR 3,504; IC, 1,134-10,831; $p = 0,022$), consumidores de una dieta alta en carnes rojas (OR 2,830; IC, 1,084-7,385; $p = 0,028$), drogas recreativas (OR 1,111; IC, 0,960-1,286; $p \leq 0,001$), bebidas energéticas (OR 4,146; IC, 1,199-14,340; $p \leq 0,016$), enfermedad renal (OR 3,980; IC, 0,984-16,096; $p = 0,038$) y usuarios de GLP1 (OR 7,741; IC, 1,214-49,370; $p = 0,011$); sin embargo, sólo los sujetos económicamente activos, con enfermedad renal y consumidores de bebidas energéticas se consideraron estadísticamente significativos al realizar el análisis multivariado de regresión logística.

Conclusiones: Los datos sugieren que pertenecer a la población económicamente activa, padecer enfermedad renal y consumir bebidas energéticas se acompañan de manera estadísticamente significativa de un mayor riesgo de obtener un resultado positivo en la prueba FIT.

Financiamiento: Gastromedical “Unidad regional de gastroenterología y endoscopia avanzada” proporcionó las pruebas FIT para la realización de esta campaña.

Mar414

VARIACIÓN E INCIDENCIA MICROBIOLÓGICA EN EL PAÑEL GASTROINTESTINAL EN CONTEXTO DE CRISIS DE ESCASEZ DE AGUA EN EL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

G. Von Bertrab-Carmona, R. López-Contreras, O. B. Medina-Macías, S. P. Cantú-González, J. I. Castillo-Bejarano, Christus Muguerza

Introducción: La escasez de agua, exacerbada por el cambio climático, incrementa el riesgo de enfermedades entéricas debido a la contaminación de fuentes hídricas y el deterioro de las prácticas de higiene y saneamiento. La crisis hídrica de 2022-2023 en la zona metropolitana de Monterrey, caracterizada por una precipitación históricamente baja y alta demanda de agua, destacó la necesidad de evaluar su efecto en la incidencia de patógenos gastrointestinales. Este estudio multicéntrico analizó la variación microbiológica en paneles de PCR gastrointestinal (GI) antes (2019-2021) y después (2022-2024) de la crisis.

Objetivo: Comparar la incidencia de patógenos gastrointestinales antes y después de la crisis hídrica, evaluar la tasa general de detección y explorar patrones geográficos en los hospitales Christus Muguerza de la zona metropolitana de Monterrey.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional que analizó 1 181 paneles GI por PCR en pacientes ≥ 18 años con gastroenteritis aguda en hospitales Christus Muguerza entre 2019 y 2024. Se compararon los periodos anteriores (2019-2021) y posteriores a la crisis (2022-2024) mediante las pruebas ji cuadrada y U de Mann-Whitney. Se recopilaron datos sobre edad, sexo, hospital, patógenos detectados y fecha de atención con SPSS (versión 30.0.0.0) para el análisis estadístico. Se empleó muestreo por conveniencia y la confidencialidad se garantizó según la Declaración de Helsinki (2013).

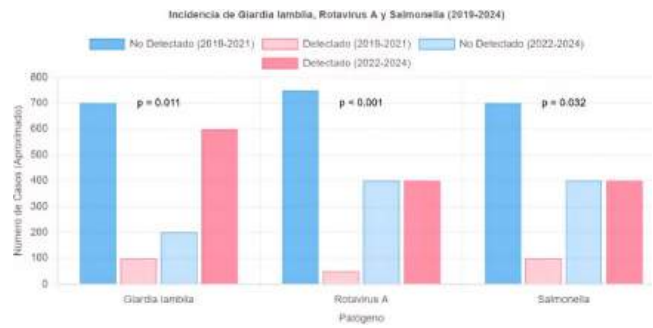
Resultados: Se analizaron 1.181 paneles GI, con tasa global de detección de patógenos del 61,9% (38,1% negativos). La tasa aumentó del 58,5% en el periodo anterior a la crisis (2019-2021) al 63,4% en el posterior (2022-2024), pero esta diferencia del 5% no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

Los patógenos más frecuentes fueron *Escherichia coli* enteropatógena (17,0%), norovirus (10,4%), *E. coli* enteroagregativa (10,3%) y salmonela (9,1%). Se observó un aumento significativo de *Giardia lamblia* ($p = 0,011$), rotavirus A ($p < 0,001$) y salmonela ($p = 0,032$) en el periodo posterior a la crisis, mientras que el resto de los patógenos no mostró cambios significativos (Figura 1).

Conclusiones: La crisis hídrica de 2022-2023 se vinculó con un aumento significativo de *Giardia lamblia*, rotavirus A y salmonela, lo que apoya parcialmente la hipótesis de una variación microbiológica por escasez de agua. Se recomiendan algunas intervenciones, como la vigilancia de la calidad del agua, la vacunación y las campañas de higiene. Éste es el primer estudio que analiza la variación microbiológica en paneles gastrointestinales por PCR en un contexto de crisis hídrica, con énfasis en su efecto epidemiológico; podría guiar futuras investigaciones sobre escasez de agua y enfermedades entéricas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Resultados con diferencia estadísticamente significativa. (Mar414)



Mar415

DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL CON PRUEBAS INMUNOQUÍMICAS FECALES EN EL NOROESTE DE MÉXICO: ÉXITO Y DESAFÍOS DE UNA CAMPAÑA DE TAMIZAJE GRATUITA

M. M. García-Favela, C. O. Morales-Gómez, J. Félix-Gurrola, M. A. Sánchez-Escandón, E. Ledesma-Martínez, C. R. Elías-Ortega, J. M. Avendaño-Reyes, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Gastromedical “Unidad regional de gastroenterología y endoscopia avanzada”

Introducción: La detección tardía del cáncer colorrectal (CCR) es un factor crítico en el pronóstico de los pacientes. Dentro de las herramientas de cribado disponibles, la prueba inmunoquímica fecal (FIT) destaca por su sencillez, bajo costo y alta sensibilidad para detectar sangre oculta en heces, un indicador temprano de afectación colorrectal. La implementación de programas de tamizaje poblacional ha demostrado ser una estrategia altamente efectiva para reducir la incidencia y mortalidad en neoplasias como el cáncer de mama y el prostático; sin embargo, en México existen pocos programas activos para tamizaje de CCR por medio de prueba FIT. A pesar de estos beneficios, el acceso y la adherencia a los programas de tamizaje son todavía un desafío, especialmente en poblaciones con recursos limitados o bajo conocimiento de la importancia del cribado.

Objetivo: Evaluar el efecto de la implementación de campañas de tamizaje gratuitas mediante la prueba FIT en la remoción de barreras sociales, el fomento de la participación comunitaria y la detección oportuna de CCR, con un enfoque particular en la población a partir de los 45 años.

Material y métodos: Se realizó una campaña por diferentes medios de comunicación locales durante los meses de marzo y abril de 2025 en Mexicali, B.C. sobre la prevención del CCR y la entrega gratuita de pruebas inmunoquímicas fecales (FIT) a población abierta que se comunicaran a través de número telefónico. Previos interrogatorio y firma del consentimiento informado se les proporcionó la prueba a quienes tuvieran la edad de 45 a 80 años y fueran residentes de Mexicali; no se ofreció la prueba a las personas con factores de riesgo, mayores de 80 años, individuos con pólipos en un estudio de colonoscopia previo, o con evacuaciones diarreicas, melénicas o hematoquecia. Se tomó como resultado positivo un valor $\geq 10 \mu\text{g/g}$.

Resultados: Se recibió un total de 500 llamadas telefónicas: 236 sujetos cumplían con los requisitos y se les entregó la prueba gratuita. Del total de las pruebas FIT proporcionadas, el 88,9% se recuperó para su análisis

bioquímico y de ellas 21 (9,70%) resultaron positivas. Se realizaron 17 colonoscopias gratuitas, de las cuales 16 revelaron pólipos, 70% con informe histopatológico de adenomas, para un total de 43 lesiones. El 8,33% de los pacientes con este tipo de lesiones era menor de 50 años. Cuatro participantes con FIT positiva rechazaron el estudio endoscópico o lo realizaron por otro medio, cinco requirieron una segunda intervención (polipectomía) y dos resultaron positivos a tumor maligno.

El medio de comunicación preferido por la comunidad potencialmente escrutable fue la televisión abierta en un 37,5%, seguida de la radio (23,7%) y las redes sociales en un 12,5% (Facebook con 9,5% e Instagram con 3%); los otros medios por los cuales los participantes se enteraron de la campaña fueron las recomendaciones de terceros (25%) y los médicos que participaron en la campaña (1,3%).

Conclusiones: Las campañas de tamizaje para el cáncer de colon a través de la implementación de la prueba FIT sin costo podrían emerger como iniciativas indispensables para eliminar barreras sociales, promover la participación y prevenir de manera oportuna el desarrollo de enfermedades potencialmente letales. Este estudio establece un antecedente para el tamizaje de CCR a partir de los 45 años de edad.

Financiamiento: Gastromedical “Unidad regional de gastroenterología y endoscopia avanzada” suministró las pruebas FIT para la realización de esta campaña.

Mar416

MÁS ALLÁ DEL CONSULTORIO: ¿DÓNDE PREFIERE INFORMACIÓN LA POBLACIÓN DEL NOROESTE DE MÉXICO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL?

M. M. García-Favela, E. Ledesma-Martínez, C. R. Elías-Ortega, M. A. Sánchez-Escandón, J. Félix-Gurrola, C. O. Morales-Gómez, J. M. Avendaño-Reyes, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) representa una preocupación para la salud pública en México en virtud de su prevalencia y mortalidad. Los cálculos actuales indican que cada año se diagnostican cerca de 15 000 nuevos casos. Esta cifra posiciona al CCR como el tercer cáncer en incidencia y la segunda causa de mortalidad entre todas las neoplasias malignas que afectan a los mexicanos. Hoy en día, la evidencia científica sobre las preferencias de los pacientes respecto de los canales para recibir información no se encuentra claramente establecida.

Objetivo: Identificar los factores sociodemográficos y de salud intrínsecamente relacionados que influyen en las decisiones de las personas para obtener información acerca de la prevención de cáncer de colon y analizar las variables vinculadas con dichas preferencias.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo prospectivo en Baja California durante junio y julio del 2025. Para la recolección de datos se realizó una entrevista a personas de 45 a 80 años. Mediante un análisis univariado se evaluaron diversas variables que abordaban la preferencia por diferentes medios de comunicación, en relación con la prevención de cáncer de colon con un énfasis particular en las redes sociales.

Resultados: Muestra de 788 personas, con 460 mujeres y 328 hombres; 70,6% tenía más de 50 años. Las solicitudes de información por los diferentes medios de comunicación fueron consulta por especialista en 24,7%, Facebook en 14,1%, correo electrónico en 9,3%, televisión local en 8,8%, Instagram en 1,65%, radio en 1,6%, TikTok en 1,3%, podcast en 1,1% y televisión nacional en 0,8%. Se encontraron las siguientes relaciones significativas: las personas que manifiestan una preferencia por Facebook tienden a ser casados (OR 1,989; IC, 1,240-3,188; $p = 0,004$), con licenciatura terminada (OR 1,854; IC, 1,238-2,777; $p = 0,002$), económicamente activos (OR 1,699; IC, 1,114-2,593; $p = 0,013$) y, por el contrario, aquellos que conocen los factores de riesgo (OR 0,482; IC, 0,287-0,812; $p = 0,005$). Los que eligieron Instagram se caracterizan por tener entre 45 y 50 años (OR 27,389; IC, 6,367-117,82; $p \leq 0,001$), licenciatura terminada (OR 3,230; IC, 1,352-7,713; $p = 0,005$), y posgrado terminado (OR 3,150; IC, 1,131-8,772; $p = 0,021$). Las personas con clase media (OR 2,412; IC, 1,024-5,682; $p = 0,038$) y seguro privado (OR 2,272; IC, 1,360-3,797; $p = 0,001$) prefieren recibir información por correo electrónico, a diferencia de los derechohabientes del IMSS (OR 0,498; IC, 0,306-0,808; $p = 0,004$). Los que tienen preferencia por TikTok tienen entre 45 y 50 años (OR 5,699; IC, 1,461-22,234; $p = 0,005$). En cuanto a los medios televisivos, las personas

que prefieren televisión nacional se distinguen por tener una escolaridad hasta primaria terminada (OR 7,646; IC, 1,366-42,797; $p = 0,006$) y aquellos que prefieren televisión local son, en su mayoría, homosexuales (OR 4,243; IC, 1,466-12,279; $p = 0,004$) y con IMSS (OR 2,092; IC, 1,186-3,689; $p = 0,009$), al contrario de los económicamente activos (OR 0,269; IC, 0,155-0,466; $p \leq 0,001$). Las personas que escuchan la radio son en menor proporción residentes de zona urbana (OR 0,167; IC, 0,044-0,633; $p = 0,003$) y los que prefieren los podcasts son de 45 a 50 años (OR 4,863; IC, 1,206-19,614; $p = 0,014$) y aquellos que practican ejercicio (OR 9,806; IC, 1,221-78,776; $p = 0,008$). Por último, las personas de clase alta prefieren obtener información por médico especialista (OR 3,485; IC, 1,457-8,338; $p = 0,003$).

Conclusiones: El medio de información con mayor predilección es el médico especialista; sin embargo, la toma de decisiones con respecto a consultar información no es un proceso homogéneo, sino que está intrínsecamente influido por factores como el nivel educativo de los individuos, su conocimiento previo sobre CCR y su estado socioeconómico. Los hallazgos presentados sugieren que estas variables demográficas y cognitivas juegan un papel crucial en la disposición y acceso a la información.

Financiamiento: Este protocolo no recibió financiamiento.

Mar417

MANIFESTACIONES DEL LINFOMA PLASMABLÁSTICO GASTROINTESTINAL: UNA SERIE DE CASOS CON AFECTACIÓN DE COLON Y RECTO

E. S. Hernández-Musús, M. P. Pineda-Morales, L. D. Paz-García, D. E. Rosales-López, B. Sánchez, K. Vásquez, Grupo Colaborativo: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Introducción: El linfoma plasmablastico (LPB) es una neoplasia agresiva y rara, con frecuencia relacionada con inmunosupresión, en particular por VIH e infección por el virus de Epstein-Barr (VEB). Aunque típicamente afecta la cavidad oral, su presentación en el tracto gastrointestinal, sobre todo el colon y el recto, representa un reto diagnóstico y terapéutico.

Objetivo: Describir una serie de tres casos de LPB colorrectal diagnosticados entre 2022 y 2025 en pacientes inmunocomprometidos atendidos en un hospital de referencia en Guatemala. Se recopilaron datos clínicos, inmunohistoquímicos, virológicos, terapéuticos y de desenlaces.

Informe de casos: La población incluida en esta serie de casos estuvo conformada por tres pacientes masculinos (100%), con una edad predominante de 18 a 50 años (66,7%). Todos tenían factores de inmunosupresión y el VIH fue el principal antecedente predisponente en dos casos (66,6%), mientras que el tercer paciente tenía antecedentes de trasplante y exposición tabáquica. La infección por el virus de Epstein-Barr (VEB) estuvo presente en los tres casos (100%). Clínicamente, todos los sujetos manifestaron síntomas B y la presentación local más común fue la rectorragia (66,6%), seguida de la obstrucción intestinal (33,3%). La localización anatómica fue predominantemente rectal (66,6%) y uno de los casos afectó el colon transverso (33,3%) (Tabla 1). En cuanto al perfil inmunofenotípico, los tres casos mostraron expresión de CD138 (100%) y la mayoría expresó MUM-1, CD38 y CD45. Sólo uno de los casos conservó expresión de CD20. Dos pacientes se hallaban en estadios avanzados (III-IV) y con un índice pronóstico internacional (IPI) intermedio a alto. A pesar del uso de esquemas de quimioterapia intensiva como B-EPOCH o R-DA-EPOCH, la evolución fue desfavorable, con una supervivencia global inferior a los seis meses en dos de los casos. Las características clínicas muestran un patrón morfológico de células plasmablasticas con alto índice proliferativo y pérdida del fenotipo B típico. Estos hallazgos resaltan el comportamiento clínico agresivo del linfoma plasmablastico colorrectal y la necesidad de estrategias diagnósticas y terapéuticas más efectivas (Tabla 1).

Discusión: El linfoma plasmablastico (LPB) colorrectal es una entidad rara y agresiva que puede presentarse en pacientes inmunocomprometidos, en particular con VIH o factores como la desnutrición profunda. En esta serie, los tres pacientes mostraron enfermedad avanzada con síntomas inespecíficos, expresión inmunofenotípica común (CD138, CD38, MUM-1 positivos; CD20 y PAX5 negativos), y serología positiva para VEB. A pesar del uso de esquemas intensivos como bortezomib-DA-EPOCH, la evolución fue desfavorable en la mayor parte de los casos. El diagnóstico es complejo y requiere un abordaje inmunohistoquímico amplio. La mediana de supervivencia es aún baja y no existe un consenso terapéutico claro, por lo que se necesita más evidencia para mejorar su control.

Conclusiones: El linfoma plasmablastico de recto es una entidad rara pero sumamente agresiva. Su relación con VIH y EBV obliga a una vigilancia diagnóstica activa. El pronóstico es todavía desfavorable, aunque los esquemas intensivos como EPOCH pueden ofrecer cierta prolongación de la sobrevida en algunos casos.

Financiamiento: No se obtuvo financiamiento.

Tabla 1. Se presentan los hallazgos clínicos, inmunológicos y desenlaces de tres pacientes con linfoma plasmablastico de localización rectal, atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Todos los pacientes eran positivos a VIH y tenían enfermedad extranodal en el recto. La supervivencia global fue limitada, especialmente en los casos con estadio IV e IPI alto. (Mar417)		
Característica	Categoría	n (%)
Edad	18-50 años	2 (66,7)
	Mayor de 50 años	1 (33,3)
Sexo	Femenino	0 (0)
	Masculino	3 (100)
Riesgo predisponente	VIH	2 (66,6)
	Epstein-Barr	3 (100)
	Tabaco	3 (100)
	Trasplante	1 (33,3)
Presentación clínica	Síntomas B	3 (100)
	Rectorragia	2 (66,6)
	Obstrucción	1 (33,3)
Sitio extranodal	Recto	2 (66,6)
	Colon transverso	1 (33,3)
Marcadores (resultado positivo)	CD20	1 (33,3)
	CD45	2 (66,7)
	CD38	2 (66,6)
	CD138	3 (100)
	MUM-1	2(66,6)
Clasificación: estadio	I-II	1 (33,3)
	III-IV	2 (66,6)
IPI (índice pronóstico internacional)	Riesgo bajo: 0-1	0 (0)
	Riesgo intermedio bajo: 2	1 (33,3)
	Riesgo intermedio alto: 3	2 (66,6)
	Riesgo alto: 4-5	0 (0)
Esquema de tratamiento	B EPOCH	2 (66,6)
	R DA EPOCH	1 (33,3)
Supervivencia global	0-6 meses	2 (66,6)
	6-12 meses	1 (33,3)

Mar418

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA MALROTACIÓN INTESTINAL EN ADULTOS: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

C. L. Cruz-Rico, J. V. Galicia-Alba, G. Mendoza-Domínguez, S. A. Zaragoza-Galicia, M. Schmulson, Unidad de Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Introducción: La malrotación intestinal (MI) es una anomalía congénita que suele diagnosticarse en la infancia, pero puede permanecer asintomática

hasta la edad adulta (0,2 al 0,5% de los casos), y se presenta con síntomas inespecíficos, por lo que su diagnóstico y tratamiento representan un desafío.

Objetivo: Analizar las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y el tratamiento de MI en adultos mediante un enfoque dual: revisión de una serie de casos y revisión sistemática de las publicaciones médicas.

Informe de casos:

1. Revisión retrospectiva de ocho pacientes adultos con MI tratados en una clínica de gastroenterología del noreste de la Ciudad de México. El 62,5% correspondió a mujeres y el 37,5% a hombres, con media de edad de 52,5 ± 19,5 años. Los síntomas más frecuentes fueron diarrea (75%), distensión abdominal (25%), dolor abdominal y estreñimiento (12,5% c/u). La MI se identificó como parte del abordaje diagnóstico; siete con tránsito intestinal (TI): MI parcial (tres del yeyuno proximal, cuatro del distal) y tiempo de tránsito de 159,2 ± 71,4 min, y uno por TAC abdominal con MI completa de intestino delgado y colon (paciente con estreñimiento tratada con prucaloprida). El tratamiento de la MI parcial incluyó a cinco con rifaximina-alfa tras sospechar SIBO secundario (cuatro con respuesta completa, una resolución parcial), por lo que posteriormente se trató con antiespasmódicos para el dolor; uno se trató con tetraciclina por seis meses por espúre tropical independiente de la MI; y uno no regresó a seguimiento (Tabla 1).

2. Revisión sistemática de acuerdo con las guías PRISMA mediante búsqueda en PubMed que identificó inicialmente 51 artículos, de los cuales sólo se incluyeron 31 artículos que describieron series e informes de casos de MI, complementados con tres adicionales encontrados por rastreo de referencias (Tabla 1). La revisión en total incluyó a 126 pacientes con MI (69% de mujeres y 31% de hombres) de 40,3 ± 13,5 años. Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal (76,9%), náusea (59,5%), vómito (54,7%), estreñimiento (44,4%) y distensión abdominal (39,6%); al momento del diagnóstico, el 30,9% sufrió vólvulo (35,9% de intestino medio, 20,5% ileocecal, 2,6% duodenal, 2,6% yeyunal, 38,4% no descrito). El 44,4% de los casos con MI cursó con abdomen agudo (la mayoría desencadenado por vólvulo) diagnosticado por TAC (30,1%) y TI (4%) y diagnóstico durante la laparotomía exploradora (10,3%). El 55,6% restante de los casos de MI se diagnosticó durante la investigación de los síntomas, por TAC (40,5%) y TI (15,1%). El tratamiento fue quirúrgico en 85,7% de los casos (procedimiento de Ladd en 67,4% y detorsión intestinal en 40,4%) con resolución en el 86,9%; el resto se trató con ablandadores de heces para el tratamiento de suboclusiones recurrentes.

Conclusiones: La MI en adultos parece ser más frecuente en mujeres y se manifiesta con síntomas variables e inespecíficos hasta el abdomen agudo por vólvulo en casi un tercio de los casos. El TI es de utilidad en pacientes con síntomas inespecíficos, aunque es difícil saber si en ellos la MI es la causa de los síntomas o un simple hallazgo fortuito, a diferencia de los casos de dolor abdominal agudo en los cuales la TAC establece el diagnóstico de vólvulo secundario a la malrotación.

Financiamiento: Financiado parcialmente por la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Tabla 1. *Sólo se enlistan el primer autor. (Mar418)

Autor*	Revista	Año	Número de pacientes informado
Yin MD	<i>Medicine</i>	2024	1
Anand U	<i>Indian J Gastroenterol</i>	2018	22
Martínez SA	<i>Orphanet J Rare Dis</i>	2023	55
Salustio R	<i>BMC Res Notes</i>	2014	1
Vassaur J	<i>JSLs</i>	2014	1
Hernando-Almudí E	<i>Cir Cir</i>	2017	1
von Flüe M	<i>Dis Colon Rectum</i>	1994	10
Cusimano A	<i>BMC Womens Health</i>	2016	1
Torre A	<i>BMJ Case Rep</i>	2022	1
Ayane GN	<i>Pan Afr Med J</i>	2018	1
Sözen S	<i>Ulus Travma Acil Cerrahi Derg</i>	2012	1
Kotobi H.	<i>J Visc Surg</i>	2017	8
Alessandri G	<i>Eur Rev Med Pharmacol Sci</i>	2016	1
Brady JT	<i>Dis Colon Rectum</i>	2018	1
Padilla-Pérez FJ	<i>Cir Cir</i>	2025	1
Flores-Olmos NL	<i>Rev Med Inst Mex Seguro Soc</i>	2025	1
Chumber S	<i>BMJ Case Rep</i>	2015	1

Eltayb AB	<i>J Med Case Rep</i>	2023	1
Schwab ME	<i>BMC Surg</i>	2022	1
Addink M	<i>J Surg Educ</i>	2012	1
Matzke GM	<i>J Laparoendosc Adv Surg Tech A</i>	2003	1
Guerra M	<i>Ann Ital Chir</i>	2021	1
Hanna T	<i>Ann R Coll Surg Engl</i>	2010	2
Motomura T	<i>Fukuoka Igaku Zasshi</i>	2013	1
Lin CJ	<i>Emerg Radiol</i>	2004	1
Ruiz HD	<i>Acta Gastroenterol Latinoam</i>	2016	1
Goicochea Mancilla C	<i>Rev Gastroenterol Peru</i>	2001	1
Bider K	<i>Eur Radiol</i>	2001	1
Alaoui A	<i>Pan Afr Med J</i>	2020	1
Israelit S	<i>Emerg Radiol</i>	2009	1
Edling P	<i>Ugeskr Laeger</i>	2014	1
Etchevers J	<i>Rev Arg Rad</i>	2008	1
Mallick IH	<i>World J Gastroenterol</i>	2006	1
Herle P	<i>Int J Surg Case Rep</i>	2018	1
Total de artículos: 34			Total de pacientes: 126

Mar419

FACTORES DE RIESGO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, BIOQUÍMICAS EN PACIENTES QUE SE REALIZA UNA COLONOSCOPIA PARA DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL EN UN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN IMSS HGR 200 TECÁMAC EDO. DE MÉXICO

P. U. Castillo-López, N. Martínez-Gómez, HGR 200 IMSS

Introducción: En la actualidad, el cáncer colorrectal es uno de los tipos de cáncer más frecuentes, es la segunda causa de morbilidad y se ha registrado un incremento del diagnóstico en personas cada vez más jóvenes menores de 45 años. Se describen factores de riesgo en poblaciones asiáticas, europeas y en pocos centros de tercer nivel de atención en México, pero no se cuenta con estadísticas actuales en la población mexicana atendida en segundos niveles de atención.

Objetivo: Describir los factores de riesgo y las características clínicas de los pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal atendidos en un segundo nivel de atención.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional y ambispectivo. Los datos clínicos se obtuvieron de expedientes de pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal mediante colonoscopia en el Hospital General Regional 200 "Tecámac" del 1 de enero de 2022 al 31 mayo del 2025. Criterios de inclusión: hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, contar con colonoscopia y expediente clínico completo, tener biopsias y resultado histológico y contar con estudios de extensión extracolónica (TAC, RMN, PET). Criterios de exclusión: paciente con expediente incompleto y diagnóstico de cáncer no primario colorrectal. Se realizó un análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central, medias y porcentajes que se expresaron con frecuencias.

Resultados: Se revisaron 1 450 colonoscopias con expediente clínico completo, de las cuales 135 eran cánceres colorrectales; se excluyó a 71 pacientes por tener origen ginecológico. La edad promedio fue de $58,8 \pm 25$ años y el más joven tenía 32 años. Los factores de riesgo más frecuentes fueron edad mayor de 50 años (90%), consumo excesivo de carnes rojas + 5/7 días (88%), tabaquismo (64%), obesidad (62%), diabetes mellitus (47%) e hipertensión arterial (41%). Los menos frecuentes fueron antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal (2%), antecedentes familiares de síndrome genético vinculado con cáncer colorrectal (2%) y antecedentes heredo-familiares de cáncer colorrectal. Los síntomas más frecuentes fueron hemoquecia (60%), dolor abdominal crónico y cambio en el hábito intestinal, estreñimiento en 27% y diarrea en 13% (ambos 30%), anemia en 56%, medias de hemoglobina de $10 \pm 3,5$, heces delgadas o acitadas en 54%, pérdida de

peso en 50% y masa palpable en 23%. La localización más frecuente fue el recto (39,1%), seguido de colon izquierdo (34,9%) y finalmente colon derecho (26%). La estirpe histológica fue el de tipo adenocarcinoma, 24% poco diferenciados, 58% moderadamente diferenciados y 18% bien diferenciados. Las etapas clínicas más frecuentes al momento del diagnóstico correspondieron a IB (8%), IIA (20%), IIB (20%), IIC (2%), IIIA (10%), IIIB (18%), IIIC (4%), IVA (8%), IVB (4%) y IVC (6%).

Conclusiones: El cáncer colorrectal en este trabajo se encontró con cuadro florido de síntomas colónicos; el cáncer colorrectal más frecuente fue el adenocarcinoma moderadamente diferenciado, seguido del poco diferenciado. La colonoscopia tuvo una certeza diagnóstica del 100%. En este medio, la hemoquecia y los cambios del patrón de las evacuaciones se relacionaron sólidamente con neoplasias colorrectales. Se sugiere reforzar las políticas de detección temprana para neoplasias colorrectales en los primeros y segundos niveles de atención primaria para la referencia oportuna para la atención y detección del cáncer colorrectal.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar420

PERFIL FISIOLÓGICO Y CLÍNICO EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO EVALUADOS POR MANOMETRÍA ANORRECTAL

M. A. Quiñónez-Barrera, A. L. Desales-Iturbe, Y. Zamorano-Orozco, Centro Médico Nacional, Hospital 20 de Noviembre

Introducción: El estreñimiento crónico es un trastorno funcional digestivo frecuente con efectos significativos en la calidad de vida. Dentro de sus subtipos, la disineria anorrectal constituye una alteración fisiológica relevante caracterizada por contracción inadecuada o falla de relajación del aparato esfínterico durante la defecación. La manometría anorrectal de alta resolución permite evaluar de manera detallada los parámetros funcionales rectoanales. Dada la elevada frecuencia del estreñimiento en la práctica clínica, especialmente en poblaciones con comorbilidades, y la necesidad de diferenciar subtipos funcionales para orientar el tratamiento, resulta imprescindible caracterizar mejor el perfil clínico y fisiológico de estos pacientes.

Objetivo: Caracterizar el perfil clínico y fisiológico de los pacientes con estreñimiento remitidos a evaluación por manometría, enfocado en la prevalencia de disineria y su vinculación con variables clínicas y funcionales.

Material y métodos: Se incluyó a 61 pacientes adultos con estreñimiento crónico referidos al Hospital General Regional No 1. Dr. Carlos MacGregor para realización de manometría de alta resolución durante el periodo comprendido entre enero de 2022 y marzo de 2025. Se excluyeron los casos con incontinencia, enfermedad hemorroidal y fistulas anales. Se recopilaron variables clínicas, demográficas y comorbilidades desde el sistema de gestión hospitalaria. Los estudios de motilidad se efectuaron mediante manometría de alta resolución y prueba de expulsión del balón. Se analizaron relaciones entre variables mediante ji cuadrada y t de Student.

Resultados: La media de edad fue de 60 años, con 73,8% de mujeres. La prevalencia de disineria fue del 77% y predominó el tipo II (27,86%). El tono medio fue de 70,3 mmHg y la sensibilidad rectal media de 40 mmHg. Se identificó hipotonía en 16,4% e hipertonia en 8,2% de los casos; 77% mostró sensibilidad normal. El 65,6% tuvo resultado negativo en la expulsión del balón (Tabla 1). La disineria fue más frecuente en los grupos < 40 y ≥ 60 años ($p = 0,002$), sin vínculo con sexo o comorbilidades. Se observó una relación entre hipertonia y expulsión fallida del balón ($p = 0,014$), pero no entre disineria y resultado de la prueba ($p = 0,908$), ni entre RAIR y sensibilidad ($p = 0,637$).

Conclusiones: La disineria anorrectal es frecuente en pacientes estreñidos referidos a estudio manométrico, sobre todo en edades extremas, y se identificó una relación significativa entre hipertonia anal y falla en la expulsión del balón, lo cual sugiere un componente funcional relevante en este subgrupo. La evaluación fisiológica individualizada es clave y la prueba de expulsión del balón debe interpretarse en conjunto con la manometría. No se observaron relaciones estadísticamente significativas entre la presencia de disineria y las variables clínicas, pero sí con el grupo etario. El estudio reafirma la utilidad de la manometría de alta resolución en el abordaje diagnóstico del estreñimiento y sugiere que la prueba de expulsión del balón debe interpretarse con cautela y siempre en conjunto con otros parámetros funcionales.

Financiamiento: Este estudio no dispuso de ningún financiamiento.

Tabla 1. Características clínicas y manométricas basales de la población estudiada. Se presentan los datos demográficos, comorbilidades relevantes y hallazgos de la manometría anorrectal. Las variables continuas se expresan como media y desviación estándar y las categóricas como número absoluto (porcentaje). (Mar420)

Característica	Total (n = 61)
Demográfica	
Edad	60,0 ± 13,8
Sexo femenino	45 (73,8%)
Sexo masculino	16 (26,2%)
Clínica	
Hipotiroidismo	11 (18,0%)
Hipertensión arterial sistémica	9 (14,8%)
Diabetes tipo 2	5 (8,2%)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3 (4,9%)
Gastritis	2 (3,3%)
Colitis	2 (3,3%)
Otras comorbilidades	7 (11,2%)
Resultados por manometría	
Disinergia	47 (77,049%)
Tipo I	15 (24,59%)
Tipo II	17 (27,86%)
Tipo III	9 (14,75%)
Tipo IV	6 (9,83%)
Sin disinergia	14 (22,95%)
Tono	70,34 mmHg ± 32,99
Conservado	46 (75,40%)
Hipotonía	10 (16,39%)
Hipertonía	5 (8,19%)
Sensibilidad	40 mmHg ± 25,02
Sensibilidad conservada	47 (77,04%)
Hiposensibilidad	9 (14,75%)
Hipersensibilidad	5 (8,19%)
Expulsión del balón	
Negativa	40 (65,57%)
Positiva	21 (34,42%)

Mar421

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FRECUENCIA DE LA DIARREA CRÓNICA EN UNA POBLACIÓN MEXICANA

C. G. Solís-Hernández, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De-la-Tijera, Grupo Colaborativo: Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La diarrea crónica por definición se caracteriza por síntomas que duran más de cuatro semanas y es un problema que afecta hasta el 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 la 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 Eduardo Liceaga durante un periodo de 12 meses, con evaluación de variables demográficas, parámetros bioquímicos, hallazgos endoscópicos e histológicos. Se emplearon estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central y dispersión mediante SPSS 25.0. Los valores se expresaron como medias y desviaciones estándar.

Resultados: Se analizó a 171 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales 65,49% correspondió a mujeres. La edad media fue de 54,6 ± 13,15 años. Las comorbilidades relacionadas con más frecuencia fueron la diabetes mellitus tipo 2 en un 48%, la hipertensión arterial sistémica en 37%, los trastornos del perfil tiroideo en 19%, la ansiedad en 8% y la depresión en 4%. El síntoma más frecuente referido en el 85% de los pacientes fue la distensión abdominal. Las causas de la diarrea crónica fueron SII-diarrea en 60 (42%) pacientes, diarrea funcional en 28 (19,5%), enfermedad inflamatoria intestinal en 8 (5,5%), insuficiencia pancreática en 8 (5%), enfermedad celiaca en 5 (3,5%), colitis eosinofílica en 4 (2,7%) y colitis microscópica en 2 (1,3%). El 15% de los pacientes tenía anemia microcítica hipocrómica, el 7% deficiencia de folato y 4% déficit de vitamina B₁₂, independientemente de la causa. Los hallazgos histológicos identificados fueron colitis crónica inespecífica (36%), ileítis aguda (27%), atrofia de vellosidades en íleon (9%) y proctitis crónica inespecífica (9%).

Conclusiones: Las causas de la diarrea crónica en pacientes mexicanos son similares a las notificadas en las publicaciones médicas y predominan los trastornos del eje cerebro-intestino, respecto de las causas orgánicas; los hallazgos por colonoscopia permiten diferenciar ambos grupos. Se deben considerar la hipovitaminosis y la anemia en el seguimiento de la enfermedad, ya que pueden implementarse conductas terapéuticas oportunas para la prevención de las complicaciones.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Mar422

PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS DIGESTIVOS: UN ANÁLISIS EPI-DEMIOLÓGICO

C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegria-Ovando, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, J. A. González-Vanegas, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los tumores neuroendocrinos digestivos son un grupo poco conocido de neoplasias que surgen de las células del sistema neuroendocrino del tracto gastrointestinal. Algunos estudios realizados en centros médicos nacionales han mostrado un aumento de la incidencia de estos tumores, lo que representa alrededor del 5 al 10% de los tumores gastrointestinales.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas, prevalencia y comportamiento clínico de los tumores neuroendocrinos digestivos.

Material y métodos: Todos los expedientes de pacientes mayores de 18 años de edad atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga con diagnóstico de tumor neuroendocrino digestivo, que cumplieron los criterios de inclusión del presente estudio y que se atendieron entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2024.

Resultados: Se analizaron 43 casos de tumores neuroendocrinos digestivos atendidos en el Hospital General de México entre 2023 y 2024, con el objetivo de caracterizar sus aspectos epidemiológicos, clínicos, anatomopatológicos y pronósticos. La edad promedio fue de 50,3 años, con predominio del sexo masculino (56%). Un tercio de los pacientes presentaba más de una comorbilidad y las más frecuentes fueron la hipertensión y la diabetes; además, se identificó consumo de tabaco en 60,4% y alcohol en 55,8%. La localización más común fue la pancreática (32,5%), seguida de la rectal y la hepática. El subtipo histológico más común fue el insulinoma y el índice Ki67 reveló una media del 20,1%, más alto en tumores de colon y duodeno, lo que sugiere una mayor agresividad. El tamaño tumoral promedio fue de 2,5 cm, con registro de tumores hasta de 17 cm, y necrosis tumoral en el 69,7% de los casos evaluables. El tiempo medio para el diagnóstico fue de 2,87 años, influido por síntomas inespecíficos, comorbilidades y factores socioculturales. Se observó que los pacientes con diagnóstico más temprano tenían a menudo antecedentes familiares de cáncer, menor carga de enfermedades crónicas y mejor percepción de sus síntomas, lo que resalta la necesidad de mejorar la detección oportuna.

Conclusiones: Este estudio ofrece una visión actualizada de los tumores neuroendocrinos digestivos (TNE-D) en un hospital de referencia en la Ciudad de México, y revela similitudes con investigaciones previas en el país, especialmente en cuanto a edad promedio, comorbilidades y localización tumoral. La mayoría de los casos se localizó en páncreas, colon, recto e hígado, con índices de proliferación Ki67 más elevados en tumores pancreáticos y duodenales, lo que coincide con los informes nacionales que vinculan estas zonas con mayor agresividad. Se observó un retraso diagnóstico promedio de 2,87 años, atribuible a factores socioculturales y comorbilidades crónicas. Un hallazgo relevante fue que los pacientes con antecedentes familiares positivos accedieron a diagnósticos más tempranos, lo que subraya la importancia de considerarlos como herramienta para estrategias de detección oportuna en la población mexicana.

Financiamiento: Este protocolo no contó con financiamiento.

Mar423

DISTRIBUCIÓN ETIOLÓGICA DE LA DIARREA AGUDA EN ADULTOS Y UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA PCR GASTROINTESTINAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

P. A. Amezcua-Gómez, A. Pacheco-Silva, A. Salazar-Monroy, M. A. Martínez-Vázquez, F. J. Bosques-Padilla, Instituto de Salud Digestiva TecSalud Monterrey

Introducción: La diarrea aguda en adultos es todavía una causa relevante de morbilidad y consumo empírico de antibióticos en todos los niveles de atención. La etiología es diversa y los métodos convencionales poseen limitaciones en sensibilidad y tiempo. Los paneles gastrointestinales por PCR ofrecen detección rápida y simultánea de múltiples patógenos desde una sola muestra, y permiten iniciar tratamiento dirigido, evitar antibióticos innecesarios, mejorar desenlaces y apoyar la vigilancia epidemiológica. En México, los datos sobre su utilidad diagnóstica real son aún escasos. Este estudio evalúa la distribución de agentes detectados mediante PCR gastrointestinal en pacientes adultos con diarrea aguda en un hospital de tercer nivel.

Objetivo: Describir la frecuencia y la distribución de patógenos entéricos identificados mediante panel PCR gastrointestinal en pacientes adultos con diarrea aguda atendidos en un hospital de tercer nivel en Nuevo León durante 2023.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyó a pacientes adultos (≥ 18 años) con diarrea aguda y PCR gastrointestinal realizada entre agosto y diciembre de 2023. Se excluyeron causas no infecciosas o resultados no concluyentes. Los datos se obtuvieron de expedientes y registros de laboratorio. Se analizaron variables demográficas, agentes identificados, coinfecciones, estacionalidad y tipo de atención. El análisis estadístico se realizó en RStudio v4.3.1 mediante frecuencias absolutas, proporciones, intervalos de confianza al 95% y prueba χ^2 .

Resultados: Se incluyó a 164 pacientes únicos con PCR positiva. La edad media fue de 49,3 años (DE $\pm 20,8$) y 58% correspondió a mujeres (n = 94). Los agentes más comunes fueron *E. coli* enteropatógena (21,3%), *E. coli* enteroagregativa (15,2%) y norovirus (14,6%). Se identificaron coinfecciones en 26,2% (n = 43), principalmente entre patotipos de *E. coli* y virus. Al comparar a pacientes en urgencias (n = 40), laboratorio externo (n = 38) e intrahospitalarios (n = 86), EPEC, EAEC y norovirus fueron las tres principales causas en todos los servicios. En urgencias, EPEC se detectó en 34,1%, EAEC en 24,4% y norovirus en 22,0%. En hospitalizados, EPEC representó 14,8%, EAEC 11,4% y norovirus 10,2%. En laboratorio externo, EPEC registró 21,0%, norovirus 15,7% y EAEC 13,1%. La positividad fue mayor en emergencias (72,5%) que en hospitalizados (47,7%) y laboratorio externo (57,9%). Septiembre concentró el mayor número de pruebas (n = 46), con 67,4% de positivas. No hubo diferencias significativas de positividad por sexo (p = 0,88).

Conclusiones: El panel GI PCR permitió detectar positividad elevada y múltiples coinfecciones. EPEC, EAEC y norovirus fueron los agentes más frecuentes. Más de una cuarta parte de los pacientes desarrolló coinfecciones, lo que respalda su utilidad como herramienta diagnóstica. La mayor positividad en ambulatorios destaca su valor incluso en cuadros no graves. Además, al identificar oportunamente casos virales, se evidenció un grupo de pacientes que, sin esta prueba, probablemente habría recibido antibióticos innecesarios, como ocurre por lo regular en la práctica clínica. Estos hallazgos refuerzan el papel de la PCR en la optimización del tratamiento, la reducción del uso empírico de antibióticos, la implementación de medidas de aislamiento

adecuadas y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en hospitales de tercer nivel.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar424

EVALUACIÓN DE LA CORRELACIÓN ENTRE INDICADORES CLÍNICOS, BIOQUÍMICOS, ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

H. Rodríguez-Cruz, V. Hernández-Antolín, P. Rosales-Téllez, J. A. Chida-Romero, R. E. González-López, E. Contreras-Avilés, R. Y. López-Pérez, 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 intestinal (EII) caracterizada por inflamación continua de la mucosa colónica, con extensión proximal desde el recto. La evaluación precisa de la actividad inflamatoria es fundamental para guiar el tratamiento, pero implica integrar diversas dimensiones: síntomas clínicos, biomarcadores inflamatorios, hallazgos endoscópicos e histopatológicos. Sin embargo, estos parámetros no siempre se correlacionan entre sí, lo que puede dificultar una valoración objetiva de la enfermedad. En la práctica clínica, la calprotectina fecal y la proteína C reactiva se emplean ampliamente como marcadores indirectos de inflamación, aunque su grado de correlación con la actividad endoscópica e histológica es aún variable.

Objetivo: Evaluar la correlación entre escalas clínicas, biomarcadores inflamatorios séricos y fecales, y hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes con CUCI.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico realizado entre marzo de 2023 y junio de 2025 en la clínica de EII del Hospital General de México Eduardo Liceaga. Se incluyó a 218 pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI. Se recolectaron variables clínicas (escala de Truelove y Witts), bioquímicas (PCR y calprotectina fecal), endoscópicas (escala de Mayo) e histológicas (índice de Riley). Se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman y se consideró significancia estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 218 pacientes, con 51,4% de mujeres y edad media de $42,3 \pm 14,5$ años. El 65,6% presentó pancolitis (E3) y el 40,8% recibió tratamiento avanzado. Las manifestaciones extraintestinales más frecuentes fueron las artralgias (29,4%). La PCR mostró correlación positiva baja a moderada con calprotectina fecal ($p = 0,349$, $p < 0,001$) y débil con Truelove y Witts ($p = 0,265$, $p < 0,001$), sin relación con la escala de Mayo ($p = 0,081$, $p = 0,236$) ni con Riley ($p = 0,045$, $p = 0,504$). La calprotectina fecal no reveló correlación significativa con Truelove y Witts ($p = 0,030$, $p = 0,660$) ni con la escala de Mayo ($p = -0,115$, $p = 0,089$). El índice de Riley mostró correlación positiva baja a moderada con la escala de Mayo ($p = 0,299$, $p < 0,001$). No se observaron correlaciones significativas entre las escalas de Truelove y Witts y Mayo ($p = 0,039$, $p = 0,569$) ni con el índice de Riley ($p = 0,001$, $p = 0,990$). En la **Tabla 1** se describen las características clínicas, bioquímicas, endoscópicas e histológicas de los pacientes evaluados.

Tabla 1. Perfil clínico integral de pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática: características demográficas, bioquímicas, endoscópicas e histológicas. Variable con distribución normal: expresada como media $\pm$ desviación estándar (DE). †Escala TW: escala de Truelove y Witts, escala clínica para la actividad inflamatoria en la CUCI. ‡ Variable con distribución no normal: expresada como mediana (rango intercuartílico, RIC). Escala Mayo: subescala endoscópica de la clasificación de actividad en CUCI. Índice de Riley: índice histológico de actividad inflamatoria en CUCI. (Mar424)

Variable	CUCI (n = 218)
Sexo, n (%)	
Masculino	106 (48,6)
Femenino	112 (51,4)
Edad media, años $\pm$ DE†	42,3 $\pm$ 14,5
Clasificación de Montreal, n (%)	
E1	17 (7,8)

E2	58 (26,6)
E3	143 (65,6)
Tratamiento médico, n (%)	
Convencional	129 (59,2)
Avanzado	89 (40,8)
Manifestaciones extraintestinales, n (%)	
No	144 (66,1)
Artralgias	64 (29,4)
Eritema nodoso	2 (0,9)
Espondiloartritis	3 (1,4)
Uveítis	1 (0,4)
Escala TW† (puntos)	8,4 ± 4,0
Escala Mayo‡ (puntos)	
Inactivo	112 (51,4)
Leve	44 (20,2)
Moderado	37 (17)
Grave	24 (11)
Índice Riley‡ (puntos)	
Inactivo	177 (81,2)
Leve	33 (15,1)
Moderado	2 (0,9)
Grave	6 (2,8)
PCR‡ (mg/L)	1,4 (0,7-4,2)
CPF‡ (ug/g)	278 (71,2-850)

PCR, proteína C reactiva (mg/L); CPF, calprotectina fecal (ug/g).

Conclusiones: En esta cohorte, los parámetros endoscópicos e histológicos mostraron una correlación significativa, mientras que los biomarcadores séricos y fecales y las escalas clínicas tuvieron correlaciones limitadas. Estos hallazgos refuerzan la importancia de integrar múltiples dominios para valorar con mayor precisión la actividad inflamatoria en CUCI.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Mar425

ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE ANTICOAGULANTE UTILIZADO Y LA APARICIÓN DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO REALIZADO EN EL HOSPITAL ESPAÑOL (2023-2025)

B. I. Campos-Martínez, A. Noble-Lugo, A. Padilla-Isassi, Hospital Español

Introducción: La hemorragia del tubo digestivo (HTD) es una complicación frecuente en pacientes que reciben tratamiento con anticoagulantes y antiagregantes. Estos fármacos incrementan el riesgo de HTD, que puede ser potencialmente letal. Los factores como la edad avanzada, consumo concomitante de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), además del tipo y la dosis de los antitrombótico, parecen ser elementos que influyen en la presentación del sangrado.

Objetivo: Determinar si existe una relación entre el tipo de anticoagulante utilizado y la aparición de HTD y entre el tipo de anticoagulante indicado y la localización de la HTD. Asimismo, establecer si hay mayor riesgo de HTD en los usuarios de rivaroxabán o apixabán que tienen consumo concomitante de antiagregantes plaquetarios, AINE e IRS, además de identificar las características demográficas de esta población vinculadas con mayor riesgo de HTD en pacientes consumidores de apixabán y rivaroxabán.

Material y métodos: Estudio observacional y transversal. Se incluyó a pacientes con HTD, consumidores de apixabán o rivaroxabán, que acudieran a urgencias entre enero de 2023 y abril de 2025. Las variables cualitativas se analizaron mediante frecuencias y porcentajes; las cuantitativas con medias, medianas y desviación estándar. Para el análisis bivalente se usaron ji cuadrada y t de Student.

Resultados: Se analizó a 134 pacientes: 33,6% consumía apixabán y 66,4% rivaroxabán. El 47% (63) presentó HTD, mientras que el 53% (71) no. La mediana de edad fue de 72,46 años y los sujetos que desarrollaron HTD eran significativamente mayores (78,4 vs. 67,15 años, p = 0,001). El sexo masculino predominó en el grupo con HTD (54%), en tanto que en el grupo sin HTD predominó el femenino (73,2%), con diferencia significativa (p = 0,001). No se detectaron diferencias relevantes en la distribución del tipo de anticoagulante entre grupos con y sin HTD (p = 0,467) ni en la dosificación empleada. El consumo concomitante de otros fármacos se acompañó de mayor frecuencia de HTD: AAS (31,7% con HTD vs. 8,5% sin HTD, p = 0,001), clopidogrel (12,7% vs. 0%, p = 0002), ISRS (19% vs. 4,2%, p = 0,007) y AINE (25,4% vs. 5,6%, p = 0,001). Entre los que presentaron HTD, 76,2% tuvo hemorragia alta y 23,8% baja, sin diferencia por tipo de anticoagulante (p = 0,503). La **Tabla 1** resume de manera detallada estos resultados.

Conclusiones: El tipo específico de ACOD no mostró relación estadísticamente significativa con la aparición ni con la localización anatómica de la HTD en la población analizada. El uso concomitante de fármacos con potencial efecto sobre la mucosa gástrica (AAS, clopidogrel, AINE o ISRS) se vinculó de manera significativa con mayor frecuencia de HTD. La edad avanzada y el sexo masculino se identificaron como factores relacionados con la aparición de HTD. Este estudio reafirma la importancia de un abordaje clínico integral y personalizado al momento de indicar tratamiento anticoagulante y de considerar no sólo el fármaco elegido, sino también las condiciones del paciente y la presencia de fármacos adicionales que puedan elevar el riesgo de sangrado.

Financiamiento: Trabajo realizado sin necesidad de financiamiento.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y localización de HTD. (Mar425)

	Pacientes con consumo de anticoagulantes (rivaroxabán y apixabán)			
	Todos (n = 134)	Pacientes con HTD (n = 63)	Pacientes sin HTD (n = 71)	Valor de p
Demográficos				
Sexo				0,001
Mujer (%)	81 (60,4)	29 (46)	52 (73,2)	
Hombre (%)	53 (39,6)	34 (54)	19 (26,8)	
Edad $\bar{x}$ (DE)	72,46 (13,8)	78,4 (9,17)	67,15 (15,07)	0,001
Anticoagulación				
Anticoagulante				0,467
Apixabán	45 (33,6)	19 (30,2)	26 (36,6)	
Rivaroxabán	89 (66,4)	44 (69,8)	45 (63,4)	
Dosis				0,474
Estándar	126 (94)	58 (92,1)	68 (95,8)	
Baja	8 (6)	5 (7,9)	3 (4,2)	
Indicación del anticoagulante				0,392
FA	71 (53)	35 (55,6)	36 (50,7)	
TVP	32 (23,9)	12 (19)	20 (28,2)	
TEP	24 (17,9)	11 (17,5)	13 (18,3)	
Profilaxis	7 (5,2)	5 (7,)	2 (2,8)	
Fármacos de riesgo				
Consumo de AAS	26 (19,4)	20 (31,7)	6 (8,5)	0,001
Consumo de clopidogrel	8 (6)	8 (12,7)	0 (0)	0,002
Consumo de ISRS	15 (11,2)	12 (19)	3 (4,2)	0,007
Consumo de AINE	20 (14,9)	16 (25,4)	4 (5,6)	0,001
Localización del sangrado	Todos (n = 63)	Pacientes con uso de apixabán	Pacientes con uso de rivaroxabán	Valor de p
				0,503
Alto/superior	48 (76,2)	15 (78,9)	33 (75)	
Bajo/inferior	15 (23,8)	4 (21,1)	11 (44)	

Mar426

PREFERENCIAS EN PRUEBAS DE ESCRUTINIO PARA EL CÁNCER DE COLON: EL PODER DE LA INFORMACIÓN

J. Félix-Gurrola, C. R. Elías-Ortega, M. M. García-Favela, E. Ledesma-Martínez, C. O. Morales-Gómez, M. A. Sánchez-Escandón, J. M. Avendaño-Reyes, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: A pesar de la disponibilidad de pruebas de escrutinio efectivas para el cáncer colorrectal (CCR), como la colonoscopia y la prueba inmunoquímica fecal (FIT), Baja California se encuentra en el primer lugar de mortalidad y su incidencia continúa en aumento. La falta de comprensión y la escasa difusión acerca de estos estudios limitan su uso preventivo y reducen las posibilidades de reconocer lesiones neoplásicas en etapas tempranas.

Objetivo: Determinar la relación entre el desconocimiento de estrategias de escrutinio de CCR y la influencia en la toma de decisiones.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el noroeste de México de junio a julio de 2025 mediante un cuestionario aplicado a la población abierta (personas de 45 a 80 años de edad). Se les preguntó si se someterían a una prueba FIT y una colonoscopia antes y después de ofrecer información estructurada de ambos métodos. Se realizó un análisis estadístico univariado y un análisis multivariado de regresión logística en IBM SPSS Statistics.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 1 000 personas, de las cuales se descartó a aquellas sometidas ya a una prueba de tamizaje para CCR. La muestra final se integró con 788, de las cuales 460 eran mujeres, 70,6% tenía más de 50 años de edad, 65,4% correspondió a individuos casados y 55,8% a económicamente activos. Antes de recibir información, 386 personas aceptaron realizar una prueba FIT y 420 una colonoscopia. Tras la información proporcionada, 381 sujetos cambiaron de opinión acerca de la prueba FIT y 376 decidieron aceptar la prueba. Las variables relacionadas con aceptar una prueba FIT fueron las personas mayores de 50 años (OR 2,163; IC, 1,574-2,973; $p \leq 0,001$), con estudios de bachillerato (OR 1,962; IC, 1,443-2,668; $p \leq 0,001$), retirados (OR 2,053; IC, 1,408-2,994; $p \leq 0,001$), afiliados al IMSS (OR 2,712; IC, 2,013-3,655; $p \leq 0,001$), historial de antígeno prostático (OR 1,629; IC, 1,178-2,252; $p = 0,003$), de los cuales sólo ser afiliado al IMSS (OR 2,543; IC, 1,270-5,091; $p = 0,008$) se relacionó de manera positiva con aceptar una prueba FIT. En referencia a la colonoscopia, 213 cambiaron de opinión, pero 192 aceptaron someterse a ella. Las variables relacionadas fueron personas mayores de 50 años (OR 1,737; IC, 1,181-2,554; $p = 0,005$), aquellas con educación secundaria (OR 1,598; IC, 1,048-2,436; $p = 0,028$) y bachillerato (OR 1,537; IC, 1,093-2,163; $p = 0,013$), afiliados al IMSS (OR 2,420; IC, 1,677-3,492; $p \leq 0,001$), historial de mamografía (OR 1,484; IC, 1,069-2,060; $p = 0,18$) y Papanicolaou (OR 1,419; IC, 1,021-1,971; $p = 0,037$), pero en el análisis multivariado sólo estar afiliado al IMSS (OR 3,156; IC, 1,222-8,155; $p = 0,018$) se vinculó positivamente con aceptar una colonoscopia.

Conclusiones: Proporcionar información a la población acerca de las pruebas de escrutinio para CCR modifica de manera notoria su decisión. De las múltiples variables relacionadas, el grupo más susceptible al cambio de decisión pertenece al parecer al sistema de salud pública más grande del país. Estos hallazgos sugieren que las estrategias informativas dirigidas en esta población podrían mejorar la disposición al escrutinio de CCR.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Mar427

CARACTERIZACIÓN DE LA HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL BAJA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL: ENFOQUE EN LA ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED INTESTINAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL EN EL OCCIDENTE DE MÉXICO

O. D. Castro-Rodríguez, L. Clemente-Rodríguez, C. Jaramillo-Buendía, J. F. Aguayo-Villaseñor, M. E. Marín-Contreras, G. Polanco-Cruz, A. Montaña-Loza, J. M. Maldonado-Martínez, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El trasplante renal es el tratamiento de elección en pacientes con enfermedad renal crónica. No obstante, la inmunosupresión necesaria para prevenir el rechazo del injerto incrementa la susceptibilidad a múltiples complicaciones, entre ellas las gastrointestinales. En este contexto, la hemorragia del tubo digestivo bajo (HTDB), aunque de baja incidencia, se acompaña de morbilidad y mortalidad elevadas, hasta alcanzar tasas del 70% en algunas series. Las causas de HTDB en esta población son múltiples, incluidos colitis por citomegalovirus (CMV), colitis isquémica, efectos adversos de inmunosupresores e infecciones oportunistas. Menos frecuente es la enfermedad de injerto contra huésped (EICH), por lo regular vinculada con trasplantes hematopoyéticos, pero también posible en receptores de órganos sólidos. La EICH intestinal puede cursar con diarrea, dolor abdominal, hematoquecia y lesiones mucosas diversas. Su diagnóstico exige una alta sospecha clínica, exclusión de infecciones y confirmación histopatológica.

Objetivo: Caracterizar clínica, endoscópica e histopatológicamente los casos de HTDB en receptores de trasplante renal, con énfasis en los pacientes con EICH intestinal confirmada por biopsia, en un centro de tercer nivel en el occidente de México.

Material y métodos: Este estudio retrospectivo y descriptivo se realizó en un hospital de tercer nivel en el occidente de México y tuvo como objetivo caracterizar a pacientes sometidos a trasplante renal que sufrieron HTDB. Se analizaron los expedientes de los individuos atendidos entre 2022 y 2024 con antecedentes de trasplante renal y HTDB. Las variables recolectadas incluyeron características demográficas, clínicas, hallazgos endoscópicos e histopatológicos, carga viral de CMV, esquema inmunosupresor, tratamiento y evolución clínica. Se utilizaron estadísticas descriptivas para el análisis.

Resultados: Se identificó a 12 pacientes: 4 (33%) con colitis por CMV, 3 (25%) con EICH intestinal confirmada y 5 (42%) con causa no concluyente (Tabla 1). La edad media fue de $43,3 \pm 10,5$ años y predominó el sexo femenino (75%). El 58% presentó sangrado en el primer año tras el trasplante. Todos recibían inmunosupresión triple (tacrolimus, micofenolato y prednisona). Los hallazgos endoscópicos comunes fueron ileítis ulcerada distal (83%), lesiones colónicas relacionadas (45%) y lesiones exclusivamente colónicas (16,6%). En los casos con EICH, la ileítis fue constante, con estenosis ileal en dos pacientes. El diagnóstico histopatológico reveló apoptosis epitelial, criptólisis e infiltrado linfocitario denso, consistentes con EICH. El tratamiento se individualizó: los casos de CMV respondieron a los antivirales; ante las causas indeterminadas se ajustó la inmunosupresión y en un caso se requirió procedimiento quirúrgico. Los tres pacientes con EICH recibieron esteroides; uno exigió resección ileal y otro falleció por sangrado persistente, lo que refleja la elevada mortalidad de esta anomalía si no se trata de modo oportuno.

Conclusiones: La EICH intestinal debe considerarse en el diagnóstico diferencial de HTDB posterior a un trasplante renal, sobre todo ante ileítis ulcerada sin infección evidente. La exclusión de CMV y la confirmación histológica son esenciales. La biopsia múltiple de íleon distal y colon derecho es todavía el estándar diagnóstico. El tratamiento debe ser oportuno y multidisciplinario para mejorar los desenlaces en esta población vulnerable.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente pública ni privada.

Tabla 1. Resultados por factor etiológico. (Mar427)

	Edad	Sexo	Tiempo postrasplante	Tratamiento
Infección por CMV	38,2 años (DE $\pm 12,6$)	75% de mujeres	12,5 meses (DE $\pm 4,12$)	Antivirales
EICH	36,6 años (DE $\pm 3,5$)	66,6% de mujeres	6,16 meses (DE $\pm 1,4$)	Esteroides + cirugía
Indeterminado	48,4 años (DE $\pm 11,3$)	80% de mujeres	13,4 meses (DE $\pm 7,9$)	Soporte + cirugía
Todos los pacientes, n = 12	43,3 años (DE $\pm 10,5$)	75% de mujeres	11,45 meses (DE $\pm 6,2$)	