Vol. 91, Supl. 1 Noviembre 2026

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO



Trabajos Libres

Domingo 22 Noviembre
Pág 1-21 Trabajos libres orales
Pág 22-95 Trabajos libres cartel

Lunes 23 Noviembre
Pág 96-119 Trabajos libres orales
Pág 120-171 Trabajos libres cartel

Martes 24 Noviembre
Pág 172-193 Trabajos libres orales
Pág 194-240 Trabajos libres cartel

ISSN 0375-0906

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Órgano Oficial de la Asociación Mexicana de Gastroenterología

Publicación Oficial de la Asociación Mexicana de Gastroenterología

Vol. 91 Supl. 1 Noviembre 2026

Editores titulares

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

José Antonio Velarde-Ruiz Velasco
Departamento de Gastroenterología Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal. México

Consejo editorial

Aldo J. Montano-Loza
Medicine, Division of Gastroenterology and Liver Unit, University of Alberta Hospital, Edmonton, Canada

Alejandra Noble-Lugo
Departamento de Enseñanza e Investigación, Hospital Español, Ciudad de México, México

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

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

Editores asociados

Genaro Vázquez-Elizondo
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

Presidenta: Dra. Alejandra Noble Lugo

Vicepresidente: Gonzalo Manuel Torres Villalobos

Secretaria: Marlene Alejandra Ruiz Castillo

Tesorero: Omar Edel Trujillo Benavides

Protesorera: María Teresa Rizo Robles

Secretaria de Actas: Aracely Cruz Palacios

Secretario de Relaciones: Nicolás Joaquín Fernández Pérez

Consejo consultivo

José María Remes Troche
Investigador Titular de Tiempo Completo Laboratorio de Neurogastroenterología y Fisiología Digestiva
Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana (UV)
Veracruz, Ver. México

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 Intestinal/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 Almater, 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

Ismael Domínguez Rosado
Departamento de Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Nicolás Joaquín Fernández Pérez
Servicio de Enfermedades Hepáticas y Disgestivas, Hospital CHRISTUS MUGUERZA Altagracia, León, Guanajuato, México

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

María Fernanda García Cedillo
Hospital Ángeles Acoxpa, Ciudad de México, México

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

Ignacio García Juárez
Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

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

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

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

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 Acoxpa, 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 Endoscopia, Hospital General de Zona 42 IMSS, Puerto Vallarta, Jalisco, México

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

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

Alicia Sofía Villar Chávez
Servicio de Gastroenterología, Hospital Ángeles Acoxpa, 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 Deaconess 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 Saldívar
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 program, 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 Gastroenterologia y Hepatologia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

COPE COMMITTEE ON PUBLICATION ETHICS

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).

© 2026 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 20 AL 24 DE NOVIEMBRE DE 2026

COMITÉ CIENTÍFICO

COORDINADOR
Dr. Paulo César Gómez Castaños

VOCALES
Dra. Karla Rocío García Zermeño
Dra. Aleida Bautista Santos
Dra. Rosalía Figueroa Salazar

REVISORES
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
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. Javier Manuel Meza Cardona
Dr. Mario C. Peláez Luna
Dr. Rubén Peña Vélez
Dr. José María Remes Troche

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Dra. Marlene Alejandra Ruiz Castillo
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

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

MENSAJE DE BIENVENIDA A LA SEMANA NACIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA 2026

Estimados asociados, profesores nacionales e internacionales, colegas y amigos.

Sean todos bienvenidos a la Semana Nacional de Gastroenterología (SENAGA) 2026 que este año se celebra en la ciudad de Mérida, Yucatán del 20 al 24 de noviembre. Los integrantes de esta Mesa Directiva, los directores del Congreso y los directores de los Cursos precongreso y los recibimos con entusiasmo y con el compromiso de brindarles un espacio de excelencia académica, colaboración multidisciplinaria y convivencia entre los asistentes.

Como parte de la labor social de nuestra asociación, el día previo al inicio de SENAGA se llevará un curso para pacientes en el cual se desarrollarán temas relevantes de salud pública destacando aquellas enfermedades que afectan de manera relevante a la comunidad, bajo un enfoque preventivo. De esta manera buscamos que la difusión del conocimiento no se enfoque solamente en el personal de salud, sino lograr un impacto directo en la comunidad de pacientes y familiares.

Durante esta Semana Nacional de Gastroenterología, se llevarán a cabo el Curso Precongreso de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición, el Curso Precongreso de Endoscopia, el Curso Precongreso de Cirugía General y Congreso Nacional de Gastroenterología y el IX Congreso Internacional de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Contaremos con la participación de 23 profesores internacionales y más de 120 profesores nacionales quienes compartirán su experiencia en cada uno de los espacios académicos a través de diversos formatos atractivos como simposios conjuntos, conferencias magistrales, mesas redondas, debates clínicos, talleres y visitas guiadas a los trabajos en cartel. Durante estos cursos y congresos, podrán conocer las últimas novedades en gastroenterología, cirugía, endoscopia del aparato digestivo, nutrición clínica, hepatología, pancreatología, enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedades inmunomediadas, neurogastroenterología, obesidad, imagenología y muchos temas más. Se impartirán talleres de motilidad gastrointestinal, métodos diagnósticos no invasivos en malnutrición pediátrica, endoscopia pediátrica y abordaje de trastornos de la interacción intestino-cerebro, así como un taller enfocado al uso de la unidad electroquirúrgica y un taller del Grupo Joven AMG.

SENAGA 2026 contará también con el desarrollo de actividades conjuntas con asociaciones médicas nacionales e internacionales fortaleciendo los lazos académicos bajo un enfoque colaborativo y multidisciplinario que sin duda enriquecerá en intercambio de conocimientos. En esta ocasión, la totalidad de las actividades académicas de SENAGA se desarrollarán por profesores de habla hispana, para favorecer una interacción más allá de las sesiones, abriendo espacios de convivencia que permitan formar puentes para desarrollo de proyectos colaborativos futuros consolidando el papel de nuestra asociación como una institución académica líder en la enseñanza e investigación. Como parte de las actividades académicas en colaboración con otras instituciones, por primera vez se llevará a cabo el

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Curso AMG-CONAMEGE Tópicos Selectos de Gastroenterología para el Médico de Primer Contacto, se realizará un taller «Hands-On» de Endoscopia como actividad extramuros de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y habrá una sesión inaugural del II Master en Enfermedad Inflamatoria Intestinal como parte de la colaboración académica entre la Asociación Mexicana de Gastroenterología y la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) con el fin de dar continuidad a la formación de médicos con un enfoque en áreas específicas de la gastroenterología ampliando la formación académica de los asistentes a través de programas internacionales bien estructurados y con enfoque en la excelencia académica.

La Semana Nacional de Gastroenterología es un foro ideal para poder compartir los mejores trabajos de investigación de nuestra especialidad. Reconocemos el compromiso y el entusiasmo de la comunidad científica que una vez más aprovecha este foro para presentar lo mejor de sus trabajos de investigación tanto básica como clínica, los cuales constituyen sin duda el motor para la generación de nuevo conocimiento. El Comité Científico ha seleccionado en esta ocasión los trabajos de investigación más relevantes permitiendo la presentación de 85 trabajos libres orales, 265 trabajos libres en cartel y 8 trabajos premiados que serán presentados durante la sesión plenaria.

Este espacio de academia y convivencia nos da la oportunidad de reconocer a aquellos socios destacados. Durante la sesión inaugural del Congreso realizaremos un homenaje a dos médicos a los cuales reconoceremos porque a lo largo de su trayectoria han trascendido más allá de sus logros personales dejado un legado no solo en nuestra asociación sino en la gastroenterología mexicana a través de la formación de especialistas en gastroenterología y en endoscopia a lo largo de varias décadas.

De manera personal quiero agradecer al Comité organizador conformado por cada uno de los directores de Cursos y Talleres, a los directores de los Congresos y a todos ustedes asistentes que abren un espacio en sus agendas para participar en SENAGA 2026, con el fin de adquirir nuevos conocimientos a través del análisis crítico, descubrir lo más destacado en la investigación científica mexicana y llevar ese conocimiento a su práctica clínica cotidiana en beneficio de sus pacientes.

Los invitamos a que asistan a la Semana Nacional de Gastroenterología. Estamos seguros de que encontrarán una oferta académica acorde a sus intereses y necesidades de actualización. Esperamos que disfruten este evento académico y que encuentren los espacios de convivencia que permitan compartir experiencias y fortalecer los lazos académicos y de amistad entre nosotros.

A nombre de la Mesa Directiva y de todos los miembros del Comité Organizador de SENAGA 2026, me despido con un saludo cordial.

Dra. Alejandra Noble Lugo
Presidenta de la Asociación Mexicana de Gastroenterología
Mesa Directiva 2026

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Contenido

Trabajos libres orales, domingo 22 de noviembre

1 *Higuera-De-La-Tijera F. y cols.* Mejoría de MASLD y del riesgo cardiometabólico mediante un programa educativo multidisciplinario: una meta verdaderamente alcanzable

2 *Ortega-Campos V. y cols.* Dieta mediterránea alta en fibra para la mejoría de esteatosis hepática metabólica

3 *Sacal-Saba K. y cols.* Perfil del índice inflamatorio dietético en pacientes con esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD)

4 *Carrillo-Rojas J. I. y cols.* Asociación del síndrome metabólico con el desarrollo de esteatosis hepática metabólica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

4 *Herrera-López A. P. y cols.* Asociación de la fuerza de agarre ajustada al peso corporal y la masa muscular relativa con la esteatosis hepática en adultos mexicanos

5 *Martínez-Toto A. y cols.* Biomarcadores séricos y hallazgos endoscópicos en pacientes con sospecha de infección por *H. pylori:* análisis comparativo

6 *Vázquez-Cruz A. P. y cols.* Transición epidemiológica de *Helicobacter pylori* en *México*: prevalencia de infección activa y factores asociados en un estudio comunitario con ^{13}C-UBT

7 *Zárate-Villazón J. F. y cols.* La prevalencia de *H. pylori* depende de la población atendida: estudio comparativo de pacientes sometidos a endoscopia en dos hospitales privados de la ciudad de México

7 *Vázquez-Cruz A. P. y cols.* Dispepsia no investigada en adultos jóvenes mexicanos: papel de la infección activa por *Helicobacter pylori* y del distrés psicológico en la carga sintomática gastrointestinal

8 *Cai-Chen Z. y cols.* Correlación entre hallazgos endoscópicos, perfil sintomático y métodos diagnósticos para *Helicobacter pylori* en la población pediátrica: histología, PCR y prueba de aliento con carbono-13

9 *Valdovinos-García L. R. y cols.* Riesgo de síndrome metabólico y comorbilidades relacionadas después de la miotomía de Heller laparoscópica en pacientes con acalasia

10 *Guerrero-Ramírez P. D. y cols.* Patrones de coexistencia de comorbilidades en pacientes con dispepsia funcional: un análisis de redes

11 *Varela-Martínez Y. N. y cols.* La impedancia obtenida durante la manometría esofágica identifica pacientes con exposición ácida patológica: estudio observacional analítico retrospectivo

11 *Arenas-Martínez J. S. y cols.* Los trastornos de motilidad esofágica clínicamente relevantes son poco frecuentes en la esofagitis eosinofílica utilizando la clasificación de Chicago v4.0

12 *Gutiérrez-Ortiz J. y cols.* La impedancia seriada durante la manometría esofágica de alta resolución caracteriza el vaciamiento esofágico y se correlaciona con el esofagograma cronometrado

13 *Furuzawa-Carballeda J. y cols.* Neurofenotipo de las células ganglionares del esfínter esofágico inferior según el subtipo de acalasia

14 *Silva-Bravo R. y cols.* Fibrosis hepática oculta en pacientes con FIB-4 de bajo riesgo y carga metabólica: hallazgos por elastografía hepática en población mexicana

14 *Berzunza-Casanova A. J. y cols.* Factores clínicos, bioquímicos y metabólicos asociados con falta de respuesta al ácido ursodeoxicólico en pacientes mexicanos con colangitis biliar primaria

15 *Barrat-Remes M. y cols.* Herbolaria y riesgo de hepatotoxicidad: descripción epidemiológica del consumo de productos con potencial hepatotóxico en una población con enfermedad hepática crónica

Editado por:

Masson Doyma México, S.A.

Av. Reforma 243, Piso 15

Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500

Alcaldía Cuauhtémoc

CDMX, México

Teléfono: (55) 5200 8770

ELSEVIER

www.elsevier.com

16 *Marengo-Rodríguez D. y cols.* Comparación binacional de hepatitis autoinmune entre México y Estados Unidos: fenotipos clínicos distintos y desenlaces a largo plazo

17 *Camacho-Martínez M. y cols.* Determinantes clínicos y sociodemográficos de la calidad de vida en pacientes con colangitis biliar primaria

18 *García-Reyes X. L. y cols.* Asociación de sobrepeso y obesidad con la gravedad de pancreatitis aguda en niños en un hospital de tercer nivel

19 *Martínez-Vázquez S. E. y cols.* Concordancia entre diferentes herramientas de tamizaje y diagnóstico para desnutrición en pacientes adultos con pancreatitis aguda y crónica

19 *Linares-Estrada F. V. y cols.* Utilidad de la escala PAN-PROMISE para la estratificación temprana del riesgo en pancreatitis aguda pediátrica: estudio de cohorte de un solo centro

20 *Orellana-Chacón L. A. y cols.* Utilidad de las escalas JPN, índice PCR/albúmina, índice BUN/creatinina e índice neutrófilo-linfocito para identificar la gravedad de la pancreatitis aguda en pacientes pediátricos

20 *Martínez-García U. y cols.* Pancreatitis aguda en el embarazo: estudio retrospectivo de 12 años

■ Trabajos libres en cartel, domingo 22 de noviembre

22 *Cabrera-Palma G. y cols.* Características clínicas, tratamiento y desenlaces en enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica en un centro de referencia en México

23 *Reiling-Gatica C. G. y cols.* Perfil clínico y sociodemográfico de enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes pediátricos del noroccidente del país

23 *Enríquez-Pérez K. J. y cols.* Características clínicas, endoscópicas, histológicas y esquema terapéutico de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano (VEO-IBD): serie de casos

24 *Falcón-Ramírez C. E. y cols.* Características clínicas y tiempo de evolución al diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes pediátricos en un hospital de tercer nivel

25 *Pichardo-Sánchez D. y cols.* Frecuencia de los trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC) en pacientes pediátricos de 6-18 años con enfermedad inflamatoria intestinal en remisión en el Instituto Nacional de Pediatría

26 *Zambrano-Ramírez K. y cols.* Características clínicas, endoscópicas, histopatológicas y genéticas de los síndromes de poliposis gastrointestinal hereditaria en pacientes pediátricos: serie de casos

26 *Torres-Ruiz M. F. y cols.* Descripción y desenlaces clínicos del tratamiento endoscópico en pacientes pediátricos con estenosis esofágica secundaria a la ingesta de cáusticos

27 *Hernández-Rosales B. S. y cols.* Hallazgos en manometría esofágica con base en la clasificación de Chicago 4.0 en pacientes pediátricos con enfermedad reumatológica

27 *Contreras-Hernández E. M. y cols.* Prevalencia y espectro clinicopatológico de la heterotopia gástrica esofágica en niños: estudio unicéntrico de 10 años

28 *Arriaga-Rivero I. y cols.* Persistencia de síntomas dispépticos tras la erradicación exitosa de *Helicobacter pylori* en niños: estudio de seguimiento mediante prueba de aliento con urea marcada con carbono-13

28 *De-La-Rosa-Huerta R. M. y cols.* Cavernomatosis portal, serie de casos

29 *Ochoa-Díaz C. y cols.* Factores asociados con la supervivencia a 12 y 60 meses en pacientes pediátricos con hepatoblastoma atendidos en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" (NHCGJIM) durante el periodo 1999–2026

29 *Rivas-Rodríguez J. C. y cols.* Factores asociados a trombosis de la vena porta en recién nacidos con catéter venoso umbilical: prueba piloto y resultados preliminares

30 *Mejía-Ramírez J. y cols.* Prevalencia de esteatosis y fibrosis hepática en población pediátrica con sobrepeso u obesidad por elastografía de transición y su correlación con el perímetro de cintura

30 *Hernández-Ortiz V. M. y cols.* Resolución exitosa de falla hepática aguda secundaria a ingesta de hongos silvestres, serie de casos de agregación familiar compartida

31 *Castro-Mérida D. y cols.* Alteraciones de la función renal en pacientes pediátricos con MASLD

31 *Mendoza-Osorio E. M. y cols.* Absceso hepático neonatal asociado a cateterización umbilical: análisis de una serie de ocho casos en el occidente de México

32 *Naal-Chan P. E. y cols.* Falla hepática aguda en pacientes pediátricos con infección por dengue: experiencia en un hospital de segundo nivel

32 *García-González B. G. y cols.* Hipertensión portal pediátrica en el sureste de México: serie de casos

34 *Rodríguez-Sánchez F. A. y cols.* Calidad de vida de los niños con síndrome de Alagille en el Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza

35 *Hernández-Santillán M. y cols.* Variantes de PNPLA3 y NFE2L2 en niños con obesidad y esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica

35 *Hernández-Barragán A. y cols.* Evaluación de la inflamaoxidación y la desregulación metabólica en niños con obesidad y MASLD

36 *Veloz-Corona Q. y cols.* Falla hepática fulminante; respuesta al tratamiento puente, hallazgos histológicos en la biopsia hepática y la relación según los resultados serológicos. Instituto Nacional de Pediatría entre 2015-2025

36 *Hinojosa-Arellanes N. y cols.* Persistencia de várices esofágicas y de hiperesplenismo tras derivación Meso-Rex en pediatría: experiencia en una serie de casos

37 *Torres-Fernández A. I. y cols.* Embolización esplénica parcial (EEP) como terapia de rescate en pacientes pediátricos con hipertensión portal refractaria

37 *Valdés-Cervantes A. y cols.* Índices de adiposidad como herramientas para el diagnóstico de síndrome metabólico en niños

37 *Hernández-Peralta M. y cols.* Tipo de alimentación que reciben los recién nacidos pretérmino en la primera semana de vida, en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

38 *González-García S. S. y cols.* Diferencias en los parámetros manométricos anorrectales entre pacientes pediátricos con incontinencia fecal retentiva y no retentiva

39 *Olivares-Galicia K. E. y cols.* Efecto de la dieta baja en FODMAP en adolescentes con trastornos del eje intestino-cerebro asociados a dolor abdominal

39 *Hernández-López A. J. y cols.* Asociación entre dispepsia funcional y trastornos psiquiátricos en pacientes pediátricos: estudio observacional analítico con grupo control

40 *García-Reyes X. L. y cols.* Asociación entre duodenopatía nodular y patologías gastrointestinales pediátricas

41 *Reyes-Álvarez G. y cols.* Enteropatía congénita, serie de tres casos

42 *Jaramillo-Buendía C. y cols.* Calidad de vida de acuerdo a la presencia, tipo y gravedad de las manifestaciones extraintestinales en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en un centro de tercer nivel de atención

42 *Campoy-Orozco R. D. y cols.* Frecuencia de tuberculosis latente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en un centro de tercer nivel de atención en México

44 *Campoy-Orozco R. D. y cols.* Cumplimiento del esquema de vacunación en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

44 *Campoy-Orozco R. D. y cols.* Evaluación del nivel de conocimiento acerca de la enfermedad inflamatoria intestinal por medio de la prueba autoaplicable *IBD-KNOW* en un hospital de tercer nivel

45 *Campoy-Orozco R. D. y cols.* Calidad del sueño en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal evaluada mediante el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) y sus factores asociados

46 *Haro-Limón M. y cols.* Más allá de la actividad intestinal: impacto relacional y estilos de apego emocional en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

47 *Alamilla-Pérez M. M. y cols.* Persistencia terapéutica y remisión clínica con ustekinumab en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: experiencia de un centro de referencia

48 *Alamilla-Pérez M. M. y cols.* Carga extraintestinal clásica en enfermedad inflamatoria intestinal: perfil clínico en una cohorte de un centro mexicano de tercer nivel

48 *Miranda-Sosa C. y cols.* Impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal sobre la calidad de vida en pacientes atendidos en el Hospital Juárez de México

49 *Parra-Holguín N. N. y cols.* Experiencia en vida real del tratamiento con ustekinumab en enfermedad inflamatoria intestinal: estudio retrospectivo en un hospital especializado de tercer nivel

49 *Ávila-Langarica M. D. C. y cols.* Características clínicas y factores asociados a mayor estancia hospitalaria en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de segundo nivel de atención en el occidente de México

50 *Ramos-Mérida Y. y cols.* Factores predictores para desnutrición y sarcopenia en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática: comparación entre pacientes hospitalizados y ambulatorios

50 *Merino-Rivera J. A. y cols.* Comparación del rendimiento diagnóstico y utilidad clínica de las escalas endoscópicas TIGER, UCEIS y MES en colitis ulcerosa

51 *Garay-Ortega J. A. y cols.* Concordancia entre modelos de inteligencia artificial generativa y consenso de expertos para cálculo del UCEIS

51 *Guzmán-Rodríguez N. y cols.* Correlación y desempeño diagnóstico de la calprotectina fecal para identificar actividad endoscópica medida por UCEIS en pacientes con colitis ulcerosa

52 *Yarza-Regalado S. y cols.* Alimentación en la lactancia materna y la edad de diagnóstico en adultos con enfermedad inflamatoria intestinal

52 *Esquivel-Steffanoni M. R. y cols.* Tratamiento de la enfermedad de Crohn perianal compleja: respuesta clínica de un centro de referencia

53 *Santoyo-Chávez M. A. y cols.* Sarcopenia y composición corporal en adultos con enfermedad inflamatoria intestinal: estudio multicéntrico

54 *Padilla-Betancourt I. P. y cols.* Perfil clínico, desenlaces hepáticos y prevalencia de neoplasias en una cohorte mexicana de pacientes con colangitis esclerosante primaria y enfermedad inflamatoria intestinal

54 *Dolores-Bravo M. C. y cols.* El costo del retraso diagnóstico en la EII: asociación con la necesidad y complejidad de la cirugía intestinal

55 *Dolores-Bravo M. D. C. y cols.* Factores clínico-demográficos asociados con el requerimiento de cirugía intestinal en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: cohorte de un centro nacional de referencia

56 *Bustillos-García F. J. y cols.* Capacidad funcional después del tratamiento quirúrgico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: evaluación mediante HAQ en un centro de tercer nivel

57 *Ordaz-Álvarez H. R. y cols.* Más allá del ácido: impacto vocal y carga laringofaríngea en pacientes con ERGE y tos clínicamente relevante

57 *Pérez-Pérez V. G. y cols.* Evaluación dinámica de la competencia de la unión esofagogástrica mediante cinco maniobras provocativas: ¿cuál discrimina mejor la ERGE patológica?

60 *Jasqui-Bucay A. J. y cols.* Más allá del reflujo: función contráctil y reserva peristáltica en esófago de Barrett

61 *Pérez-Pérez V. G. y cols.* Impacto de la posición corporal en la manometría esofágica de alta resolución en candidatos a cirugía bariátrica: cambios métricos, reclasificación diagnóstica e implicaciones clínicas según Chicago v4.0

61 *Madinaveitia-Sánchez C. I. y cols.* Rendimiento diagnóstico del score de Milán para predecir enfermedad por reflujo gastroesofágico en población mexicana de un hospital privado

62 *García-Mercedes E. y cols.* Rendimiento diagnóstico de la escala CARS en la predicción de acalasia en un hospital de tercer nivel

62 *Olmeda-García G. y cols.* Motivo de atención en consulta externa de primera vez de gastroenterología en un hospital de tercer nivel

64 *Olivares-González D. A. y cols.* Variabilidad clínica, endoscópica e histopatológica de las neoplasias neuroendocrinas gástricas: serie de 4 casos

65 *Toledo-Sánchez A. A. y cols.* Asociación entre los niveles séricos de albúmina al ingreso y el riesgo de resangrado a 30 días en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto no variceal: estudio de cohorte retrospectivo

65 *Méndez-Becerra J. O. y cols.* Asociación entre el uso de cigarrillos electrónicos y los síntomas gastrointestinales superiores: estudio transversal en población abierta del noroeste de México

66 *Astudillo-Vázquez Y. M. y cols. Bloating* y síntomas dispépticos tras la erradicación de *Helicobacter pylori:* resultados comparativos entre una estrategia con P-CAB y un inhibidor de la bomba de protones

66 *Hernández-Valdez G. A. y cols.* Asociación entre inflamación crónica, atrofia y metaplasia intestinal en una cohorte mexicana de biopsias gástricas

67 *Gallo-Arriaga B. y cols.* Hallazgos endoscópicos en una cohorte de panendoscopias en el Hospital Ángeles León: período 2022-2026

67 *Tanimoto-Licona M. A.* Inteligencia artificial generativa como apoyo a la decisión endoscópica en lesiones esofágicas, gástricas y colorrectales: concordancia con diagnóstico experto e histopatología

68 *Mojica-Trejo J. y cols.* Resultados del tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* en pacientes sometidos a manga gástrica laparoscópica: análisis de la pieza quirúrgica

69 *Gamiño-Molinero A. C. y cols.* Mimetismo clínico del adenocarcinoma gástrico difuso en pacientes jóvenes e impacto del retraso diagnóstico en la atención inicial: serie de casos

70 *Cano-Sandoval E. E. y cols.* Comparación del desempeño pronóstico de Child-Pugh y MELD para mortalidad en pacientes con cirrosis hepática: cohorte retrospectiva de 400 pacientes en un hospital de tercer nivel

71 *Nieblas-Beltrán L. D. y cols.* Patrones de mortalidad y características clínicas de la cirrosis hepática: un estudio retrospectivo a diez años en un centro de atención terciaria en México

72 *Haro-Limón M. y cols.* No todo es MASLD: DILI/HILI subreconocido en pacientes con enfermedad hepática metabólica evaluado por RUCAM

72 *González-Torres L. A. y cols.* Creatinina sérica basal como valor pronóstico de desenlaces renales adversos en pacientes con peritonitis bacteriana espontánea tratados con albúmina

73 *Montes-Castellanos C. y cols.* Tres diferentes puntos de medición con elastografía de transición: estrategia para reducir la subestimación de rigidez hepática en enfermedad hepática crónica

73 *Velarde-Chávez J. A. y cols.* Curso clínico de la cirrosis descompensada asociada a MASLD: menor gravedad, mayor recurrencia hospitalaria

74 *Baca-García M. y cols.* Poliautoinmunidad extrahepática y su asociación con cirrosis en pacientes con colangitis biliar primaria

74 *Espinosa-Castrejón D. S. y cols.* Concordancia entre índice FIB-4 y elastografía bidimensional en la evaluación de fibrosis hepática avanzada secundaria a metotrexato

75 *Espinoza-López D. y cols.* Fenotipo intestinal y hepatobiliar en colangitis esclerosante primaria asociada a colitis ulcerosa crónica idiopática: pancolitis y curso hepatobiliar avanzado de una cohorte mexicana en un hospital de tercer nivel

76 *López-López C. D. y cols.* Una comparativa entre la definición de EASL-CLIF y A-TANGO para insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF) en población mexicana

77 *Arreola-Banda F. y cols.* Costos en cirrosis hepática: la gravedad clínica supera a la etiología como determinante económico

77 *Jiménez-Partida A. E. y cols.* MASLD y hallazgos endoscópicos secundarios a *H. pylori*

78 *Rousselin-Jaboulay A. M. C. y cols.* Familiaridad, actitudes y prácticas clínicas sobre MASLD entre médicos mexicanos: estudio multicéntrico nacional

78 *Linden-Torres E. y cols.* Asociación entre la salud bucodental y los desenlaces clínicos en pacientes con cirrosis en protocolo de trasplante hepático

79 *Valdez-Vega L. D. y cols.* Rendimiento del índice neutrófilo-linfocito en la predicción de mortalidad en pacientes con falla hepática aguda sobre crónica en el Hospital de Especialidades de Puebla

79 *Hernández-Honorato J. I. y cols.* Incidencia de complicaciones metabólicas en pacientes postrasplante hepático, en un centro de tercer nivel de atención

80 *Avilés-Murguía F. J. y cols.* Mortalidad por MASLD en las 32 entidades federativas de México frente a la referencia mundial: un análisis comparativo del GBD 2023

81 *López-Nepomuceno A. y cols.* Conteo de pasos diarios como indicador pronóstico de supervivencia en adultos con cirrosis hepática

81 *Corona-Pantoja H. G. y cols.* Características demográficas y manifestaciones clínicas de pacientes con enfermedad por almacenamiento de glucógeno: experiencia de un centro hospitalario

82 *Cobos-Reyes F. A. y cols.* Evaluación de la tasa de detección del coproparasitoscópico en pacientes con diarrea crónica atendidos en un centro de referencia

82 *Santoyo-Fexas L. y cols.* Heterogeneidad clínicopatológica del cáncer colorrectal de inicio temprano: un fenotipo diferencial en pacientes menores de 40 años

83 *Sánchez-Ruiz L. A. y cols.* Cambios en el puntaje de Wexner y en los parámetros manométricos tras tres sesiones de biorretroalimentación anorrectal

83 *Galván-Martínez N. y cols.* Producción de hidrógeno y metano en una cohorte de pacientes con distensión abdominal y comparación diagnóstica en la prueba a los 90 min vs. 240 min

84 *Alvarado-Garza P. A. y cols.* Caracterización sintomática de la metaplasia duodenal

85 *Méndez-Becerra J. O. y cols.* Evaluación de las características de los pacientes, asociadas a un mejor sueño en el día previo a la colonoscopia

85 *Valencia-Andrade E. J. y cols.* Factores asociados a la producción de moco en pacientes con tiempo de inserción prolongado en colonoscopia por intercambio de agua

85 *Alvarado-Garza P. A. y cols.* Perfil de síntomas y predictores de intolerancia a PEG

86 *Hernández-González L. J. y cols.* Experiencia clínica con inhibidores de la cinasa Janus (JAK) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en un centro de tercer nivel de atención

86 *Mejía-Ramírez J. y cols.* Colitis microscópica en pacientes con criterios Roma IV para síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea: prevalencia y factores asociados

87 *Romero-Juárez L. y cols.* Comparación entre el nivel de limpieza y la tolerancia de síntomas, de la preparación de ultrabajo volumen de lactulosa con y sin itoprida, estudio piloto en pacientes con colonoscopia completa realizada en el Hospital Español

88 *Ríos-Del-Río A. S. y cols.* Modelo predictivo con base en variables demográficas y laboratoriales para identificar la etiología microbiológica de la enfermedad diarreica aguda infecciosa, con base en el panel molecular gastrointestinal

88 *Rocha-Ramos M. A. y cols.* Relación entre los hallazgos en la manometría esofágica de alta resolución y los niveles de ansiedad e hipervigilancia esofágica en pacientes del servicio de motilidad del Hospital General Regional No. 1 Carlos MacGregor del IMSS

88 *Pérez-Guzmán M. M. y cols.* Alexitimia y distrés psicológico en sujetos con síndrome de intestino irritable: un estudio transversal con controles sanos

89 *Francisco M. R. y cols.* Efecto del tamarindo, la papaya y el psyllium sobre los hábitos intestinales, los síntomas y la calidad de vida en mujeres con estreñimiento: estudio prospectivo de cuatro semanas

90 *Puc-Farfán H. G. y cols.* SIBO e IMO en el síndrome de intestino irritable: utilidad de la prueba de aliento para orientar tratamiento con rifaximina

91 *Toledo-Galván R. y cols.* Frecuencia y valor pronóstico de los síntomas y complicaciones pancreatobiliares en pacientes con adenocarcinoma pancreático

92 *Toledo-Galván R. y cols.* Factores asociados con mortalidad y supervivencia según estadio en una cohorte de pacientes con adenocarcinoma pancreático

92 *Balarezo-Arias F. X. y cols.* Valor pronóstico incremental de la relación fósforo/albúmina sobre el BISAP para la estratificación temprana de la gravedad en pancreatitis aguda

93 *Balderas-Ortega J. C. y cols.* Estudio piloto de derivación del *Endoscopic Pancreatic Elastography Prediction Model* (EPEM) para la estratificación del riesgo de malignidad en lesiones pancreáticas sólidas evaluadas mediante ultrasonido endoscópico

94 *Gallardo-González L. I. y cols.* Desenlace diagnóstico de pacientes sometidos a biopsia guiada por ultrasonido endoscópico en lesiones pancreáticas: experiencia de un centro oncológico

94 *Mariño-Velasco S. y cols.* Adherencia a las guías clínicas 2024 del colegio americano de gastroenterología para el manejo de la pancreatitis aguda en un centro mexicano de tercer nivel

94 *Pinacho-Juárez M. y cols.* Desempeño pronóstico del índice glucosa/albúmina para la estratificación temprana de la gravedad en pancreatitis aguda: cohorte retrospectiva del Hospital Juárez de México

■ Trabajos libres orales, lunes 23 de noviembre

96 *Maya-Salazar C. y cols.* Caracterización de la enfermedad hepática metabólica en personas que viven con VIH mediante elastografía hepática: un estudio de prevalencia

96 *Flores-Torres K. N. y cols.* Modificación de parámetros bioquímicos y riesgo de síndrome metabólico en niños con sobrepeso y obesidad

97 *Reyna-Sariñana A. y cols.* Cuando la obesidad se acompaña de pérdida muscular: obesidad sarcopénica como predictor de progresión hepática y desenlaces extrahepáticos en MASLD

97 *Antúnez-Williams K. L. y cols.* Prácticas de alimentación de los padres y su influencia en el desarrollo de sobrepeso/obesidad en niños

98 *Carrillo-Mendoza R. y cols.* Concordancia entre dos técnicas de elastografía transitoria para la evaluación de fibrosis y esteatosis hepática en una población de tamizaje con riesgo metabólico

100 *Reyes-Díaz S. A. y cols.* ¿Rasgos de personalidad o ansiedad? Factores psicológicos asociados al síndrome de intestino irritable

100 *Díaz-García A. y cols.* Escala HJM-F (edad, sexo, hemoglobina, FIT y familia) para predecir la probabilidad de detección de lesión premaligna y cáncer colorrectal en colonoscopia durante el tamizaje de cáncer de colon

101 *Toro-Monjaraz E. M. y cols.* Prevalencia de los trastornos de la interacción intestino-cerebro en la población pediátrica mexicana: resultados de la aplicación de los criterios de Roma V en un estudio multicéntrico

102 *Astudillo-Delgado M. I. y cols.* Determinación del punto de corte óptimo de la prueba inmunoquímica fecal para la detección de lesiones precursoras del cáncer colorrectal en el Hospital Juárez de México

103 *Hidalgo-Maldonado A. D. y cols.* Prevalencia de esteatosis pancreática en pacientes adultos mexicanos de un hospital de tercer nivel

104 *Coronel-Castillo C. E. y cols.* La esteatosis hepática se asocia de forma independiente con el riesgo aterogénico en la enfermedad hepática esteatósica metabólica: estudio de una cohorte multicéntrica latinoamericana

105 *Meléndez-Acosta B. E. y cols.* Fenotipos bioquímicos hepáticos y mortalidad intrahospitalaria: valor pronóstico de una clasificación derivada mediante análisis de clústeres

105 *Martínez-Vázquez S. E. y cols.* Relación entre ansiedad, depresión, obligación y estado de nutrición en cuidadores informales de pacientes con cirrosis hepática

106 *Vargas-Olmos I. O. y cols.* Uso prolongado de rifaximina en pacientes con cirrosis descompensada y su asociación con resistencia antimicrobiana y microorganismos productores de betalactamasas de espectro extendido en el primer episodio de peritonitis bacteriana espontánea

106 *Meraz-Arredondo Y. y cols.* Comparación de métodos para la evaluación de la masa muscular en pacientes con cirrosis hepática utilizando el índice músculo esquelético medido por tomografía computarizada como método de referencia

107 *Mejía-Hernández A. B. y cols.* Asociación entre los niveles séricos de gamma-glutamil transpeptidasa al ingreso y el desenlace clínico en pacientes pediátricos con falla hepática aguda

108 *Rodríguez-García P. y cols.* Factores de riesgo relacionados con el desarrollo de cáncer en pacientes mexicanos con pancreatitis autoinmune por enfermedad relacionada con IgG4

108 *Millán-Alanís J. M. y cols.* Biopsia con aguja fina en tumores neuroendocrinos pancreáticos: revisión sistemática y metaanálisis

109 *López-Nepomuceno A. y cols.* Sarcopenia como factor pronóstico de supervivencia en adultos con adenocarcinoma ductal de páncreas: cohorte preliminar

109 *Peláez-Chávez A. y cols.* Relación entre esteatosis pancreática y desenlaces en pancreatitis aguda

110 *Pappas-Silveira M. y cols.* Caracterización clínica del adenocarcinoma ductal de páncreas de inicio temprano: un fenotipo emergente. estudio piloto transversal

112 *Santoyo-Fexas L. y cols.* Evaluación de la utilidad del puntaje de MBEP, EGJ-CI y presión media del EEI en la predicción de la ERGE

113 *Baca-García M. y cols.* Modificación de síntomas sugestivos de enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes con infección por *Helicobacter pylori* tras la erradicación

113 *Cabello-Valdés H. A. y cols.* Percepción sintomática de la enfermedad por reflujo en pacientes diabéticos con y sin neuropatía clínica: estudio comparativo con pH-impedancia

114 *Mazadiego-Cid J. I. y cols.* Predictores clínicos y fisiológicos de respuesta a inhibidores de la bomba de protones en pacientes con pirosis y endoscopia normal: cohorte prospectiva con manometría esofágica de alta resolución y pH-impedancia

114 *Núñez-Román K. F. y cols.* Utilidad del *pHoenix score* para reducir los diagnósticos inconclusos de enfermedad por reflujo gastroesofágico: validación externa en población mexicana

116 *Castro-Beltrán A. J. y cols.* Disfunción sexual en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: experiencia inicial en un hospital de tercer nivel del noreste de México

116 *García-Sánchez P. I. y cols.* Caracterización clínica, endoscópica, histopatológica y genética de la enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano: experiencia de 10 años en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, centro nacional de referencia

117 *Soto-Villalpando M. y cols.* Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en el Hospital De Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza

117 *Muñoz-Martínez P. y cols.* Asociación de monocitosis como biomarcador de gravedad en enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes pediátricos

118 *Cabrera-Palma G. y cols.* Enfermedad inflamatoria intestinal y participación laboral: impacto sobre la productividad, el desempleo y las barreras estructurales en una cohorte mexicana

119 *Parra-Holguín N. N. y cols.* Frecuencia y factores asociados a remisión profunda (*disease clearance*) en pacientes mexicanos con colitis ulcerosa crónica idiopática

119 *Parra-Holguín N. N. y cols.* Características y desenlaces clínicos de pacientes con colitis ulcerosa aguda grave: estudio de cohorte retrospectiva 2012-2025

■ Trabajos libres en cartel, lunes 23 de noviembre

120 *Durán-Castro J. J. y cols.* Hallazgos clínicos, endoscópicos, manométricos y de monitoreo de pH en pacientes estudiados por reflujo gastroesofágico por grupo etario

120 *Arenas-Martínez J. S. y cols.* La inhibición deglutiva alterada durante degluciones múltiples rápidas no diferencia la obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogástrica confirmada por FLIP de la no confirmada

121 *San-Agustín-Morales D. y cols.* Persistencia del vaciamiento esofágico anormal pese a la respuesta clínica y manométrica en pacientes tratados por acalasia

121 *Vázquez-Pérez R. y cols.* Asociación entre la impedancia basal media nocturna y la calidad de vida en pacientes con pirosis

123 *Jasqui-Bucay A. y cols.* Parámetros manométricos y de pH-metría asociados a ERGE en pacientes con esofagitis grado A de Los Ángeles

124 *Vázquez-Cruz A. P. y cols.* Distribución de variantes farmacogenómicas de CYP2C19 y fenotipos metabolizadores en pacientes mexicanos con enfermedad por reflujo gastroesofágico: posibles implicaciones para la terapia con IBP

125 *Herrera-Martínez H. M. y cols.* Asociación entre el índice de contractilidad de la unión esofagogástrica (EGJ-CI) y la impedancia basal nocturna media (MNBI) como marcador de la integridad de la mucosa esofágica: estudio retrospectivo en un hospital de tercer nivel

125 *Olivares-González D. A. y cols.* Más allá de la exposición ácida: factores asociados con una impedancia basal nocturna media disminuida en pacientes con exposición esofágica fisiológica

126 *Tapia-Calderón D. K. y cols.* Hemorragia digestiva alta masiva: factores asociados con mortalidad intrahospitalaria y rendimiento de escalas pronósticas

126 *Rincón-Camacho J. C. y cols.* Características clínicas y hallazgos complementarios en pacientes con obstrucción de la unión esofagogástrica: experiencia de un centro de referencia

127 *Triana-Romero A. y cols.* Efecto del tratamiento con cinitaprida sobre el vaciamiento gástrico en pacientes con gastroparesia secundaria a enfermedad de Parkinson, reporte preliminar

128 *Vargas-Durán F. Y. y cols.* Factores endoscópicos e histopatológicos asociados con falla al tratamiento inicial de erradicación de *Helicobacter pylori*

129 *Aguado-Valerio J. A. y cols.* Efecto de la premedicación con 130 mg de simeticona sobre la visibilidad de la mucosa durante la endoscopia digestiva alta: estudio prospectivo multicéntrico evaluado mediante la escala GRACE

129 *Ávila-Franco A. Y. y cols.* Caracterización y relación entre las clasificaciones endoscópicas Kimura-Takemoto y EGGIM mediante cromoendoscopia digital BLI y los sistemas histológicos OLGA y OLGIM en una cohorte prospectiva mexicana

130 *Garay-Dixon Y. M. y cols.* Predictores independientes de resangrado y mortalidad en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto y enfermedad renal crónica

130 *Bernal-Hernández E. E. R. y cols.* Correlación entre hallazgos endoscópicos y reporte histopatológico de gastritis atrófica en pacientes sometidos a endoscopia gastrointestinal alta

131 *Garibaldi-Bernot F. y cols.* Características clínicas, paraclínicas, endoscópicas y desenlaces intrahospitalarios en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto no variceal atendidos en un hospital privado de tercer nivel

132 *Espinoza-López D. y cols.* Evolución clínica y desenlaces hepatobiliares en pacientes con colangitis esclerosante primaria: cohorte retrospectiva mexicana de un hospital de tercer nivel

132 *Espinosa-Castrejón D. S. y cols.* Inmunoglobulina M sérica basal como predictor de respuesta terapéutica y progresión de enfermedad en pacientes mexicanos con diagnóstico de colangitis biliar primaria del Hospital General Dr. Manuel Gea González

133 *Montes-Castellanos C. y cols.* Cambios hemodinámicos y de rigidez esplénica asociados con respuesta a betabloqueadores no selectivos

134 *Hernández-González L. J. y cols.* Caracterización de los fenotipos clínicos de la falla hepática aguda sobre crónica (ACLF): relación con la gravedad y la mortalidad en una cohorte mexicana

134 *Bernal-Hernández E. E. R. y cols.* Evaluación de sarcopenia como factor pronóstico de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática

135 *Urzúa-Pérez D. N. y cols.* Dinámica temprana de la rigidez esplénica tras el inicio de betabloqueadores no selectivos: magnitud del cambio y robustez en un análisis de sensibilidad basado en la calidad de la medición

135 *Bello-Martínez F. A. y cols.* Cociente plaquetas/leucocitos al ingreso como marcador de estancia hospitalaria prolongada en absceso hepático piógeno

136 *Bello-Martínez F. A. y cols.* Diámetro máximo del absceso hepático piógeno como predictor de fallo terapéutico a 30 días en un hospital terciario

136 *Bello-Martínez F. A. y cols.* Colesterol de lipoproteínas de alta densidad como predictor de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con falla hepática aguda sobre crónica en un centro de atención terciaria

137 *Santana-Vargas A. D. y cols.* Patrones diferenciales de vulnerabilidad cognitiva a lo largo del continuo del PHES en pacientes con cirrosis

137 *Soto-Mendoza J. C. y cols.* Perfil epidemiológico y características clínicas de los pacientes con ascitis de primera vez en gastroenterología

138 *Esparza-Ortega A. y cols.* Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cirrosis hepática: integración de EQ-5D y MQOL

138 *Gutiérrez-López E. E. y cols.* Impacto del riesgo de desnutrición en la calidad de pacientes con cirrosis hepática

139 *Gutiérrez-López E. E. y cols.* Insomnio y su impacto en calidad de vida en pacientes con cirrosis hepática

139 *Berzunza-Casanova A. J. y cols.* Valor predictivo de marcadores bioquímicos tempranos en la respuesta al ácido ursodeoxicólico en colangitis biliar primaria: una cohorte mexicana

140 *Ramírez-Anzaldo A. y cols.* Factores asociados a progresión a enfermedad renal crónica en pacientes con cirrosis y lesión renal aguda en el hospital de especialidades IMSS Puebla

141 *Salazar-Zamudio A. y cols.* Impacto de la diabetes tipo 2 en la mortalidad intrahospitalaria de pacientes que debutan con falla hepática aguda sobre crónica

141 *Martínez-Castillo M. y cols.* Omega-5 nano como tratamiento adyuvante a la terapia con corticosteroides modula la activación inflamatoria sistémica persistente en la hepatitis alcohólica grave

141 *Tapia-Calderón D. K. y cols.* Monitorización seriada con POCUS de la congestión y respuesta renal tras albúmina en pacientes con cirrosis descompensada y lesión renal aguda

143 *Remes-Troche J. M. y cols.* Experiencia de la vida real de una combinación de mebeverina/simeticona en pacientes mexicanos con SII (estudio ADVANCE-SII)

144 *Esesarte-Rodríguez M. y cols.* La radiografía simple identifica cambios biomecánicos posprandiales sugestivos de disinergia abdominofrénica: estudio prospectivo exploratorio con controles sanos

144 *Córdova-Valenzuela N. F. y cols.* El *overlap* entre dispepsia funcional y síndrome de intestino irritable se asocia con un fenotipo clínico relacionado con el eje intestino-cerebro

145 *Vargas-Durán F. Y. y cols.* Uso de inteligencia artificial generativa en pacientes con enfermedades digestivas comunes: impacto en la ansiedad y autogestión clínica

146 *Miyagui-Adame K. A. y cols.* Calidad del sueño evaluada mediante el *Pittsburgh Sleep Quality Index* en pacientes con trastornos de la interacción intestino-cerebro: estudio piloto

146 *Hernández-Valdez G. A. y cols.* Factores asociados al éxito de la preparación intestinal en pacientes sometidos a colonoscopia: análisis multivariado de una cohorte retrospectiva

147 *Cervantes-Varela N. y cols.* Localización de las lesiones colorrectales y su asociación con las características endoscópicas e histopatológicas

148 *Hernández-Rodríguez R. T. y cols.* Utilidad del asa fría en la polipectomía endoscópica completa en pólipos colónicos < 10 mm adenomatosos y serrados: experiencia en un hospital de alta especialidad

148 *Espinoza-López D. y cols.* Factores asociados con una mayor detección de adenomas avanzados en una cohorte de pacientes mexicanos sometidos a colonoscopia en un hospital de tercer nivel

149 *Tinitana-Jumbo C. S. y cols.* Linaclotida como adyuvante en la preparación intestinal con polietilenglicol para colonoscopia de tamizaje de carcinoma colorrectal

149 *Rodríguez-Bravo G. A. y cols.* Rendimiento diagnóstico de la colonoscopia y las biopsias colónicas en pacientes con diarrea crónica

150 *Castro-Rodríguez O. D. y cols.* Correlación clínica, endoscópica e histopatológica de las alteraciones del íleon terminal: un estudio de cohorte retrospectivo

150 *Plomozo-Román R. y cols.* Asociación entre la colecistectomía y la distribución anatómica de las lesiones colorrectales: estudio transversal

151 *González-Villarreal M. y cols.* Lesiones serradas sésiles, pero no solitarias: dos son mejor que una

152 *Lozano-Moreno M. A. y cols.* Asociación entre diverticulosis y lesiones premalignas colorrectales en pacientes con colonoscopia realizada en un hospital de tercer nivel

153 *González-Torres L. A. y cols.* Impacto del divertículo periampular en los desenlaces técnicos y terapéuticos de la CPRE en pacientes con papila nativa y coledocolitiasis

154 *Millán-Alanís J. M. y cols.* Cambios dinámicos de la bilirrubina total como predictor de CPRE negativa en pacientes con alto riesgo de coledocolitiasis

154 *Millán-Alanís J. M. y cols.* Predictores de aclaramiento espontáneo de la coledocolitiasis única previo a la CPRE

155 *Baca-García M. y cols.* Factores clínicos, anatómicos y bioquímicos asociados con cirrosis biliar secundaria en pacientes con lesión de la vía biliar postcolecistectomía

155 *Mijangos-Trejo A. M. y cols.* Precisión diagnóstica de las pruebas de química hepática para el diagnóstico de coledocolitiasis en pacientes con riesgo intermedio

156 *Hernández-Rodríguez R. T. y cols.* Factores asociados con colecistitis aguda a 30 días tras la colocación endoscópica de prótesis biliares metálicas autoexpandibles o plásticas en pacientes con obstrucción biliar maligna: cohorte retrospectiva unicéntrica de 10 años

157 *Puc-Farfán H. G. y cols.* Seguridad y eficacia de la CPRE terapéutica durante el embarazo: experiencia de siete años en un centro universitario de alto volumen

157 *Valentín-Cortez F. J. y cols.* Características microbiológicas en cultivos biliares y perfiles de resistencia bacteriana en pacientes adultos con colangitis aguda sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el hospital Médica Sur: estudio descriptivo

159 *Baños-Vázquez R. y cols.* Asociación entre la adiposidad total y biomarcadores de inflamación sistémica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

159 *Campoy-Orozco R. D. y cols.* Frecuencia de infección por herpes zóster en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal

160 *Campoy-Orozco R. D. y cols.* Factores asociados a discapacidad laboral en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal

161 *Pacheco-Silva A. y cols.* Prevalencia, características y factores asociados a anemia en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: estudio multicéntrico en México

162 *Pacheco-Silva A. y cols.* Manifestaciones extraintestinales cutáneas y oftalmológicas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: frecuencia y factores asociados

162 *Rocha-Ramos M. A. y cols.* Curación transmural en la enfermedad de Crohn: ¿un objetivo alcanzable con las terapias avanzadas?

163 *Carrillo-Rojas J. I. y cols.* Efectividad y seguridad de upadacitinib en enfermedad inflamatoria intestinal: experiencia de vida real en México

163 *Cardona-Rodríguez L. E. y cols.* Persistencia de vedolizumab a 24 meses en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

164 *Cardona-Rodríguez L. E. y cols.* Factores basales asociados con la suspensión de vedolizumab en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

164 *Reyes-López A. y cols.* Comparación de índices de actividad en colitis ulcerosa y evaluación de una versión modificada del índice de Yamamoto-Furusho basada en proteína C reactiva convencional

165 *Serna-García H. A. y cols.* Evaluación de la asociación entre la adiposidad visceral con actividad clínica, bioquímica y endoscópica en enfermedad inflamatoria intestinal

165 *Chida-Romero J. A. y cols.* Factores predictores de hospitalización en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en centro de tercer nivel

166 *Panaccione R. R.* Efectividad en el mundo real, mejoría de los síntomas y seguridad de upadacitinib en pacientes con colitis ulcerosa de moderada a grave: hallazgos intermedios del estudio PROFUNDUS

167 *Martínez-Vega M. V. y cols.* Adherencia terapéutica en enfermedad inflamatoria intestinal: papel de la percepción del tratamiento sobre los determinantes clínicos en una cohorte mexicana

168 *Borbolla-Schega I. y cols.* Correlación entre los hallazgos por entero-resonancia magnética y biomarcadores serológicos y fecales en pacientes con enfermedad de Crohn

168 *Fonseca-Camarillo G. y cols.* Expresión diferencial de los péptidos antimicrobianos (DMBT1 y SFTPD) en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI)

168 *Fonseca-Camarillo G. y cols.* La alta expresión del gen *TMIGD1* está asociada con la remisión histológica en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática

169 *Reyes-López A. y cols.* Correlación entre calprotectina fecal y la gravedad clínica según Truelove-Witts en colitis ulcerosa: un análisis longitudinal en vida real

169 *Reyes-López A. y cols.* Evolución longitudinal de la calprotectina fecal y comparación entre terapias biológicas en colitis ulcerosa crónica idiopática

170 *Martínez-Vega M. V. y cols.* Factores asociados a cirugía intestinal en enfermedad inflamatoria intestinal en un centro de referencia nacional: análisis multivariable y desenlaces a largo plazo

170 *De-La-O-Santos X. y cols.* Estudio de prevalencia de polimorfismo 2 del gen *CYP2C19* en población general

Trabajos libres orales, martes 24 de noviembre

172 *Linares-Estrada F. V. y cols.* Algoritmo no invasivo basado en elastografía hepática y doppler para identificar várices esofágicas de alto riesgo en niños con hipertensión portal

172 *Espinosa-López A. K. y cols.* Curso clínico, hallazgos endoscópicos y manejo de pacientes pediátricos con diagnóstico de hipertensión portal prehepática en una unidad de tercer nivel

173 *Coronel-Castillo C. E. y cols.* Hidrotórax hepático y ascitis refractaria: supervivencia comparativa y predictores de desenlace

174 *Rivera-Salazar M. A. y cols.* Complicaciones biliares postrasplante: ¿cuáles son los factores determinantes? Análisis descriptivo de una cohorte en México

175 *Córdova-Valenzuela N. F. y cols.* Asociación entre el uso de octreótide y el desarrollo de lesión renal aguda en pacientes con hemorragia variceal por hipertensión portal cirrótica, experiencia de un hospital de tercer nivel

176 *Cruz-Nieves R. A. y cols.* Incontinencia dual frente a incontinencia fecal aislada: factores asociados y fenotipos manométricos en un centro de referencia

177 *Félix-Téllez F. A. y cols.* Dismotilidad del intestino delgado evaluada mediante manometría intestinal de alta resolución en pacientes con trastornos de la interacción intestino-cerebro

178 *Reyes-Díaz S. A. y cols.* Manometría anorrectal en mujeres transgénero: una comparación con controles cisgénero heterosexuales

179 *Najar-Ramos M. I. y cols.* Desnutrición en escolares de 6 a 11 años con estreñimiento crónico: estudio de casos y controles

179 *Varela-Martínez Y. N. y cols.* La apraxia ideomotora mejora durante la terapia de biorretroalimentación, pero no predice la respuesta clínica en pacientes con disinergia defecatoria

180 *Leal Y. A. y cols.* Mortalidad de los tumores malignos del tracto gastrointestinal en México: tendencias, diferencias por sexo, grupo de edad y proyecciones, un análisis de 34 años (1990-2024)

181 *Fonseca-Camarillo G. y cols.* Expresión génica de *OLFM4* (olfactomedina 4) en mucosa colónica de pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI)

181 *Morales-Limón C. y cols.* Correlación entre el índice histológico de Nancy y la actividad endoscópica en pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática del Hospital de Especialidades de Puebla

182 *Rivera-Silva E. A. y cols.* Ángulo de fase y CONUT como herramientas complementarias para la valoración nutricional en colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI)

182 *Mendoza-Martínez V. M. y cols.* Asociación de la actividad clínica con la ingesta inadecuada de proteína y hierro y la masa muscular en pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática: estudio transversal

183 *Ruiz-Ravelo R. M. y cols.* Perfil demográfico, fenotípico y terapéutico de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento avanzado

184 *Núñez-Elizondo D. y cols.* Factores clínicos y farmacológicos asociados con limpieza mucosa subóptima durante la endoscopia digestiva alta: estudio de cohorte prospectiva

184 *Velázquez-López J. R. y cols.* Factores asociados al éxito del tratamiento endoscópico en fugas anastomóticas superiores tras cirugía oncológica gastrointestinal

185 *García-Mercedes E. y cols.* Rendimiento pronóstico de las escalas ABC y ALIBI para mortalidad intrahospitalaria en pacientes con hemorragia de tubo digestivo bajo en un hospital de tercer nivel

186 *Veloz-Corona Q. y cols.* Características clínicas, etiología y utilización de métodos diagnósticos en pacientes pediátricos con sangrado gastrointestinal de origen oculto en el Instituto Nacional de Pediatría

186 *Hernández-Zamora M. R. y cols.* Experiencia con cápsula endoscópica en pacientes pediátricos: indicaciones y rendimiento diagnóstico en un hospital de tercer nivel

187 *Diego-Salazar P. M. y cols.* Desempeño de modelos multimodales de inteligencia artificial en el diagnóstico y manejo de pólipos colorrectales mediante casos clínicos simulados: comparación frente a un estándar Delphi de expertos

188 *Milke-García A. M. y cols.* Programa integral de rehabilitación intestinal ambulatoria en pacientes con insuficiencia intestinal en un hospital de tercer nivel de atención

189 *Castañeda-Sepúlveda R. y cols.* Encuesta a médicos de atención primaria sobre conocimiento, uso e interpretación de la calprotectina fecal y su repercusión en derivaciones

189 *Alderete-Figueroa D. y cols.* Frecuencia de diarrea asociada al uso de antibióticos en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Infantil de México Federico Gómez

189 *Martínez-García R. M. y cols.* Utilidad de biomarcadores inflamatorios en la evaluación inicial del dolor abdominal agudo en población pediátrica

190 *Hernández-Honorato J. I. y cols.* Respuesta transmural evaluada por enterorresonancia magnética (índice MaRIA) tras el tratamiento con terapias avanzadas en pacientes con enfermedad de Crohn en un centro de tercer nivel de atención

191 *Martínez-García R. M. y cols.* Etiología del síndrome colestásico en población pediátrica michoacana

191 *Basulto-Ultreras J. C. y cols.* Características clínicas, bioquímicas, histológicas y de los alelos DQ2/DQ8 en niños con sospecha de enfermedad celiaca en un hospital de tercer nivel

192 *Loaiza-Montalvo G. D. y cols.* Trastornos gastrointestinales en pacientes pediátricos con síndrome de Rett atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría

193 *Celestino-Pérez O. y cols.* Seguimiento nutricional en pacientes mexicanos con diagnóstico de alergia a las proteínas de la leche de vaca alimentados con fórmula de arroz

193 *Martínez-Vázquez S. E. y cols.* Evaluación de la hipolactasia y mala digestión de lactosa mediante gaxilosa y prueba de aire espirado: prevalencia y concordancia en adultos mexicanos con síntomas gastrointestinales relacionados con alimentos

Trabajos libres en cartel, martes 24 de noviembre

194 *Flores-Ojeda J. A. y cols.* Mejoría sostenida en los resultados reportados por los pacientes con tratamiento prolongado con risankizumab en pacientes con colitis ulcerosa de actividad moderada a grave: resultados intermedios a 2 años del estudio de extensión abierto de fase 3 COMMAND

194 *Esquivel-Steffanoni M. R. y cols.* Variabilidad en la remisión profunda en colitis ulcerosa según la clase de terapia biológica: análisis en una cohorte retrospectiva

195 *Escobedo-Zúñiga A. P. y cols.* Manifestaciones hepáticas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: serie de casos de alta complejidad clínica

196 *Guzmán-Meneses J. y cols.* Impacto de la obesidad sobre la respuesta temprana a terapias anti-TNF en colitis ulcerosa: cohorte de práctica clínica real

196 *Leyte-Altamirano M. A. y cols.* Eficacia a largo plazo de upadacitinib en pacientes con enfermedad de Crohn de moderada a grave y uso previo de fármacos biológicos

197 *Chávez-Parada A. y cols.* Manifestaciones extraintestinales en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: estudio descriptivo retrospectivo de un centro mexicano

197 *Fortanelli-Ríos J. M. y cols.* Antes del biológico: asociación de los ciclos previos de esteroides y la línea terapéutica con la remisión clínica en la enfermedad inflamatoria intestinal

198 *Martínez-Vega M. V. y cols.* Más allá de la molécula: asociación entre la vía de administración y la adherencia a terapias biológicas en la enfermedad inflamatoria intestinal

199 *García-Santiago R. y cols.* Desarrollo y validación interna de un modelo predictivo de recaída clínica a 12 meses en colitis ulcerosa crónica idiopática

199 *Escobedo-Zúñiga A. P. y cols.* Más allá del peso: desnutrición oculta y discordancia entre el IMC, CONUT y el ángulo de fase en la enfermedad inflamatoria intestinal

200 *Dolores-Bravo M. D. C. y cols.* Impacto de la terapia avanzada sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: experiencia en una clínica especializada de tercer nivel en México

201 *García-Macías R. y cols.* Riesgo de infecciones oportunistas graves y tuberculosis en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: estudio comparativo entre terapia inmunosupresora sistémica vs. terapia local en un centro privado

201 *Carrillo-Rojas J. I. y cols.* Correlación de los niveles séricos de interleucina-23, oncostatina M y leptina con la actividad endoscópica e histológica en pacientes con colitis ulcerativa: análisis exploratorio

202 *Cabrera-Palma G. y cols.* Necesidades de información reproductiva e influencia de la EII en las decisiones reproductivas: estudio transversal en mujeres mexicanas

202 *Cabrera-Palma G. y cols.* Tiempo es intestino: asociación entre la latencia al inicio de terapia biológica y el requerimiento de cirugía intestinal en una cohorte mexicana de EII de alto riesgo

203 *Martínez-Vega M. V. y cols.* Más allá de la actividad intestinal: factores cognitivo-conductuales asociados con la inflexibilidad psicológica en pacientes con EII

204 *Basave-Falcó S. y cols.* Predictores clínico-fenotípicos de un desenlace quirúrgico. Inevitable pérdida de la ventana de oportunidad en enfermedad inflamatoria intestinal

204 *Reyes-López A. y cols.* Experiencia quirúrgica y desenlaces postoperatorios en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en un centro de referencia nacional

205 *Basave-Falcó S. y cols.* Necesidad de intervención quirúrgica en enfermedad inflamatoria intestinal: análisis cronológico en relación con el inicio de terapias avanzadas

207 *Gutiérrez-Ortiz J. y cols.* El fenotipo radiológico avanzado no limita la preservación esofágica en pacientes con megaesófago secundario a acalasia

207 *Muñoz-Jiménez M. J. y cols.* Utilidad del Delta-IRP como predictor de éxito clínico en acalasia tratada en una cohorte mexicana

208 *Vieyra-Vega M. y cols.* Caracterización multidimensional de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, del esófago hipersensible y de la pirosis funcional

209 *Enríquez-Constantino B. A. y cols.* Fenotipos manométricos de la acalasia tipo II y su correlación clínica, manométrica y radiográfica: cohorte retrospectiva multicéntrica

210 *Ávila-Mercado O. y cols.* Resultados clínicos de la cardiomiotomía de Heller laparoscópica con funduplicatura en el tratamiento de la acalasia: experiencia de un centro de referencia de tercer nivel

211 *Pérez-Pérez V. G. y cols.* Perfil clínico, psicológico y manométrico/pH-métrico en pacientes con globus: estudio descriptivo en un centro de referencia de motilidad digestiva

211 *Cuevas-Maldonado M. S. y cols.* Hallazgos en endoscopia digestiva alta y trastorno por eructo supragástrico en pH-metría con impedancia: ¿asociación real o coincidencia?

213 *Muñoz-Jiménez M. J. y cols.* Tratamiento de la ectasia vascular antral gástrica (GAVE): experiencia en la vida real de un hospital de tercer nivel

213 *Escobedo-Zúñiga A. P. y cols.* Factores asociados con la necesidad de hemostasia endoscópica en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal: experiencia de un hospital de tercer nivel

214 *Jiménez-Celis Y. A. y cols.* Cáncer gástrico de inicio temprano: asociación con mayor enfermedad metastásica y presentación en estadios avanzados al diagnóstico

215 *González-Peña C. y cols.* Utilidad de la deshidrogenasa láctica para la estratificación temprana del riesgo de ingreso a la unidad de cuidados intensivos en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal

215 *Arias-Narcia J. J. y cols.* Factores predictores de éxito en la erradicación de *Helicobacter pylori*: cohorte retrospectiva de un centro de referencia de tercer nivel

216 *Tomás-Acosta L. A. y cols.* Desafíos diagnósticos y terapéuticos de la lesión de Dieulafoy: serie de cinco casos en un hospital de tercer nivel

217 *Morales-Limón C. y cols.* Síndrome de *dumping* temprano tras funduplicatura de Nissen: serie de

tres casos y experiencia diagnóstica en un hospital de tercer nivel

217 *Rodríguez-Bravo G. A. y cols.* Correlación y rendimiento diagnóstico entre el puntaje de Kioto endoscópico y los hallazgos histopatológicos en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta, bajo el diagnóstico de dispepsia no investigada

219 *Núñez-Román K. F. y cols.* Perfil microbiológico y susceptibilidad antimicrobiana de los uropatógenos en pacientes con cirrosis hepática

220 *Morales-Cruz B. y cols.* Prevalencia de la enfermedad arterial coronaria aterosclerótica mediante puntaje de calcio coronario en pacientes con cirrosis hepática asociada a disfunción metabólica en evaluación para trasplante hepático

220 *Rincón-Camacho J. C. y cols.* Hepatitis autoinmune en México: carga de fibrosis al diagnóstico y la urgencia del reconocimiento temprano

221 *Mejía-Ramírez J. y cols.* Rendimiento de APRI y FIB-4 para fibrosis avanzada en colangitis biliar primaria: comparación con MASLD mediante elastografía transitoria

221 Pineda-Arzate O. S. *y cols.* Desenlaces del embarazo en mujeres con hepatitis autoinmune: estudio de cohorte en México

222 *Vargas-Durán F. Y. y cols.* Patrones de uso de inteligencia artificial generativa y conductas de autogestión clínica: comparativa entre pacientes con trastornos digestivos y enfermedades hepáticas

222 *Valdez-Contreras C. L. y cols.* Utilidad de escalas no invasivas para identificar pacientes con alto riesgo de várices esofágicas en un hospital de tercer nivel

223 *González-García A. L. y cols.* Comorbilidades autoinmunes asociadas a la respuesta al tratamiento y progresión en colangitis biliar primaria

223 *Miyagui-Adame K. A. y cols.* Impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal en la progresión a hipertensión portal, carcinogénesis y complicaciones de la vía biliar en la colangitis esclerosante primaria

224 *Flores-Islas I. B. y cols.* Evaluación de IGFBPs y variables antropométricas en los fenotipos de enfermedad hepática esteatósica

224 *Castellanos-Palacios N. M. y cols.* Comparación de la escala MELD-lactato contra MELD para predecir mortalidad en pacientes con hepatitis alcohólica

225 *Flores-Sánchez A. y cols.* Inflama-oxidación: patrón de consumo de alcohol y daño hepático alcohólico

225 *González-García A. L. y cols.* Dislipidemia y factores metabólicos asociados a la respuesta al tratamiento en colangitis biliar primaria

226 *Acosta-Sandoval D. H. y cols.* Supervivencia de la falla hepática aguda sobre crónica según gravedad clínica: experiencia de un centro de referencia en México

226 *Méndez-Ventura S. y cols.* Enfermedades autoinmunes concomitantes en pacientes con hepatitis autoinmune tipo 1

227 *Toledo-Galván R. y cols.* Elevación persistente de aminotransferasas en pacientes con esteatosis hepática no cirrótica: asociación con el perfil metabólico en una cohorte mexicana

228 *Carranza-Carrasco A. y cols.* La sobrecarga hídrica y la desnutrición identifican un fenotipo de alto riesgo asociado con mayor inflamación sistémica y peores desenlaces clínicos en la cirrosis

229 *Rodríguez-Álvarez F. y cols.* Los cambios dinámicos en MELD-Na, MELD 3.0 y CLIF-OF predicen la supervivencia postrasplante en pacientes con insuficiencia hepática aguda sobre crónica

230 *Cuevas-Maldonado M. S. y cols.* Sutura endoscópica con sistema OverStitch™ para el cierre de defectos rectales complejos tras disección endoscópica submucosa: primera experiencia en el noroeste de México

231 *Calvache-Benavides C. E. y cols.* ¿Cáncer colorrectal más temprano y más distal? Análisis de edad al diagnóstico y localización anatómica en un hospital privado del noreste de México, 2015-2026

231 *Santoyo-Chávez M. A. y cols.* Asociación de la sobrevida y el ángulo de fase en pacientes de cáncer colorrectal de reciente diagnóstico

232 *Muñoz-Jiménez M. J. y cols.* Cáncer colorrectal de inicio temprano: desafiando el paradigma de sus factores asociados

232 *Pasos-Lara M. F. y cols.* Distribución subnacional de años de vida perdidos por cáncer colorrectal en México, 2023: análisis de 32 entidades federativas y correlación con el índice de desarrollo socioeconómico

233 *Vargas-Monzalvo A. D. J. y cols.* Más allá del íleon terminal: alta frecuencia de afectación gastrointestinal alta sugestiva de enfermedad de Crohn en enterorresonancia

233 *Barroso-Pineda K. G. y cols.* Cuando el intestino no da la pista: manifestaciones extraintestinales como presentación inicial de la enfermedad celiaca

234 *Plomozo-Román R. y cols.* Uso de dispositivos de asistencia mucosa (*Endocuff Vision* y *AmplifEYE*) y su asociación con la detección de pólipos colorrectales: más allá de la tasa global de detección de adenomas

234 *Ríos-Del-Río A. S. y cols.* Comportamiento epidemiológico de *Cyclospora cayetanensis*: una infección emergente

235 *Córdova-Valenzuela N. F. y cols.* Uso de probióticos y productos dirigidos a la salud digestiva en población mexicana

235 *Rivera-Silva E. A. y cols.* Fenotipado inflamatorio-nutricional mediante CONUT, proteína C reactiva y ángulo de fase en pacientes con cáncer colorrectal (FIN-CRC)

236 *Rivera-Silva E. A. y cols.* Fenotipo inflamatorio–nutricio–metabólico asociado al ángulo de fase en CUCI: análisis exploratorio

237 *Baños-Vázquez R. y cols.* Asociación entre el consumo de alimentos ultraprocesados y la presencia metastásica del cáncer colorrectal en adultos jóvenes

237 *Noriega-García N. B. y cols.* ¿Es sólo la lactosa? Papel del síndrome de intestino irritable en síntomas relacionados con lácteos

238 *Meléndez-Acosta B. E. y cols.* Estreñimiento en el paciente hospitalizado; incidencia y factores asociados: evidencia desde la práctica clínica

239 *Francisco M. D. R. y cols.* Síndrome de intestino irritable en una población penitenciaria mexicana: prevalencia, diferencias por sexo y aspectos biopsicosociales

239 *Mendoza-Domínguez G. y cols.* Características según Roma IV de los sujetos que autorreportan «colitis nerviosa» o «colon irritable» en el estudio prospectivo de la ciudad de México: la mayoría no tiene SII

240 *Morales-Guzmán A. S. y cols.* El receptor TLR4, posible vínculo entre la activación inmunitaria y el desequilibrio rédox en síndrome de intestino irritable (SII)

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO
www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 22 de noviembre de 2026

MASLD

Dom001

MEJORÍA DE MASLD Y DEL RIESGO CARDIOMETABÓLICO MEDIANTE UN PROGRAMA EDUCATIVO MULTIDISCIPLINARIO: UNA META VERDADERAMENTE ALCANZABLE

F. Higuera-De-La-Tijera, A. Burak-Leipuner, K. S. Vázquez-Hernández, O. A. Rodríguez-Zúñiga, M. C. Castañeda-Aguilar, M. Zúñiga-Martínez, J. L. Pérez-Hernández, J. A. Peralta-Calcáneo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) afecta aproximadamente al 38% de los adultos a nivel mundial. La modificación del estilo de vida constituye la piedra angular del tratamiento; sin embargo, mantener una adherencia sostenida continúa siendo un reto.
Objetivo: Evaluar un programa educativo multidisciplinario estructurado tipo "Universidad para Pacientes" (SMEUPP) dirigido a mejorar desenlaces metabólicos y relacionados con el hígado.

Material y métodos: Se invitó a participar en el SMEUPP a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y esteatosis definida por parámetro de atenuación controlada (CAP) mediante elastografía transitoria controlada por vibración (VCTE). El programa incluyó educación sobre MASLD, consejería cardiometabólica, apoyo nutricional y psicológico, así como metas individualizadas. Los desenlaces clínicos, antropométricos, bioquímicos, metabólicos y derivados de VCTE fueron reevaluados a los seis meses y comparados con atención usual (UC) mediante pareamiento por puntaje de propensión (PSM). Los cambios longitudinales se evaluaron mediante modelos de efectos mixtos y ANCOVA; los desenlaces binarios se analizaron mediante métodos de regresión para diseño pareado.
Resultados: Después del PSM se analizó a 200 pacientes: 100 en el grupo SMEUPP y 100 controles, con adecuado balance basal entre grupos (diferencias medias estandarizadas < 0,10). A los seis meses, SMEUPP se asoció con mayor reducción ponderal, mejor control glucémico, disminución de circunferencia de cintura, triglicéridos y presión arterial sistólica, así como una reducción significativa de CAP en comparación con UC. La rigidez hepática mostró una mejoría modesta, mientras que las reducciones de ALT y AST no alcanzaron significancia estadística (**Tabla 1**). La adherencia global adecua-

Tabla 1. Desenlaces a seis meses de un programa educativo multidisciplinario estructurado tipo "Universidad para Pacientes" (SMEUPP) en DM2 y MASLD. (**Dom001**)

Resultado a seis meses de seguimiento	SMEUPP (n = 100)	Cuidado usual (n = 100)	Diferencia entre grupos	Valor de p	Interpretación
Cambio en el peso corporal, %	−5,2 ± 4,4	−1,8 ± 3,7	−3,4 puntos porcentuales	**< 0,001***	Mayor pérdida ponderal con SMEUPP
Pacientes que lograron reducción de peso corporal ≥ 5%, n (%)	49 (49%)	22 (22%)	+27 puntos porcentuales	**< 0,001***	Mayor proporción con respuesta clínicamente significativa con SMEUPP
Cambio en HbA1c, %	−0,65 ± 0,90	−0,28 ± 0,82	−0,37%	**0,003***	Mejor control glucémico
Pacientes que alcanzaron meta individualizada de HbA1c, n (%)	50 (50%)	34 (34%)	+16 puntos porcentuales	**0,022***	Mejor control glucémico
Cambio en circunferencia de cintura, cm	−4,4 ± 5,3	−1,6 ± 4,6	−2,8 cm	**< 0,001***	Reducción de adiposidad central
Cambio en triglicéridos, mg/dL	−28 ± 55	−13 ± 51	−15 mg/dL	**0,047***	Mejoría del perfil lipídico y metabólico
Cambio en colesterol-LDL, mg/dL	−11 ± 27	−7 ± 25	−4 mg/dL	0,278	
Cambio en presión arterial sistólica, mmHg	−6,6 ± 12,3	−3,0 ± 11,8	−3,6 mmHg	**0,036***	Mejoría de riesgo cardiovascular
Cambio en ALT, U/L	−8 ± 19	−4 ± 18	−4 U/L	0,128	
Cambio en AST, U/L	−4 ± 13	−2 ± 12	−2 U/L	0,260	

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Cambio en CAP, dB/m	−29 ± 44	−11 ± 40	−18 dB/m	**0,003***	Reducción objetiva de esteatosis hepática
Pacientes que lograron reducción en CAP ≥ 30 dB/m, n (%)	38 (38%)	25 (25%)	+13 puntos porcentuales	**0,048***	Reducción objetiva de esteatosis hepática
Cambio en rigidez hepática, kPa	−0,7 ± 1,9	−0,1 ± 1,8	−0,6 kPa	**0,023***	Mejoría modesta de rigidez hepática

ALT, alanina aminotransferasa; AST, aspartato aminotransferasa; CAP, parámetro de atenuación controlada; HbA1c, hemoglobina glucosilada; MASLD, enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica; SMEUPP, programa educativo multidisciplinario estructurado tipo "Universidad para Pacientes"; DM2, diabetes mellitus tipo 2.
* Valor de p estadísticamente significativo.

da fue mayor con SMEUPP (60% vs. 36%; p = 0,001), incluidos asistencia a seguimiento (74% vs. 52%; p = 0,001), adherencia nutricional (57% vs. 34%; p = 0,001) y cumplimiento de metas de actividad física (46% vs. 28%; p = 0,009). La adherencia farmacológica fue mayor en SMEUPP, aunque no difirió significativamente de UC (77% vs. 68%; p = 0,154).
Conclusiones: SMEUPP mejoró la adherencia y desenlaces cardiometabólicos y relacionados con esteatosis clínicamente relevantes en pacientes con DM2 y MASLD durante un periodo de seis meses.
Financiamiento: No se recibió ningún patrocinio o financiamiento.

Dom002

DIETA MEDITERRÁNEA ALTA EN FIBRA PARA LA MEJORÍA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA

V. Ortega-Campos, A. D. Cano-Contreras, M. R. Francisco, K. G. Hernández-Flores, R. E. Del-Cueto-Espinosa, H. Vivanco-Cid, F. B. Roesch-Dietlen, J. M. Remes-Troche, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, Grupo Colaborativo: Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) representa una de las principales causas de enfermedad hepática crónica a nivel mundial. La modificación del estilo de vida, particularmente mediante la dieta mediterránea, constituye el tratamiento de primera línea; sin embargo, la evidencia sobre el beneficio adicional de la suplementación con fibra soluble es limitada.
Objetivo: Evaluar el efecto de una dieta mediterránea alta en fibra (psyllium plantago) sobre variables clínicas, antropométricas, hepáticas y metabólicas en pacientes con MASLD.
Material y métodos: Estudio prospectivo de intervención con seguimiento de 12 semanas en pacientes con MASLD. Los participantes recibieron dieta mediterránea (DM; n = 12) o dieta mediterránea suplementada con 30 g/día de psyllium (DMF; n = 19). Se evaluaron peso, composición corporal, pruebas de función hepática, elastografía hepática (CAP y rigidez hepática) y adipocinas séricas.
Resultados: Ambos grupos presentaron una reducción significativa del grado de esteatosis hepática evaluada mediante CAP. El grupo DMF mostró mayor mejoría clínica, con disminuciones significativas de peso corporal, grasa visceral, porcentaje de grasa corporal, circunferencia de cintura, gamma-glutamil transferasa (GGT) y leptina sérica (p < 0,05). No se observaron cambios significativos en glucosa, HOMA-IR, perfil lipídico, rigidez hepática, adiponectina ni resistina. Los resultados se muestran en la **Tabla 1**.
Conclusiones: La dieta mediterránea mejoró la esteatosis hepática en pacientes con MASLD. La DMF proporcionó beneficios adicionales sobre la adiposidad, la GGT y la leptina, lo que sugiere un efecto favorable sobre el estado clínico y metabólico de estos pacientes. Estos hallazgos respaldan la incorporación de fibra soluble como estrategia complementaria en el tratamiento nutricional de la MASLD.
Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento.

Tabla 1. Características de los grupos de intervención. **(Dom002)**

Parámetro	Dieta mediterránea (DM) (n = 12)		p	Dieta mediterránea alta en fibra (DMF) (n = 19)		p
Sexo Masculino 11 (35,5%) Femenino 20 (64,5%)	7 (58,3%) 5 (41,6%)			5 (26,3%) 14 (73,6%)		
	Semana 0	Semana 12		Semana 0	Semana 12	
Antropométricos						
Peso (kg)	93,09 ± 15,7	91 ± 16	0,056	85,1 ± 22,2	83,7 ± 21,4	0,0002
	Δ-2 ± 3,2			Δ-6,4 (-5, -1)		
IMC (kg/m²)	34 ± 4,9	33,2 ± 4,6	0,042	34,42 ± 7,8	31,7 ± 10,7	0,092
	Δ-0,7 ± 1,1			Δ-2,7 (-1,9, -0,4)		
Grasa visceral (%)	13,8 ± 4,6	12,4 ± 3,7	0,053	14,12 ± 5,2	12,3 ± 4,7	0,009
	Δ-1,4 (-1,0, -0,2)			Δ-1,6 (-0,2, -0)		
Grasa corporal total (%)	36,3 ± 5,7	37,3 ± 7,9	0,539	40,6 ± 7,6	38,8 ± 7,4	0,035
	Δ1 (-1,5, 1,6)			Δ-2,1 (-3, 0,3)		
Circunferencia de cintura (cm)	101,7 ± 11,23	99,9 ± 10,9	0,076	102,1 ± 14,7	99,6 ± 12,5	0,015
	Δ-1,6 (-3,8)			Δ-2,1 (-4, 1)		
Circunferencia de cadera (cm)	114 ± 11,9	112 ± 11,8	0,391	113,1 ± 16,7	113,9 ± 15,7	0,381
	Δ-1,09 (-3,8, -0,9)			Δ0,4 (-2, 2,5)		
Circunferencia abdominal (cm)	106,7 ± 12,27	104,1 ± 12,5	0,038	105,4 ± 16	105,7 ± 15,5	0,838
	Δ-2,6 ± 4,2			Δ-0,6 (-3, 3,2)		
Masa muscular (%)	54,9 ± 11,2	53,9 ± 10,6	0,166	46,6 ± 9,2	44,6 ± 7	0,366
	Δ -0,9 ± 2,2			Δ -0,9 (-0,2, 0,7)		
ICC	0,8 ± 0,08	0,8 ± 0,05	0,408	0,8 ± 0,08	0,8 ± 0,07	0,026
	-Δ0,006 ± 0,03			Δ-0,02 (-0,05,-0,02)		
Bioquímicos						
Bilirrubina total (mg/dL)	0,18 ± 0,06	0,61 ± 0,27	0,558	0,26 ± 0,17	0,54 ± 0,32	0,131
AST (mg/dL)	34,3 ± 15,5	32,5 ± 8,4	0,949	26,7 ± 11,7	26,5 ± 13,8	0,677
ALT (mg/dL)	48,6 ± 30	56,8 ± 46,2	0,519	35 ± 21,5	36,2 ± 31,9	0,455

FA (U/L)	109,2 ± 47,3	125,8 ± 65	> 0,999	90,8 ± 22,1	90,6 ± 25,6	0,998
GGT (mg/dL)	64,1 ± 98,9	67 ± 114,8	0,812	39,8 ± 21,7	35,1 ± 19	0,029
Glucosa (mg/dL)	106,8 ± 16,9	122,7 + 66,8	0,492	107,8 ± 28,7	112,2 ± 29,6	0,133
Insulina (µU/mL)	18,5 (15,4 - 27,7)	23,1 (19,5-34,0)	0,425	19,51 ± 8,48	16,00 (12,00-20,19)	0,882
HOMA-IR	7,3 ± 12,57	5,1 (4,2-7,2)	0,519	4,82 (3,10-6,20)	4,40 (2,90-4,80)	0,679
Triglicéridos (mg/dL)	201,2 ± 161,5	137,3 ± 43,5	0,275	155,8 ± 85,8	153,9 ± 67	0,929
Colesterol total (mg/dL)	178,3 ± 34,2	159,7 ± 36,1	0,083	198,1 ± 44,3	186,5 ± 32	0,146
LDL	100,7 ± 35,7	88,4 ± 30,1	0,153	118,1 ± 28,3	108,9 ± 22,2	0,134
Inflamatorios						
Leptina (ng)	60,7 ± 49,8	56,9 ± 51	0,203	72,0 ± 52,1	51,3 ± 42,5	0,0002
	Δ-3,7 (-31,2, 1,2)			Δ-20,7 (-28,3, -1,5)		
Adiponectina (µg)	4,9 ± 2,9	3 ± 1,9	0,002	6,1	4	0,062
	Δ-1,9 ± 1,7			Δ-2,0 ± 4,4		
Resistina (ng)	24,6 ± 15,8	17,8 ± 15,1	0,056	19,6	22,9	0,104
	Δ -6,8 ± 11,1			Δ 3,33 ± 9,3		
Elastografía hepática						
kPa	6,3 ± 1,2	7,3 ± 3,3	0,219	5,9 ± 1,2	6,6 ± 5	0,471
	Δ-0,9 (-0,4, -20,4)			Δ0,2 (-1,3, 1)		
CAP (dB/m)	301,9 ± 31,9	261,5 ± 32,3	0,0003	300,9 ± 28,2	286,4 ± 47,8	0,005
	Δ-40,2 ± 26,8			Δ-33,3 (-36, -1)		

IMC, índice de masa corporal; AST, transaminasa glutámico oxalacética; ALT, transaminasa glutámico pirúvica; FA, fosfatasa alcalina; GGT, gamma glutamil transferasa; ICC, índice cintura-cadera; LDL, lipoproteína de baja densidad; kPa, kilopascales; CAP, parámetro de atenuación controlada; Db/m, decibelios por metro.

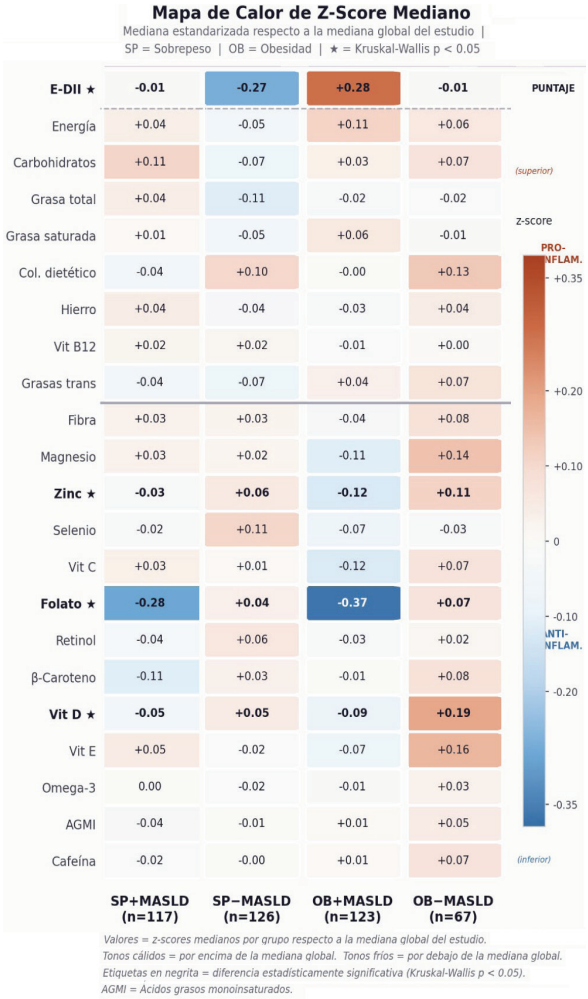
Dom003

PERFIL DEL ÍNDICE INFLAMATORIO DIETÉTICO EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA (MASLD)

K. Sacal-Saba, E. Juárez-Hernández, M. H. Ramos-Ostos, G. Castro-Narro, I. López-Méndez, Médica Sur

Introducción: Las características dietéticas se han identificado como predictoras de la presencia y la progresión de la esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD). El índice inflamatorio dietético ajustado a la energía (E-DII) cuantifica las características inflamatorias de la dieta habitual.
Objetivo: Evaluar el E-DII en pacientes con MASLD de acuerdo con la presencia de sobrepeso y obesidad.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes de 18 a 45 años. El diagnóstico de MASLD se realizó acorde a criterios actuales y se evaluó la presencia de esteatosis mediante elastografía de transición. Los pacientes se clasificaron por el índice de masa corporal (IMC) en cuatro grupos: sobrepeso + MASLD, sobrepeso sin MASLD, obesidad + MASLD y obesidad sin MASLD. La frecuencia de consumo de alimentos se evaluó mediante el cuestionario SNUT y se seleccionaron 30 parámetros para calcular el E-DII.
Resultados: Se incluyó a 437 pacientes; el 62,2% (n = 285) correspondió a hombres. La mediana del E-DII fue de 6,6 [5,9-7,3], lo que indica un perfil de predominio proinflamatorio; sin embargo, no se observaron diferencias significativas en el análisis de los parámetros individuales. Los pacientes con MASLD presentaron un mayor puntaje proinflamatorio (6,67 vs. 6,33, p = 0,003), un mayor consumo de carbohidratos (200 g vs. 170 g, p = 0,004) y un menor consumo de vitamina D (124 UI vs. 159 UI, p = 0,006). Los pacientes del grupo de obesidad + MASLD presentaron un puntaje de E-DII significativamente mayor (6,80 ± 0,95) que los demás grupos (p ≤ 0,05), mientras que los pacientes con sobrepeso sin MASLD registraron un puntaje de E-DII significativamente menor (6,1 ± 1,2, p ≤ 0,05). No se observaron diferencias entre los grupos sin MASLD, independientemente del IMC. La **Figura 1** muestra el perfil del E-DII.
Conclusiones: Los pacientes con obesidad y MASLD presentan un perfil dietético proinflamatorio significativamente más elevado. Estas diferencias podrían atribuirse a una deficiencia de componentes antiinflamatorios en la dieta.
Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Perfil inflamatorio de la dieta en pacientes con MASLD según el IMC. **(Dom003)**



Dom004

ASOCIACIÓN DEL SÍNDROME METABÓLICO CON EL DESARROLLO DE ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. I. Carrillo-Rojas, F. Martínez-Silva, M. Castillo-Barradas, S. Ontiveros-López, C. M. Del-Real-Calzada, M. Soto-Villalpando, V. M. Mendoza-Martínez, S. Zavala-Villegas, N. Bueno-Hernández, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La esteatosis hepática metabólica (SLD) es frecuente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Aunque el síndrome metabólico (MetS) representa el principal factor de riesgo, se ha reconocido el papel que juega la inflamación crónica en las enfermedades inmunomediadas.
Objetivo: Establecer la prevalencia de SLD y MetS y los factores de riesgo asociados en pacientes con EII.
Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a pacientes con colitis ulcerativa (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC). El diagnóstico de SLD se estableció mediante la herramienta Hepatic Steatosis Index (HSI) y el MetS se definió por los criterios ATP III. Se realizó análisis univariado y multivariado para identificar factores asociados.
Resultados: Se incluyó a 103 pacientes; la prevalencia de SLD fue de 39%. Sólo el 25% de los pacientes con SLD cumplió criterios de MetS. Los pacientes con SLD mostraron alta frecuencia de sobrepeso/obesidad (95%) y circunferencia de cintura aumentada (60%). En el análisis multivariado, el sobrepeso/obesidad (OR 52,87; IC95% 10,2–271,6; p < 0,001) y la circunferencia de cintura aumentada (OR 5,14; IC95% 1,18–22,4; p = 0,029) se asociaron de forma independiente con la presencia de SLD (**Tabla 1**). No se encontró asociación con la actividad de la enfermedad ni con los tratamientos empleados.
Conclusiones: La SLD es altamente prevalente en pacientes con EII y no se explica completamente por la presencia de MetS, lo que resalta el papel independiente de la inflamación crónica y del eje intestino-hígado en su desarrollo.
Financiamiento: Recursos del Hospital de Especialidad del Centro Médico Nacional La Raza.

Tabla 1. Riesgo de esteatosis hepática de acuerdo con los componentes del síndrome metabólico. (**Dom004**)

	Análisis univariado			Análisis multivariado		
	OR	**IC95%**	**Valor de p**	**OR**	**IC95%**	**Valor de p**
Sobrepeso/obesidad	80,8	17,05-382,26	**< 0,001**	52,9	10,2-271,6	**< 0,001**
Circunferencia de cintura aumentada	12,0	4,4-32,9	**< 0,001**	5,1	1,2-22,4	**0,029**
Hipertrigliceridemia	3,2	1,2-8,4	**0,017**	3,4	0,622-18,1	0,159
HAS	2,4	0,7-7,45	0,138	1,5	0,25-8,6	0,661
Colesterol HDL bajo	1,1	0,5-2,5	0,774	1,3	0,335-4,9	0,712
Prediabetes/DT2	0,6	0,1-3,3	0,567	0,4	0,036-5,1	0,495

Dom005

ASOCIACIÓN DE LA FUERZA DE AGARRE AJUSTADA AL PESO CORPORAL Y LA MASA MUSCULAR RELATIVA CON LA ESTEATOSIS HEPÁTICA EN ADULTOS MEXICANOS

A. P. Herrera-López, S. E. Martínez-Vázquez, L. Uscanga-Domínguez, Centro de Endocrinología y Nutrición, Cancún

Introducción: La disminución de la fuerza y la masa muscular se ha asociado con alteraciones metabólicas y esteatosis hepática. Sin embargo, existe poca evidencia sobre la utilidad de la fuerza de agarre ajustada al peso corporal (FARp) en combinación con la masa muscular relativa (MMR) para identificar a individuos con esteatosis hepática.
Objetivo: Determinar la asociación entre la fuerza de agarre ajustada al peso corporal (FARp) y la masa muscular relativa (MMR) con la presencia de esteatosis hepática en adultos mexicanos.
Material y métodos: Se realizó un análisis secundario de un estudio transversal analítico con registro GAS-379 aprobado por el comité de ética e investigación del INCMNSZ en trabajadores de la salud que consintieron participar. Se excluyó a participantes con diagnóstico previo de esteatosis hepática, diabetes mellitus e hipertensión arterial descontrolada, enfermedades tiroideas o autoinmunes, enfermedad renal o enfermedad hepática avanzada. La fuerza de agarre (FA) se determinó con un dinamómetro manual (T.K.K. 5001) y se utilizó una técnica estandarizada. La FA absoluta (FAA) se definió como el promedio de tres mediciones, expresadas en kilogramos, y la fuerza de agarre relativa (FAR) se calculó al dividir la FAA entre el peso corporal (FARp). La masa musculoesquelética (MME) se evaluó mediante bioimpedancia eléctrica (Seca mBCA 514) y la masa muscular relativa (MMR) se calculó tras dividir la MME entre el peso corporal y multiplicar el resultado por 100. Los valores de FARp se clasificaron en cuartiles para evaluar su asociación con la presencia de esteatosis hepática. La esteatosis hepática se determinó mediante el parámetro de atenuación controlada (CAP) obtenido por elastografía transitoria, al considerar un valor > 274 dB/m como criterio diagnóstico. Para determinar la asociación entre las variables se aplicaron análisis de regresión logística.
Resultados: Se evaluó a un total de 225 sujetos, de los cuales 142 (61,7%) fueron mujeres. La edad promedio fue mayor en los participantes con esteatosis hepática (45,2 vs. 39,1 años, p = 0,001). Con la regresión logística se obtuvieron varios modelos pero el que tuvo mejor parsimonia fue el que contuvo a las variables FARp, MMR y sexo; de éstos, se asociaron de manera independiente con la presencia de esteatosis hepática, mientras que el sexo no mostró una asociación (p = 0,256); se observó que por cada incremento de una unidad que aumenta la FARp, disminuye la probabilidad de esteatosis en 15% (OR = 2,2; IC95%, 7,7-3,57; p < 0,001) y por cada 1% que aumenta la MMR disminuye la probabilidad de esteatosis en 1% (OR = 3,65; IC95%, 2,24-5,72; p < 0,001). En el análisis por cuartiles, el cuartil de FARp más bajo presentó un OR de 2,45 (IC95%, 1,11–5,40; p = 0,027).
Conclusiones: La fuerza de agarre ajustada al peso corporal y la masa muscular relativa se asociaron independientemente con la presencia de esteatosis hepática. Un modelo basado en ambas variables permitió identificar esteatosis sin requerir ajuste por sexo, lo que sugiere que FARp y MMR podrían ser herramientas sencillas y útiles para la evaluación del riesgo de enfermedad.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO
www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 22 de noviembre de 2026

HELICOBACTER PYLORI

Dom006

BIOMARCADORES SÉRICOS Y HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR *H. PYLORI*: ANÁLISIS COMPARATIVO

A. Martínez-Toto, A. P. Vázquez-Cruz, M. A. Mendoza-Sosa, A. Rivera-Hernández, T. B. Solano-Dorantes, P. Thomas-Dupont, A. D. Cano-Contreras, A. Meixueiro-Daza, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* (Hp) presenta una alta prevalencia en México y constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de gastritis crónica, atrofia gástrica y cáncer gástrico. En fecha reciente se han empleado biomarcadores séricos, como los niveles de pepsinógeno I y II, y la gastrina-17 en combinación con anticuerpos IgG contra Hp, como herramientas para identificar alto riesgo de infección activa y alteraciones en la mucosa gástrica.
Objetivo: Describir el perfil de biomarcadores séricos en pacientes adultos con infección por Hp y alteraciones de la mucosa gástrica evaluadas por endoscopia.
Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico en pacientes mayores de 40 años con sospecha clínica de infección por Hp. Los participantes se reclutaron mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se recopilaron datos clínicos mediante entrevista estructurada y se determinaron los niveles plasmáticos de pepsinógeno I y II, gastrina-17 y anticuerpos IgG contra Hp. Se realizó prueba de aliento con urea (UBT) en los pacientes con alta sospecha de infección activa, es decir, con valor de anticuerpos IgG contra *H. pylori* > 15. Todos los pacientes incluidos se sometieron a endoscopia diagnóstica para evaluar la presencia de atrofia gástrica y se utilizaron criterios endoscópicos de Kimura-Takemoto. Los datos se expresaron como mediana (RIC) y se compararon mediante la prueba U de Mann-Whitney ($p < 0,05$).
Resultados: Se incluyó a 51 pacientes, con una mediana de edad de 55 años (RIC: 45-62), en su mayoría mujeres (72,5%). Veintidós (43,1%) presentaron anticuerpos positivos anti-*H. pylori*; el 43% tuvo alta sospecha de infección activa y se corroboró en 14 pacientes (27,4%). Los pacientes con UBT positiva mostraron diferencias significativas en todos los biomarcadores evaluados respecto de los pacientes negativos (**Tabla 1**). Se reportó atrofia gástrica en 41 pacientes (80,4%), de los cuales 14 (27,4%) cursaban con infección activa. En este grupo de pacientes se observaron concentraciones significativamente mayores de pepsinógeno I, pepsinógeno II y gastrina-17, así como menor relación pepsinógeno I/II, en comparación con los pacientes sin Hp. Los pacientes con anticuerpos anti-*H. pylori* positivos presentaron mayores concentraciones de pepsinógeno II y gastrina-17, además de una menor relación de pepsinógeno I/II respecto de los pacientes negativos. Al

Tabla 1. Niveles de biomarcadores séricos gástricos (pepsinógeno I, pepsinógeno II, relación PGI/PGII y gastrina-17) según el estado de infección por *Helicobacter pylori* y presencia de atrofia gástrica. (**Dom006**)

Características generales								
Edad	55 (45-62)							
Sexo	Mujeres, n (%) 37 (72,5%)							
	Hombres, n (%) 14 (27,5)							
Biomarcadores								
	Pepsinógeno I (30-160 µg/l*)	**p**	**Pepsinógeno II (3-15 µg/l*)**	**p**	**Relación PGI/PGII (3-20 *)**	**p**	**Gastrina-17 (1,8-7 pmol/l*)**	**p**
Infección activa (UBT)								
*H. pylori*** (-) (n = 37)	74.99 (63,81-86,02)	0,006	12,83 (9,51-17,97)	< 0,0001	6,1 (4,46-7,10)	0,0001	2,35 (1,13-4,21)	0,009
*H. pylori*** (+) (n = 14)	117 (77,40-148,4)		30,92 (19,45-45,60)		3,52 (2,67-4,48)		5,21 (2,42-9,03)	

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Anticuerpos para anti-Hp								
Anticuerpos anti-*H. pylori* *** (-) (n = 29)	75,38 (66,76-100,8)	0,2426	15,74 (9,73-19,00)	0,0327	6,35 (4,23-7,10)	0,0142	2,23 (1,14-4,06)	0,0302
Anticuerpos anti-*H. pylori* *** (+) (n = 22)	81,91 (71,87-123,7)		19,86 (12,12-37,73)		4,29 (3,21-5,68)		4,32 (2,33-8,81)	
Anticuerpos anti-*H. pylori* *** (+) con UBT (+) (n = 14)	117,0 (77,40-148,4)	0,0103	30,92 (19,45-45,60)	< 0,0001	3,520 (2,670-4,478)	0,0022	5,210 (2,415-9,025)	0,232
Anticuerpos anti-*H. pylori* *** (-) con UBT (-) (n = 8)	73,9 (47,42-82,49)		11,31 (9,28-12,68)		5,680 (4,758-7,165)		2,655 (1,013-7,578)	
Atrofia gástrica								
Sin atrofia**** (n = 10)	69,68 (56,32-114,0)	0,2666	11,58 (9,00-16,62)	0,0488	6,86 (5,25-7,33)	0,0098	1,3 (1,01-5,45)	0,2229
Atrofia**** (n = 41)	78,9 (73,07-108,8)		17,74 (11,90-24,17)		4,69 (3,56-6,44)		2,75 (1,83-5,79)	
C-1 (14, 34,1%)	79,60 (74,55-106,7)		16,38 (11,43-22,74)		4,875 (3,928-7,348)		2,290 (1,200-3,148)	
C-2 (13, 31,7%)	84,25 (69,62-118,3)		17,74 (10,02-30,92)		5,070 (3,765-6,525)		3,900 (1,615-7,530)	
C-3 (4, 9,8%)	74,42 (73,23-145,8)		17,42 (13,45-37,83)		4,225 (3,903-5,643)		4,845 (2,818-7,480)	
O-1 (2, 4,9%)	67,83 (58,46-77,19)		11,84 (10,84-12,83)		5,680 (5,340-6,020)		1,025 (1,000-1,050)	
O-2 (2, 4,9%)	113,5 (96,96-130,0)		35,37 (20,94-49,79)		3,620 (2,610-4,630)		3,160 (2,750-3,570)	
O-3 (6, 14,6%)	73,86 (57,34-106,9)		20,61 (14,78-28,03)		3,200 (3,015-6,595)		5,610 (2,278-10,82)	
Atrofia + infección activa** (n = 14)	117,0 (77,40-148,4)	0,008	30,92 (19,45-45,60)	< 0,0001	3,520 (2,670-4,478)	0,0011	5,210 (2,415-9,025)	0,0145
Atrofia + infección inactiva** (n = 27)	75,40 (65,45-85,98)		14,54 (9,69-19,63)		5,340 (4,230-6,700)		2,540 (1,140-4,280)	

PG, pepsinógeno; UBT, prueba de aliento con urea; *Rango de referencia; **Corroborado con la prueba de aliento con urea; ***Se consideró negativo para anticuerpos contra *Helicobacter pylori* títulos < 25 EIU; ****Criterios de Kimura-Takemoto.

evaluar únicamente a los pacientes con anticuerpos positivos que cursaban con infección activa, se observó un incremento de pepsinógeno I y II, disminución de la relación de pepsinógeno I/II, mientras que la gastrina-17 no mostró diferencias significativas.
Los pacientes con atrofia gástrica presentaron concentraciones significativamente mayores de pepsinógeno II y una relación de pepsinógeno I/II menor. De acuerdo con los criterios endoscópicos de Kimura-Takemoto se identificó predominio del patrón cerrado en 31 (75,6%) pacientes y C-1 (34,1%) y C-2 (31,7%) fueron las categorías más frecuentes, mientras que el patrón abierto se observó en 10 pacientes (24,4%), con un predominio O-3 (14,6%).
Conclusiones: Los resultados revelan que el perfil de biomarcadores séricos se asocia con la presencia de infección activa por Hp y con el grado de atrofia gástrica confirmado endoscópicamente. El pepsinógeno II y la relación pepsinógeno I/II mostraron las asociaciones más robustas, por lo que podrían constituir los marcadores más útiles para identificar daño de la mucosa gástrica. En conclusión, estos hallazgos respaldan el uso de los biomarcadores séricos como herramienta no invasiva complementaria a la endoscopia para estratificar el riesgo de atrofia gástrica en pacientes con sospecha de infección por Hp. Su validación en cohortes más amplias permitirá precisar la utilidad clínica.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom007

TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE *HELICOBACTER PYLORI* EN MÉXICO: PREVALENCIA DE INFECCIÓN ACTIVA Y FACTORES ASOCIADOS EN UN ESTUDIO COMUNITARIO CON ^{13}C-UBT

A. P. Vázquez-Cruz, S. A. Reyes-Díaz, M. M. Pérez-Guzmán, R. Silva-Bravo, A. Rivera-Hernández, A. D. Cano-Contreras, B. A. Priego-Parra, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* es todavía un importante problema de salud pública por su asociación con gastritis crónica, úlcera péptica y cáncer gástrico. A pesar del descenso de su prevalencia en diversos países, la evidencia sobre los factores asociados con la infección activa en adultos jóvenes mexicanos es aún limitada.
Objetivo: Determinar la prevalencia contemporánea de infección activa por *Helicobacter pylori* mediante prueba de aliento e identificar los factores clínicos, sociodemográficos y conductuales asociados en adultos jóvenes mexicanos sometidos a un programa de tamizaje poblacional mediante prueba de aliento con urea marcada con carbono-13 (^{13}C-UBT).
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en adultos de 30 a 40 años reclutados entre octubre de 2025 y mayo de 2026 mediante campañas comunitarias de tamizaje en Veracruz, México. La infección activa se determinó mediante prueba de aliento con urea marcada con carbono-13 (^{13}C-UBT). Se recopilaron variables demográficas, antropométricas, sociodemográficas, socioeconómicas, ambientales y conductuales mediante cuestionarios estandarizados. Las comparaciones entre grupos se realizaron con las pruebas U de Mann-Whitney, x^2 o exacta de Fisher, según correspondiera. Posteriormente se construyó un modelo de regresión logística multivariable para identificar los factores asociados de manera independiente con la infección activa. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 511 participantes; 62,0% correspondió a mujeres y la mediana de edad fue de 34 años (RIC: 32-37). La prevalencia de infección activa por *H. pylori* fue de 25,4% (130/511). En el análisis multivariable, la mayor edad (OR = 1,08; IC95%, 1,01-1,16; p = 0,013), el sexo masculino (OR = 1,56; IC95%, 1,01-2,42; p = 0,044), vivir en hogares con cinco o más habitantes (OR = 2,20; IC95%, 1,13-4,21; p = 0,018) y el tabaquismo activo (OR = 1,71; IC95%, 1,08-2,70; p = 0,021) se asociaron independientemente con la infección activa. En contraste, contar con licenciatura o posgrado se asoció con una menor probabilidad de infección (OR = 0,39; IC95%, 0,19-0,82; p = 0,013). No se identificó asociación independiente entre el ingreso económico y la infección activa. La prevalencia observada fue inferior a la reportada históricamente en la población mexicana (**Tabla 1**).
Conclusiones: Uno de cada cuatro adultos mexicanos de 30 a 40 años presentó infección activa por *Helicobacter pylori*. La mayor edad, el sexo masculino, el hacinamiento domiciliario y el tabaquismo fueron factores independientemente asociados con la infección, mientras que un mayor nivel educativo mostró un efecto protector. Estos hallazgos aportan evidencia epidemiológica actual sobre la infección activa en adultos jóvenes mexicanos, sugieren una transición en su patrón epidemiológico y respaldan el desarrollo de estrategias de tamizaje y prevención dirigidas a grupos con mayor riesgo.
Financiamiento: Este estudio se realizó con el apoyo académico del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Meridian Bioscience proporcionó en préstamo el sistema BreathID® para l.

Tabla 1. Asociaciones con infección activa por *H. pylori*. (**Dom007**)

Población	Variable	Categoría	OR (IC95%)	Valor de p
Población total	Sexo biológico	Mujer	1,00 (referencia)	
		Hombre	1,51 (1,01-2,26)	**0,044**
	IMC	Normopeso	1,00 (referencia)	
		Sobrepeso u obesidad	1,67 (1,01-2,85)	**0,049**
	Escolaridad	Licenciatura	1,00 (referencia)	
		Bachillerato	1,89 (1,10-3,20)	**0,019**
		Secundaria	2,91 (1,53-5,49)	**0,001**
	Habitantes en el hogar	< 5 personas	1,00 (referencia)	
		≥ 5 personas	2,78 (1,50-5,10)	**0,001**
	Tabaquismo	No activo	1,00 (referencia)	
		Activo	1,81 (1,17-2,79)	**0,007**
Mujeres	Escolaridad	Licenciatura	1,00 (referencia)	
		Bachillerato	2,28 (1,17-4,37)	**0,014**
		Secundaria	4,18 (1,82-9,49)	**0,001**
	Habitantes en el hogar	< 5 personas	1,00 (referencia)	
		≥ 5 personas	3,68 (1,75-7,70)	**0,001**
	Tabaquismo	No activo	1,00 (referencia)	
		Activo	2,04 (1,09-3,72)	**0,022**

Dom008

LA PREVALENCIA DE *H. PYLORI* DEPENDE DE LA POBLACIÓN ATENDIDA: ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA EN DOS HOSPITALES PRIVADOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO

J. F. Zárate-Villazón, M. Schmulson, S. A. Zaragoza-Galicia, A. M. Zárate-Guzmán, Laboratorio de Trastornos Neurogastroenterológicos, Unidad de Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez-Tamayo (UME), Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: La infección por *H. pylori* es todavía un problema de salud pública y su prevalencia puede variar según sea la población blanco, lo que tiene implicaciones en la aplicación de las guías de diagnóstico y tratamiento.
Objetivo: Comparar la prevalencia de *H. pylori* y las características clínicas de pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en dos hospitales privados de la Ciudad de México con población diferente.
Material y métodos: Estudio observacional, prolectivo, retrospectivo y comparativo en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta por un endoscopista de cada hospital, el Centro Médico ABC de Observatorio y el Hospital Dalinde, de enero a junio del 2026. La infección por *H. pylori* se determinó mediante prueba de ureasa rápida, biopsia (inmunohistoquímica), o ambas. Los pacientes del ABC fueron pareados con pacientes del Dalinde por sexo, y la mayor proximidad en edad. Se recopilaron variables demográficas, indicación de la endoscopia, uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) o bloqueadores de ácido competitivos de potasio (P-CAB). Se comparó la prevalencia de *H. pylori* entre ambos hospitales expresada en porcentajes y se analizó mediante razón de prevalencia (RP) e IC95%. Para variables continuas se utilizaron pruebas paramétricas y se consideró significativa una $p < 0,05$. Además, se utilizó regresión logística binaria para determinar si el hospital o IBP/P-CAB eran los factores asociados con la presencia de *H. pylori*.
Resultados: Se analizó a 52 pacientes de cada hospital (61,5% de mujeres y 38,5% de hombres); la edad media fue de 50,87 ± 19,02 en el ABC vs. 57,81 ± 14,64 años del Dalinde ($p = 0,040$). La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y su asociación con dispepsia o distensión abdominal constituyó la principal indicación de endoscopia en ambos centros (ABC: 36,5% vs. Dalinde: 53,8%; $p = 0,0762$), seguidas de distensión abdominal: 13,5%, dispepsia: 11,5%, y vigilancia endoscópica para Barret o metaplasia intestinal en estómago: 9,6%, otras: 28,9%, en el ABC; y de dispepsia: 5,8%, dolor abdominal: 5,8%, valoraciones preoperatorias: 3,8%, otras: 30,8%, en el Dalinde. La prevalencia de *H. pylori* fue mucho mayor en el Dalinde que en el ABC (40,4% vs. 7,7%; RP = 5,25; IC95%, 1,94-14,24; $p < 0,001$). La prueba rápida de ureasa fue el método más utilizado en el ABC (59,6%), mientras que en el Dalinde fue la biopsia (98,1%) (**Tabla 1**). El uso de IBP fue significativamente más frecuente entre los pacientes del Dalinde que en el ABC (65,4% vs. 19,2%; $p < 0,001$); en contraste, los P-CAB sólo se reportaron en una pequeña proporción de los pacientes del ABC (5,8%). La regresión logística binaria ajustada por hospital no encontró asociación con el *H. pylori* (RM = 0,53; IC95%, 0,18-1,50; $p = 0,230$); en contraste, el hospital de procedencia permaneció como la variable independiente en la positividad de *H. pylori* (RM = 6,42; IC95%, 1,90-21,67; $p = 0,003$).
Resultados: Los datos muestran que la prevalencia de *H. pylori* en pacientes sometidos a endoscopía alta es dependiente de la población atendida (hospital) e independiente del uso de IBP/P-CAB. Estos hallazgos sugieren que las guías de diagnóstico y tratamiento de pacientes con *H. pylori* deben ajustarse de acuerdo con la población blanco. Se requiere extender el estudio e incluir hospitales públicos y de seguridad social para ver el comportamiento del *H. pylori*.
Financiamiento: Financiado parcialmente por la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Tabla 1. Positividad para *H. pylori* según el método diagnóstico empleado en cada hospital. Los porcentajes se calcularon con respecto al número de pacientes evaluados mediante cada método. (**Dom008**)

Método diagnóstico para *H. pylori*	Centro Médico ABC Observatorio n = 52 n (%)		Dalinde n = 52 n (%)	
	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo
Ureasa	19 (86,4)	3 (13,6)	1 (100)	--
Biopsia	20 (95,2)	1 (4,8)	30 (58,8)	21 (41,2)
Ureasa + biopsia	9 (100)	--	--	--

Dom009

DISPEPSIA NO INVESTIGADA EN ADULTOS JÓVENES MEXICANOS: PAPEL DE LA INFECCIÓN ACTIVA POR *HELICOBACTER PYLORI* Y DEL DISTRÉS PSICOLÓGICO EN LA CARGA SINTOMÁTICA GASTROINTESTINAL

A. P. Vázquez-Cruz, S. A. Reyes-Díaz, M. M. Pérez-Guzmán, R. Silva-Bravo, A. D. Cano-Contreras, H. R. Ordaz-Álvarez, B. A. Priego-Parra, K. D. González-Gómez, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana

Introducción: La dispepsia no investigada constituye uno de los trastornos de la interacción intestino-cerebro más frecuentes y representa un importante motivo de consulta en la población general. Su fisiopatología es multifactorial e involucra alteraciones en la interacción intestino-cerebro, factores psicológicos e infección por *Helicobacter pylori* en un subgrupo de pacientes.
Objetivo: Caracterizar el perfil clínico y psicológico de adultos jóvenes con dispepsia no investigada definida por criterios Roma IV y evaluar la asociación entre la carga sintomática gastrointestinal, el distrés psicológico y la infección activa por *H. pylori*.
Material y métodos: Se realizó un análisis transversal de una cohorte comunitaria de adultos previamente evaluados mediante prueba de aliento con ^{13}C-UBT para la detección de infección activa por *H. pylori*. Se incluyó a participantes con dispepsia no investigada definida mediante criterios de Roma IV. La gravedad de los síntomas gastrointestinales se evaluó mediante los cuestionarios *Patient Assessment of Gastrointestinal Symptom Severity Index* (PAGI-SYM) y *Gastrointestinal Symptom Rating Scale* (GSRS); la ansiedad y depresión mediante la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) y el estrés percibido mediante la *Perceived Stress Scale* (PSS). Se compararon las características clínicas entre participantes con y sin infección activa por *H. pylori*

con pruebas no paramétricas y x^2. Las asociaciones entre el distrés psicológico y la carga sintomática se evaluaron mediante correlaciones de Spearman.
Resultados: Se incluyó a 235 participantes, de los cuales 62 (26,4%) presentaron infección activa por *H. pylori*. Los participantes infectados fueron de mayor edad y presentaron un mayor índice de masa corporal (p = 0,021 y p = 0,005, respectivamente). No se observaron diferencias en los puntajes globales del PAGI-SYM, GSRS, ansiedad, depresión o estrés percibido según el estado de infección. En contraste, los participantes sin infección activa presentaron mayor intensidad de dolor abdominal superior, dolor abdominal inferior y distensión abdominal (todos p < 0,001), así como mayor puntuación en estreñimiento (p = 0,029). En el análisis por sexo, las mujeres presentaron mayor puntuación en el dominio de diarrea del GSRS (p = 0,001). La ansiedad mostró las correlaciones más fuertes con la carga global de síntomas gastrointestinales (PAGI-SYM: r = 0,340; GSRS: r = 0,379; ambos p < 0,001), seguida del estrés percibido y la depresión (**Tabla 1**).
Conclusiones: Sólo uno de cada cuatro adultos jóvenes con dispepsia no investigada presentó infección activa por *H. pylori*. Esto sugiere que la mayoría de estos pacientes probablemente corresponda al espectro de los trastornos de la interacción intestino-cerebro y, una vez excluida una causa orgánica, podrían clasificarse como dispepsia funcional. En este grupo, la ansiedad y el estrés percibido mostraron una asociación más estrecha con la gravedad sintomática. Estos hallazgos respaldan un abordaje diagnóstico y terapéutico integral que incorpore de manera sistemática la evaluación de factores biológicos y psicológicos, además de la búsqueda y erradicación de *H. pylori* cuando esté clínicamente indicada.
Financiamiento: Meridian Bioscience proporcionó en préstamo el sistema BreathID® para la realización de las pruebas de aliento con urea marcada con carbono-13 (^{13}C-UBT). La empresa no participó en el diseño del estudio.

Tabla 1. Comparación de la carga de los síntomas gastrointestinales y el distrés psicológico según el estatus de infección activa por *H. pylori*. (**Dom009**)

Característica	Sin infección activa (n = 173), mediana (RIC)	Infección activa (n = 62), mediana (RIC)	Valor de p
Puntaje total PAGI-SYM	1,30 (0,75-2,11)	1,49 (0,80-2,13)	0,475
Acidez/regurgitación	1,29 (0,50-2,14)	1,36 (0,86-2,14)	0,613
Dolor abdominal superior	**1,50 (1-2)**	**0,50 (0-0,50)**	**< 0,001**
Dolor abdominal inferior	**1,50 (1-2,50)**	**1,0 (0,50-1,50)**	**< 0,001**
Distensión abdominal	**1,0 (0,0-2,0)**	**0,0 (0,0-0,50)**	**< 0,001**
Saciedad/distrés posprandial	1,25 (0,50-2,50)	1,25 (0,25-2,25)	0,935
Náusea/v**ómito**	2,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,682
Puntaje total GSRS	3 (2-3)	3 (2-3)	0,592
Reflujo	3 (2-4)	3 (2-4)	0,946
Dolor abdominal	3 (2-3)	2,50 (2-3,25)	0,896
Indigestión	4 (3-4)	1,50 (1-2)	0,461
Diarrea	2 (1-2)	1,50 (1-2)	0,070
Estreñimiento	**2 (2-3,50)**	**2 (1-3)**	**0,029**
HADS-A	7 (4-9)	5,50 (3-9)	0,078
HADS-D	3 (1-6)	3 (1,75-6)	0,657
PSS	23 (16,50-28,50)	21,50 (14-26,25)	0,138

Dom010

CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS, PERFIL SINTOMÁTICO Y MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA *HELICOBACTER PYLORI* EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA: HISTOLOGÍA, PCR Y PRUEBA DE ALIENTO CON CARBONO-13

Z. Cai-Chen, I. Arriaga-Rivero, E. Montijo-Barrios, E. Toro-Monjaraz, J. F. Cadena-León, K. R. Ignorosa-Arellano, R. Cervantes-Bustamante, F. E. Zárate-Mondragón, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: En niños evaluados por dispepsia, la histología gástrica, la PCR en biopsias endoscópicas y la prueba de aliento con urea marcada con carbono-13 (^{13}C-PAU) son los pilares del diagnóstico de *Helicobacter pylori*. Sin embargo, el perfil sintomático y el patrón endoscópico raramente predicen con certeza qué método tendrá mayor rendimiento. En la práctica, la gastritis nodular suele orientar la sospecha clínica, aunque su valor predictivo sobre la positividad diagnóstica no se ha evaluado formalmente en la población pediátrica.
Objetivo: Analizar si los hallazgos endoscópicos y el perfil sintomático se asocian con la positividad de histología, PCR y ^{13}C-PAU en niños menores de 18 años con dispepsia.
Material y métodos: Cohorte retrospectiva (2016–2025) en un centro pediátrico de referencia. Se incluyó a 158 niños menores de 18 años con dispepsia sometidos a endoscopia digestiva alta. Se registraron síntomas basales (dolor epigástrico, pirosis, distensión abdominal, náusea, saciedad temprana y dolor nocturno), tipo de gastropatía, mucosa duodenal y grado de esofagitis (Clasificación de Los Ángeles). La histología y PCR se obtuvieron en todos los pacientes; la ^{13}C-PAU postratamiento se analizó en 114 pacientes en quienes se realizó. Se utilizaron x^2 y prueba exacta de Fisher.
Resultados: Mediana de edad 12 años (rango, 2–17) y 51,3% de pacientes masculinos. El dolor epigástrico fue el síntoma más frecuente (72,2%), seguido de distensión abdominal (45,6%), pirosis (36,7%), náusea (34,8%) y saciedad temprana (24,7%). De manera notable, la distribución sintomática fue prácticamente idéntica entre pacientes con histología positiva y negativa (dolor epigástrico 72,1% vs. 72,2%), lo que sugiere que la clínica no discrimina el estado infeccioso. La histología fue positiva en 122/158 (77,2%) y la PCR en 99/158 (62,7%), con concordancia global de 81,6%; el uso combinado identificó 15 casos adicionales por histología sola (12,0%) y 3 por PCR sola (2,4%). La gastropatía nodular fue la más frecuente (38,0%) y presentó menor frecuencia de dolor epigástrico que otras gastropatías (66,7% vs. 75,5%), sin predecir mayor positividad histológica (p = 0,396) ni por PCR (p = 0,974). En los 114 pacientes con ^{13}C-PAU, la erradicación fue exitosa en 72 (63,2%); la gastropatía hemorrágica tuvo la mayor tasa de positividad residual (71,4%).
Conclusiones: Los síntomas dispépticos no discriminan el estado infeccioso por *H. pylori* ni predicen el rendimiento de los métodos diagnósticos. La gastritis nodular, aunque orientadora, no superó a otros patrones en sensibilidad diagnóstica. Estos hallazgos refuerzan el uso combinado y sistemático de histología y PCR en la evaluación endoscópica pediátrica, independientemente de la presentación clínica.
Financiamiento: El presente trabajo no contó con financiamiento externo ni patrocinio gubernamental o de la industria farmacéutica.

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO
www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 22 de noviembre de 2026

ESÓFAGO-ESTÓMAGO

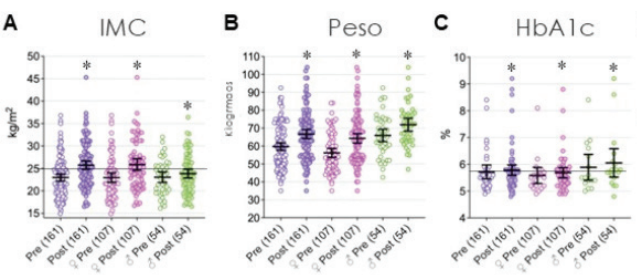
Dom011

RIESGO DE SÍNDROME METABÓLICO Y COMORBILIDADES RELACIONADAS DESPUÉS DE LA MIOTOMÍA DE HELLER LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON ACALASIA

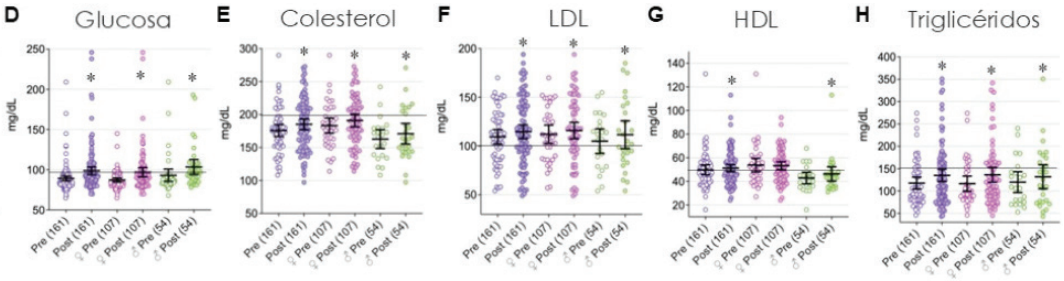
L. R. Valdovinos-García, J. Furuzawa-Carballeda, M. Moreno-Fuentes, E. Coss-Adame, M. A. Valdovinos-Díaz, D. Aguilar-León, A. Stenner-Escalante, N. Barrón-Cervantes, G. Torres-Villalobos, Grupo Colaborativo: Acalasia, Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La acalasia se caracteriza por la destrucción del plexo mientérico, lo que ocasiona la incapacidad del esfínter esofágico inferior para relajarse y la aperistalsis del cuerpo esofágico. El síntoma más frecuente es la disfagia, que a menudo conduce a una pérdida de peso significativa. Actualmente, la miotomía de Heller laparoscópica (MHL) es un pilar del tratamiento, ya que restablece la capacidad para comer y mejora significativamente la calidad de vida. Sin embargo, la mayoría de los pacientes presenta un aumento considerable de peso después de la cirugía debido al restablecimiento de su capacidad de deglución.
Objetivo: Evaluar el riesgo de desarrollar síndrome metabólico y sus componentes en pacientes con acalasia tras recuperar la capacidad de comer.
Material y métodos: Éste es un estudio de cohorte retrospectivo con seguimiento de cinco años que incluyó a 161 pacientes con acalasia, todos evaluados antes de la miotomía de Heller laparoscópica (MHL). La evaluación incluyó datos demográficos, presentación clínica, cuestionarios de síntomas, mediciones antropométricas, variables de laboratorio y un perfil metabólico completo. Además, se analizó la prevalencia del síndrome metabólico y de sus componentes, así como la de otras comorbilidades asociadas.
Resultados: La disfagia se presentó en el 99% de los pacientes. Se reportó pérdida de peso en el 90% de los casos. Al inicio, el 20% de los pacientes presentó sobrepeso (más frecuente en hombres). La obesidad fue más prevalente entre las mujeres (8%). A los cinco años postcirugía, el 73% de los pacientes aumentó de peso, principalmente en las mujeres (74% vs. 71%); el 32% tenía sobrepeso y el 21% obesidad. Las enfermedades crónicas concomitantes fueron poco frecuentes al inicio, la osteoartritis se presentó en el 1,2% de los pacientes y la osteoporosis en el 0,6%. La prediabetes afectó al 3% de los pacientes al inicio y fue más frecuente en las mujeres, mientras que la diabetes fue más prevalente en los hombres (16%). En el seguimiento a cinco años se reportó prediabetes en el 22% de los pacientes y diabetes en el 11%, con una mayor prevalencia en los hombres (20%). La dislipidemia afectó al 26% de los pacientes al inicio, sin diferencias entre sexos, y se observó en el 76% durante el seguimiento. La hipertensión fue más frecuente en las mujeres (11%) que en los hombres (7%) al inicio y aumentó al 15% en las mujeres y al 14% en los hombres cinco años después de la cirugía. El nivel promedio de HbA1c fue de 5,7 ± 0,7%, con valores más altos en los hombres (5,8 ± 0,9% vs. 5,5 ± 0,6%). Los niveles de glucosa en ayuno fueron significativamente mayores en los hombres (93,0 ± 24,6 vs. 87,1 ± 11,4 mg/dL). Los niveles de colesterol total y LDL fueron similares entre los sexos, mientras que los hombres presentaron niveles más bajos de HDL (42,7 ± 11,1 vs. 53,7 ± 17,5 mg/dL). A los cinco años de la cirugía, la glucosa en ayuno y la HbA1c aumentaron en los hombres (103,4 ± 26,6 mg/dL y 6,0 ± 1,1%). Los triglicéridos aumentaron en ambos sexos y el HDL se mantuvo más alto en las mujeres. Todas estas variables fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$; **Figura 1A-H**).
Conclusiones: La acalasia suele conducir a una pérdida de peso significativa; sin embargo, tras la MHL, muchos pacientes presentan un rápido aumento de peso, lo que incrementa el riesgo de síndrome metabólico. Este estudio de cinco años identificó correlaciones entre la obesidad, la diabetes, la dislipidemia, la hipertensión y el síndrome metabólico y la capacidad para comer. No obstante, aún no está claro si estos factores podrían estar vinculados a la progresión de la acalasia. La vigilancia estrecha de los factores de riesgo

Figura 1. (A) Índice de masa corporal, (B) peso, (C) hemoglobina glucosilada HbA1c, (D) glucosa en ayuno, (E) colesterol total, (F) lipoproteína de baja densidad, (G) lipoproteína de alta densidad y (H) triglicéridos. Los círculos vacíos representan las evaluaciones prequirúrgicas. Los círculos rellenos indican las evaluaciones a los cinco años de seguimiento. Los círculos vacíos y los rellenos en color lila representan la población total de pacientes con acalasia; los círculos en color rosa representan la población femenina y los círculos en color verde la población masculina. Los resultados se expresan como media ± sem. *p ≤ 0,05. (**Dom011**)



0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.



y un enfoque multidisciplinario son cruciales para una atención óptima y un manejo eficaz de las comorbilidades.
Financiamiento: Ninguno.

Dom012

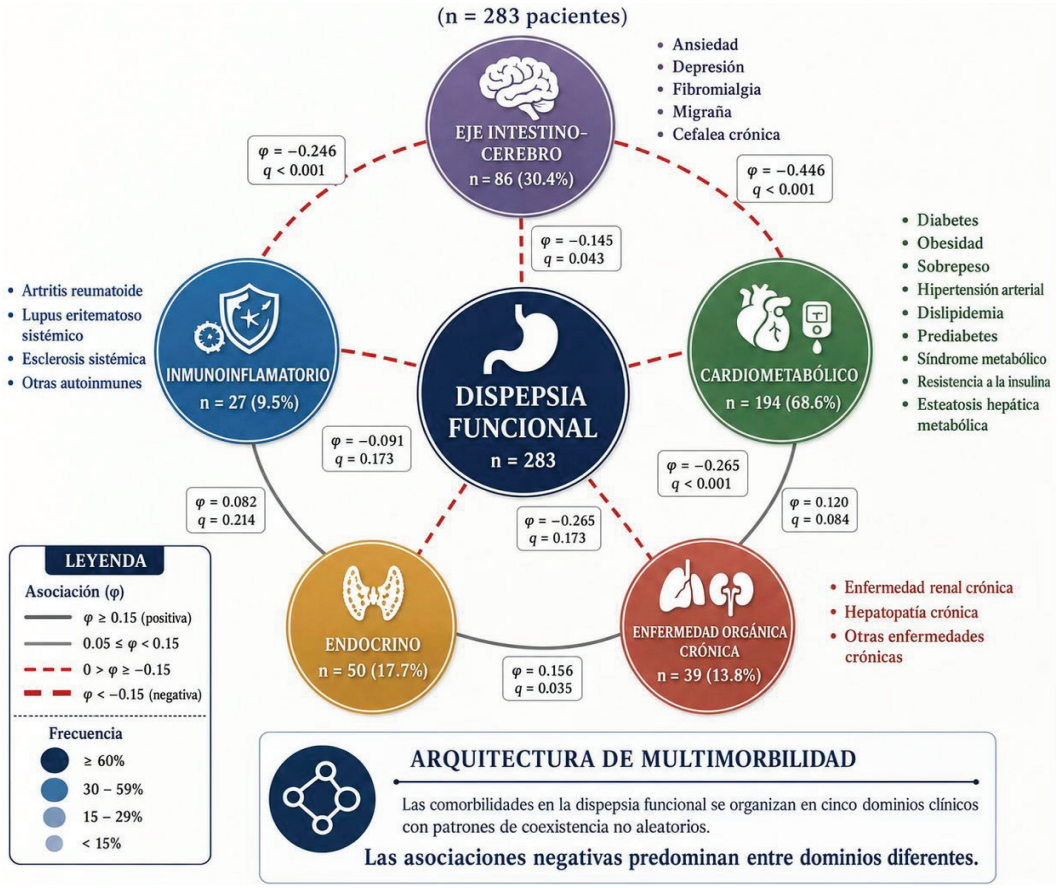
PATRONES DE COEXISTENCIA DE COMORBILIDADES EN PACIENTES CON DISPEPSIA FUNCIONAL: UN ANÁLISIS DE REDES

P. D. Guerrero-Ramírez, A. D. Santana-Vargas, N. F. Córdova-Valenzuela, E. Ornelas-Escobedo, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La dispepsia funcional es un trastorno de la interacción intestino-cerebro caracterizado por una elevada frecuencia de comorbilidades. Sin embargo, la multimorbilidad suele describirse únicamente mediante el número de enfermedades coexistentes, sin considerar su organización clínica. Se desconoce si las comorbilidades en la dispepsia funcional se distribuyen aleatoriamente o forman patrones estructurados de coexistencia.

Objetivo: Caracterizar la arquitectura de las comorbilidades en pacientes con dispepsia funcional mediante un análisis de redes basado en dominios clínicos.
Material y métodos: Estudio transversal de 283 pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. Las comorbilidades se reclasificaron, con base en criterios fisiopatológicos compatibles con el modelo de los trastornos de la interacción intestino-cerebro, en cinco dominios no excluyentes: eje intestino-cerebro, cardiometabólico, endocrino, inmunoinflamatorio y enfermedad orgánica crónica. Se construyó una matriz binaria paciente × dominio y se evaluó la coexistencia mediante el coeficiente φ para variables binarias, prueba exacta de Fisher con corrección por Benjamini-Hochberg y análisis de redes.
Resultados: Se incluyó a 283 pacientes; 239 (84,5%) fueron mujeres y la mediana de edad fue de 57 años (RIC 50–65). El síndrome de distrés posprandial estuvo presente en 175 (61,8%), el síndrome de dolor epigástrico en 85 (30,0%) y el subtipo mixto en 23 (8,1%). El dominio cardiometabólico fue el más frecuente (68,6%), seguido del eje intestino-cerebro (30,4%), endocrino (17,7%), enfermedad orgánica crónica (13,8%) e inmunoinflamatorio (9,5%). El 65,7% de los pacientes presentó un solo dominio y el 29,0% dos dominios. La red mostró una organización modular con asociaciones negativas significativas entre el dominio cardiometabólico y el eje intestino-cerebro (φ = −0,446; q < 0,001), el dominio endocrino (φ = −0,265; q < 0,001) y el inmunoinflamatorio (φ = −0,246; q < 0,001). También se observó una asociación

Figura 1. Red de asociaciones entre dominios clínicos de comorbilidad en pacientes con dispepsia funcional. (**Dom012**)



negativa entre el eje intestino-cerebro y el dominio endocrino (φ = −0,145; q = 0,043) (**Figura 1**).
Conclusiones: En la dispepsia funcional, la multimorbilidad no se distribuye de manera aleatoria, sino que muestra una organización modular en cinco dominios clínicos. Estos hallazgos sugieren la existencia de perfiles diferenciados de multimorbilidad y respaldan la utilidad de clasificar las comorbilidades por dominios clínicos para mejorar la caracterización y estratificación de los pacientes con dispepsia funcional.
Financiamiento: Ninguno.

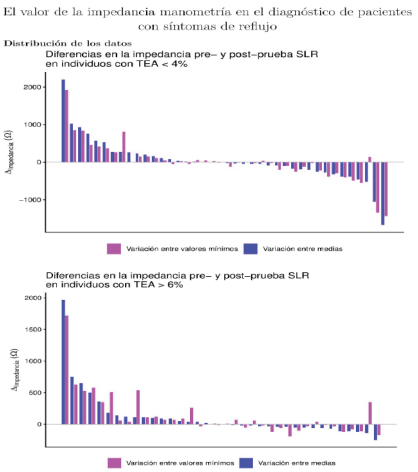
Dom013

LA IMPEDANCIA OBTENIDA DURANTE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA IDENTIFICA PACIENTES CON EXPOSICIÓN ÁCIDA PATOLÓGICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO RETROSPECTIVO

Y. N. Varela-Martínez, J. S. Arenas-Martínez, J. Gutiérrez-Ortiz, L. A. Sánchez-Ruiz, M. Krause-Icaza, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La impedancia esofágica refleja la integridad de la mucosa y disminuye conforme aumenta la exposición al reflujo ácido. La incorporación de impedancia intraluminal a la manometría esofágica de alta resolución (HRIM) permite obtener esta información durante un estudio funcional realizado de manera rutinaria. Si durante la HRIM pudiera identificarse un biomarcador que incremente la probabilidad de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) objetiva, se añadiría valor diagnóstico sin incrementar el tiempo del estudio, los costos ni la necesidad de procedimientos adicionales. La maniobra de elevación de piernas (SLR, straight leg raise) produce un incremento transitorio de la presión intraabdominal y podría revelar cambios dinámicos en la impedancia útiles para identificar a pacientes con exposición ácida patológica.
Objetivo: Evaluar la capacidad discriminativa de las mediciones de impedancia obtenidas durante la HRIM, antes y después de la maniobra de straight leg raise, para identificar a pacientes con exposición ácida patológica y explorar su utilidad como biomarcador complementario de ERGE objetiva.
Material y métodos: Estudio observacional analítico retrospectivo. Se incluyó a 76 pacientes con síntomas típicos de ERGE sometidos a HRIM y monitorización ambulatoria del reflujo. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con el tiempo de exposición al ácido (TEA) en exposición fisiológica (TEA < 4%; n = 40) y exposición ácida patológica (TEA > 6%; n = 36); se excluyó a aquéllos con TEA entre 4% y 6%, hernia hiatal o trastornos motores esofágicos mayores. Durante la HRIM se registró la impedancia basal al inicio del estudio y la impedancia media y mínima antes y después de la maniobra de SLR. Se compararon las mediciones entre ambos grupos y se realizó un análisis exploratorio mediante curvas ROC para evaluar la capacidad discriminativa de cada variable.
Resultados: La impedancia media anterior a la maniobra de SLR fue significativamente menor en los pacientes con exposición ácida patológica (p = 0,019), al igual que la impedancia mínima posterior a la maniobra (p = 0,011). En el análisis intragrupo, únicamente los pacientes con TEA > 6% mostraron una disminución significativa de la impedancia tras la maniobra de SLR, tanto en la impedancia media (Δ −114 Ω; p = 0,032) como en la impedancia mínima (Δ −141 Ω; p = 0,009), cambios que no se observaron en los pacientes con exposición ácida fisiológica (**Figura 1**). En el análisis exploratorio de capacidad discriminativa, la impedancia media pre-SLR fue la variable con mejor desempeño para identificar exposición ácida patológica (AUC 0,676; IC95%, 0,553-0,797). Un punto de corte ≤ 1110 Ω mostró una sensibilidad de 69,4% y una especificidad de 65,0%.
Conclusiones: Los pacientes con ERGE objetiva presentan menores valores de impedancia durante la HRIM y una respuesta dinámica diferente a la maniobra de SLR en comparación con aquéllos con exposición ácida fisiológica. Aunque estas mediciones no sustituyen la monitorización ambulatoria del reflujo, podrían aportar información funcional adicional durante una HRIM realizada de rutina para incrementar la sospecha de ERGE objetiva sin aumentar el tiempo del estudio, los costos ni requerir procedimientos adicionales. Estos hallazgos justifican su validación prospectiva en estudios de mayor tamaño.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Cambios en la impedancia esofágica tras la prueba SLR según la exposición ácida esofágica. (A) Diferencia entre los valores de impedancia basal obtenidos antes y después de la prueba de SLR en pacientes con exposición ácida esofágica normal (TEA <4%). (B) Diferencia entre los valores de impedancia basal obtenidos antes y después de la prueba de SLR en pacientes con exposición ácida esofágica patológica (TEA >6%). En ambos paneles se comparan la variación de los valores mínimos de impedancia y la variación de las impedancias medias para cada sujeto y se muestra la distribución individual de los cambios inducidos por la maniobra. (**Dom013**)



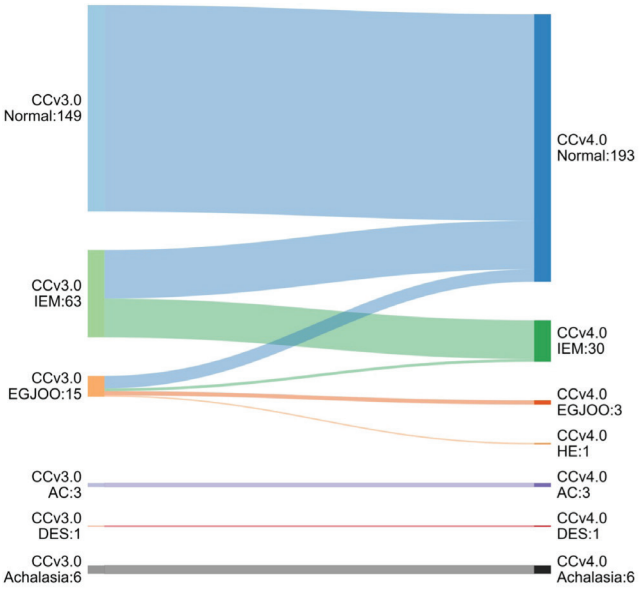
Dom014

LOS TRASTORNOS DE MOTILIDAD ESOFÁGICA CLÍNICAMENTE RELEVANTES SON POCO FRECUENTES EN LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA UTILIZANDO LA CLASIFICACIÓN DE CHICAGO v4.0

J. S. Arenas-Martínez, D. Snyder, L. Bach, A. H. Koop, K. Ravi, M. D. Crowell, B. E. Lacy, M. F. Vela, J. L. Horsley-Silva, Mayo Clinic

Introducción: La esofagitis eosinofílica (EoE) se ha asociado con una alta prevalencia de trastornos de motilidad esofágica; sin embargo, la mayoría de los estudios previos son anteriores a la Clasificación de Chicago versión 4.0 (CCv4.0), la cual introdujo criterios diagnósticos más estrictos.
Objetivo: Evaluar la prevalencia y el espectro de los trastornos de motilidad esofágica en pacientes con EoE al utilizar la CCv4.0.
Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo multicéntrico en pacientes adultos con EoE sometidos a manometría de alta resolución (MAR) entre 2010 y 2025 en tres centros de referencia terciaria del sistema Mayo Clinic (Arizona, Florida y Minnesota). Todos los estudios de MAR se reclasificaron al emplear los criterios de la Clasificación de Chicago versión 3.0 (CCv3.0) y v4.0. Los trastornos de motilidad esofágica se estratificaron además según la actividad histológica de la EoE y la presencia de estenosis endoscópicas. Se emplearon las pruebas x^2 o exacta de Fisher para variables categóricas y t de Student o U de Mann-Whitney para variables continuas.
Resultados: Se incluyó a 237 pacientes con EoE sometidos a MAR, con distribución equitativa por sexo (50,2% hombres), edad media de 45,0 ± 15,4 años e índice de masa corporal medio de 28,2 ± 7,4 kg/m². El 72,2% tenía antecedente de enfermedad atópica (más frecuentemente alergias estacionales [52,7%] y asma [44,3%]), y el 66,7% presentaba EoE histológicamente activa al momento de la MAR. Se observó motilidad normal en 62,9% con CCv3.0 y en 81,4% con CCv4.0. La motilidad esofágica inefectiva disminuyó de 26,6% a 12,7%, y la obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogástrica (EGJOO) disminuyó de 6,3% a 1,3% tras la reclasificación con CCv4.0 y pruebas confirmatorias (**Figura 1**). Los diagnósticos de motilidad no se asociaron con la actividad histológica de la EoE ni con la presencia de estenosis endoscópicas. La coexistencia de EoE y acalasia fue de 2,5%. El esofagograma baritado cronometrado (EBC) estuvo disponible en 163 pacientes (68,8%), con evidencia de vaciamiento alterado en 23 casos; entre los pacientes con trastornos de motilidad clínicamente

Figura 1. Reclasificación de los trastornos de motilidad esofágica en pacientes con esofagitis eosinofílica según la Clasificación de Chicago v4.0. Reclasificación de los diagnósticos de motilidad esofágica de la Clasificación de Chicago v3.0 a v4.0 con base en manometría de alta resolución. Los flujos representan las transiciones de los pacientes entre categorías diagnósticas según los criterios actualizados. CCv3.0, Clasificación de Chicago v3.0; CCv4.0, Clasificación de Chicago v4.0; IEM, motilidad esofágica inefectiva; EGJOO, obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogástrica; HE, esófago hipercontráctil; AC, contractilidad ausente; DES, espasmo esofágico distal. (**Dom014**)



significativos y vaciamiento alterado por EBC, ninguno presentó estenosis endoscópica asociada.

Conclusiones: La aplicación de la CCv4.0 reduce sustancialmente la prevalencia de trastornos de motilidad esofágica en la EoE, y la mayoría de los pacientes presenta motilidad normal. Estos hallazgos sugieren que los trastornos de motilidad clínicamente relevantes en la EoE son menos frecuentes de lo que se pensaba y probablemente fueron sobreestimados con los criterios diagnósticos previos.

Financiamiento: Este trabajo ha sido patrocinado parcialmente por la beca de perfeccionamiento en el extranjero de la Asociación Mexicana de Gastroenterología.

Dom015

LA IMPEDANCIA SERIADA DURANTE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN CARACTERIZA EL VACIAMIENTO ESOFÁGICO Y SE CORRELACIONA CON EL ESOFAGOGRAMA CRONOMETRADO

J. Gutiérrez-Ortiz, Y. N. Varela-Martínez, L. A. Sánchez-Ruiz, M. Krause-Icaza, E. Coss-Adame, J. S. Arenas-Martínez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

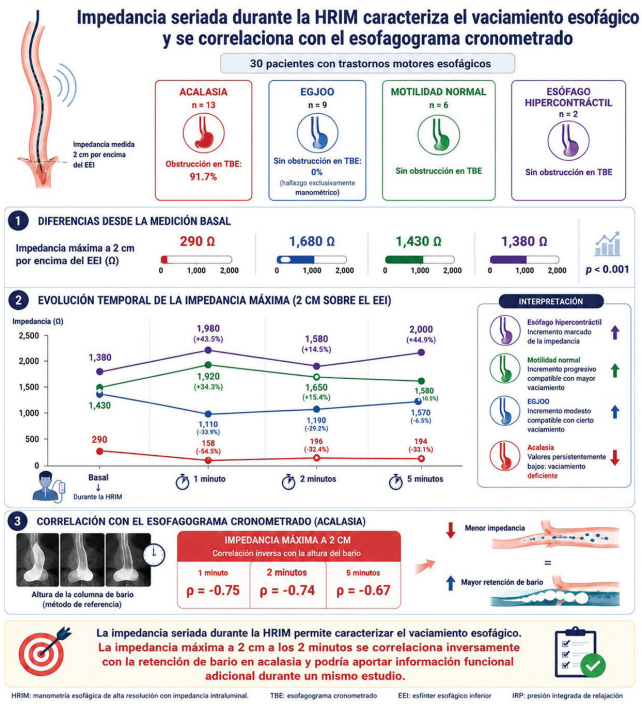
Introducción: El esofagograma cronometrado es el método de referencia para evaluar objetivamente el vaciamiento esofágico en pacientes con acalasia y obstrucción del tracto de salida esofágico. Aunque la manometría esofágica de alta resolución (MAR) con impedancia evalúa el tránsito del bolo durante la deglución, la incorporación de impedancia intraluminal a la manometría esofágica de alta resolución permite evaluar el tránsito del bolo durante la deglución. Si las mediciones seriadas de impedancia reflejaran el vaciamiento esofágico, podrían aportar información funcional adicional sin requerir estudios complementarios.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la impedancia seriada obtenida durante la manometría esofágica de alta resolución para caracterizar el vaciamiento esofágico mediante su correlación con el esofagograma cronometrado y describir su comportamiento temporal en diferentes trastornos motores esofágicos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyó a pacientes con trastornos motores esofágicos que contaban con manometría esofágica de alta resolución (MAR) con impedancia y esofagograma cronometrado. Se registraron las mediciones de impedancia mínima, media y máxima a 2 y 5 cm por encima del esfínter esofágico inferior en condiciones basales y a 1, 2 y 5 minutos posteriores a la maniobra de RDC. Inicialmente se identificó el parámetro de impedancia con mayor correlación con la altura de la columna de bario mediante el coeficiente de Spearman; posteriormente, dicho parámetro se analizó en todos los grupos diagnósticos mediante un modelo lineal de efectos mixtos para evaluar su comportamiento temporal.

Resultados: Los resultados se muestran en la **Figura 1**. Se incluyó a 30 pacientes: acalasia (n = 13), EGJOO (n = 9), motilidad normal (n = 6) y esófago hipercontráctil (n = 2). En el grupo con acalasia, el 91,7% de los pacientes presentó obstrucción en el esofagograma cronometrado, mientras que ningún paciente con EGJOO mostró evidencia de obstrucción, por lo que este diagnóstico se consideró un hallazgo exclusivamente manométrico. La impedancia máxima a 2 cm a los 2 minutos fue el parámetro que mostró la mayor correlación inversa con la altura de la columna de bario en acalasia (ρ = −0,75 a 1 minuto, ρ = −0,74 a 2 minutos y ρ = −0,67 a 5 minutos). Posteriormente, este parámetro se analizó en todos los grupos, observándose diferencias desde la medición basal (290 vs. 1 680 vs. 1 430 vs. 1 380 Ω; p < 0,001), persistentes a 1, 2 y 5 minutos (todos p < 0,001). El IRP también difirió entre los grupos (p = 0,043). Los pacientes con acalasia mantuvieron valores bajos de impedancia durante todo el seguimiento, mientras que los demás trastornos motores mostraron incrementos progresivos compatibles con un mayor vaciamiento esofágico.

Figura 1. Evaluación del vaciamiento esofágico mediante impedancia seriada durante manometría esofágica de alta resolución y su correlación con el esofagograma cronometrado. (**Dom015**)



Conclusiones: La impedancia seriada obtenida durante la HRIM caracterizó el comportamiento dinámico del vaciamiento esofágico y mostró una sólida correlación con la retención de bario en pacientes con acalasia. Estos hallazgos sugieren que la HRIM podría aportar información funcional adicional sobre el vaciamiento esofágico durante un mismo estudio, sin sustituir al esofagograma cronometrado, lo que justifica su validación prospectiva.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento externo.

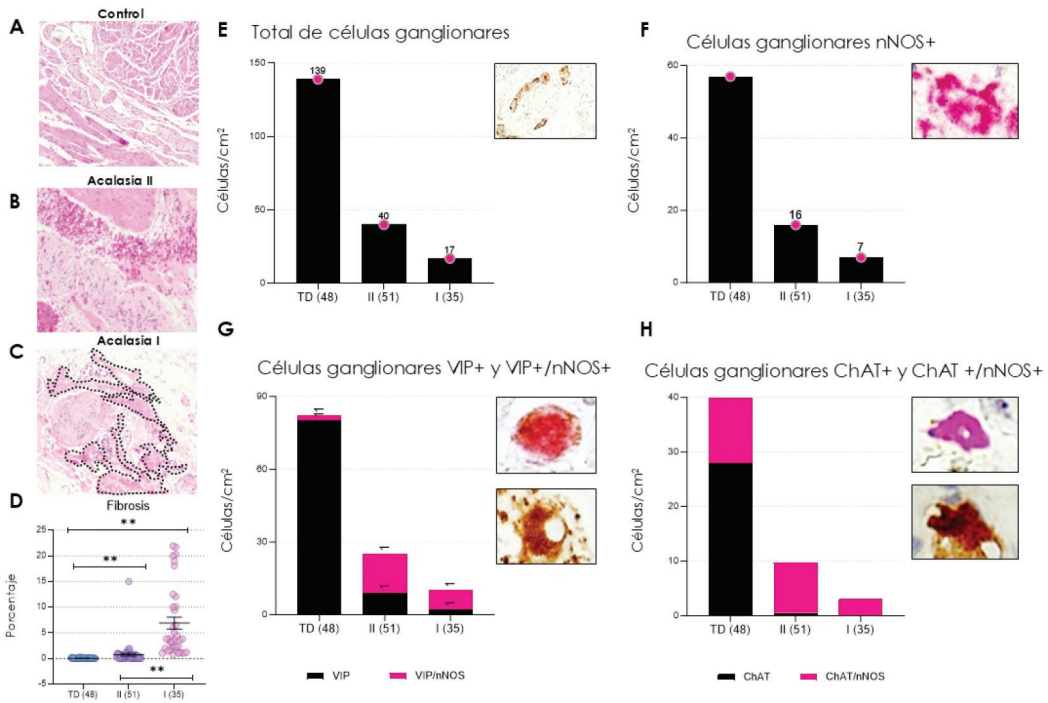
Dom016

NEUROFENOTIPO DE LAS CÉLULAS GANGLIONARES DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR SEGÚN EL SUBTIPO DE ACALASIA

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

Introducción: La acalasia es un trastorno primario de la motilidad esofágica caracterizado por la pérdida de neuronas del plexo mientérico secundaria a la destrucción inflamatoria. Aunque algunos estudios han intentado describir los hallazgos histológicos, éstos son muy limitados.
Objetivo: Caracterizar el número y el neurotipo de las células ganglionares del plexo mientérico del músculo del esfínter esofágico inferior (mEEI) de pacientes con acalasia, con base en la expresión del péptido intestinal vasoactivo (VIP), sintasa neuronal de óxido nítrico (nNOS), acetilcolinesterasa (ChAT) y de los neurotransmisores VIP/nNOS y ChAT/nNOS.
Material y métodos: Dos patólogos certificados analizaron biopsias del mEEI de 86 pacientes con acalasia (tipo II: 51 y tipo I: 35) y de 48 donantes para trasplante (DT) como controles. Las características histológicas, como la inflamación y la fibrosis, se evaluaron mediante tinción con H&E en campo de gran aumento. Las células ganglionares se identificaron mediante inmunohistoquímica para la producción de neurotransmisores con los siguientes patrones: VIP+, VIP+/nNOS+, nNOS+, ChAT+ y ChAT+/nNOS+. El análisis morfométrico y la cuantificación celular se realizaron en 5-10 fotografías a ×40. Se realizó estadística descriptiva. Se realizó un ANOVA mediante el método de Holm-Sidak.
Resultados: Los pacientes con acalasia presentaron una edad media de 46,9 ± 16,4 años. La evolución media de la enfermedad fue de 22,9 ± 32,5 meses en la acalasia tipo I y de 20,9 ± 18,8 meses en la tipo II. En cuanto a la fibrosis, los tejidos de DT mostraron una distribución normal de fibras de colágeno. El tejido de acalasia tipo I mostró un aumento significativo de haces densos de fibras de colágeno en comparación con el tipo II y los DT. Esto se asoció inversamente con la presencia de linfocitos perineurales y endoneurales en los subtipos de acalasia. El número total de células ganglionares fue significativamente menor en la acalasia tipo I (-88%) que en la tipo II (-71%), en comparación con los DT. Las células ganglionares que expresaban nNOS, VIP y ChAT disminuyeron significativamente en la acalasia tipo I (-88%, -99,8% y -100%, respectivamente) en comparación con los pacientes con acalasia tipo II (-72%, -89% y -98%) y con los DT. Las células ganglionares doblemente positivas para nNOS/VIP y nNOS/ChAT aumentaron, mientras que las células VIP+ y ChAT+ disminuyeron (**Figura 1A-H**).
Conclusiones: Hasta donde sabemos, éste es el primer estudio que identifica el neurofenotipo según los subtipos de acalasia, cuantifica el número de células ganglionares productoras de VIP, nNOS, ChAT, VIP/nNOS y ChAT/nNOS en el plexo mientérico de una misma biopsia del mEEI de pacientes con acalasia, y compara los resultados con los de biopsias de donantes para trasplante. El número total de células ganglionares en la acalasia fue significativamente menor que en los DT. Las células ganglionares disminuyeron en la acalasia tipo I respecto del tipo II y en los DT. Las proporciones de células ganglionares ChAT+/nNOS+ y VIP+/nNOS+ aumentaron a expensas de la disminución o ausencia de células nNOS+, ChAT+ y VIP+, lo que sugiere un mecanismo compensatorio.
Financiamiento: Ninguno.

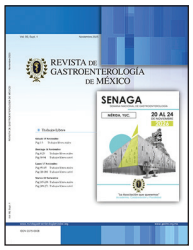
Figura 1. (A) Fibrosis (tinción con HE) del esfínter esofágico inferior en donantes para trasplante (grupo de control, n = 48). (B) Músculo del esfínter esofágico inferior en pacientes con acalasia tipo II (n = 51). (C) Músculo del esfínter esofágico inferior en pacientes con acalasia tipo I (n = 35). El área punteada muestra fibrosis intersticial (rosa oscuro). Aumento ×200. (D) Porcentaje de fibrosis. Los resultados se expresan como media ± sem. **p ≤ 0,001. (E) Células ganglionares totales. (F) Células ganglionares nNOS+ (células/cm²). (G) Células ganglionares VIP+ y VIP+/nNOS+ (células/cm²). (H) Células ganglionares ChAT+ y ChAT+/nNOS+ (células/cm²). (**Dom016**)



Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**14-17

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 22 de noviembre de 2026

HÍGADO I

Dom017

FIBROSIS HEPÁTICA OCULTA EN PACIENTES CON FIB-4 DE BAJO RIESGO Y CARGA METABÓLICA: HALLAZGOS POR ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA EN POBLACIÓN MEXICANA

R. Silva-Bravo, A. D. Cano-Contreras, M. M. Pérez-Guzmán, S. A. Reyes-Díaz, L. P. Magallanes-Pacheco, J. J. López-Rivas, L. Ulloa-Ramos, F. B. Roesch-Dietlen, J. M. Remes-Troche, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana

Introducción: El índice FIB-4 es una herramienta no invasiva utilizada en la estratificación inicial del riesgo de fibrosis hepática. Sin embargo, algunos pacientes identificados como bajo riesgo, pero con múltiples comorbilidades metabólicas, pueden presentar fibrosis hepática.
Objetivo: Evaluar la asociación entre los factores de riesgo metabólicos y la presencia de fibrosis hepática detectada por elastografía en pacientes con un índice FIB-4 de bajo riesgo.
Material y métodos: Estudio transversal, observacional y analítico basado en una base de datos institucional del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas y el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Se incluyó a pacientes con resultados de laboratorio necesarios para calcular el índice FIB-4. Los resultados de elastografía se clasificaron como < 8 kpa bajo riesgo, 8-12 kpa riesgo intermedio y > 12 kpa riesgo alto de fibrosis avanzada y CAP > 275 dB/m con esteatosis hepática significativa. Se identificó a los pacientes con síndrome cardiovascular-renal-metabólico (CKM) de acuerdo con las comorbilidades metabólicas, estadificado en CKM estadios 0 a 4. Las variables numéricas se describieron mediante medidas de tendencia central y dispersión, y las categóricas con frecuencias y porcentajes. Se utilizó x^2 de Pearson para comparar variables categóricas y se estimaron *odds ratios* (OR) con intervalos de confianza del 95%. Se consideró significativa una $p < 0,05$. El análisis se realizó con SPSS v27 y R Studio.
Resultados: Se incluyó a 347 sujetos con una mediana de edad de 60 años (rango: 23–84); 72,6% correspondió a mujeres. La mediana del IMC fue de 29,8 kg/m² (RIC: 25,6–34,4). Las principales etiologías de referencia fueron: MASLD 71,2%, multietiología 17%, MetALD 4,3%, VHC 2,9%, HAI 2%, colangitis biliar primaria 1,4% y enfermedad colestásica 1,2%. Las comorbilidades más frecuentes fueron sobrepeso u obesidad (80,1%), diabetes mellitus tipo 2 (35,2%), hipertensión arterial (28%), dislipidemia (15,9%) y prediabetes (1,7%). Del total de la muestra, el 40,3% tuvo FIB-4 normal y el 87,6% presentó carga metabólica; no se reportaron casos de CKM estadios 3-4. Los pacientes con FIB-4 normal y CKM (36,6%; n = 127) presentaron una mayor prevalencia de esteatosis en comparación con los pacientes sin CKM (3,7%, n = 13) (63% vs. 7,7%; $p < 0,001$). Respecto de la rigidez hepática, el 78% vs. 100% ($p > 0,05$) presentó valores < 8 kPa, 10,2% vs. 0% ($p > 0,05$), valores > 8 a < 12 kPa y el 11,8% vs. 0% ($p > 0,05$) valores > 12 kPa. La rigidez hepática varió según el tipo de CKM en pacientes con FIB-4 normal. En aquéllos con CKM tipo 1 (15,5%; n = 54), el 83,3% presentó < 8 kPa, el 5,6% > 8 a < 12 kPa y el 11,1% > 12 kPa. En los pacientes con CKM tipo 2 (21,0%; n = 73), los valores fueron el 74%, 13,7% y 12,3%, respectivamente. Respecto del número de comorbilidades, la fibrosis avanzada se incrementó del 10,7% con una comorbilidad al 21,4% con cuatro (**Figura 1**). Asimismo, la presencia de dos comorbilidades se asoció con mayor probabilidad de esteatosis (OR = 2,6; IC95%, 1,02–6,60; $p = 0,040$) y > 3 comorbilidades (OR = 2,7; IC95%, 1,09–7,01; $p = 0,027$), respecto de quienes presentaban una sola.
Conclusiones: Estos hallazgos demuestran que un FIB-4 normal no excluye el riesgo de fibrosis hepática avanzada por elastografía hepática, particularmente en pacientes con ≥ 2 comorbilidades metabólicas. En esta cohorte, la carga metabólica se asoció con una mayor prevalencia de esteatosis y con incremento de la frecuencia de fibrosis avanzada conforme aumentó el número de comorbilidades, lo que respalda el uso complementario de la elastografía en pacientes con FIB-4 normal y ≥ 2 comorbilidades metabólicas, grupo en el que el riesgo de fibrosis oculta es clínicamente relevante.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom018

FACTORES CLÍNICOS, BIOQUÍMICOS Y METABÓLICOS ASOCIADOS CON FALTA DE RESPUESTA AL ÁCIDO URSODEOXICÓLICO EN PACIENTES MEXICANOS CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

A. J. Berzunza-Casanova, A. Triana-Romero, R. Sandoval-Salas, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La respuesta bioquímica al ácido ursodeoxicólico (AUDC) constituye un determinante pronóstico relevante en la colangitis biliar primaria (CBP). La identificación temprana de factores asociados con respuesta insuficiente podría mejorar la estratificación de riesgo y el seguimiento de estos pacientes.

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Objetivo: Identificar factores clínicos y bioquímicos basales asociados de manera independiente con falta de respuesta al AUDC a los 12 meses y explorar otros factores clínicos y metabólicos potencialmente asociados.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo y unicéntrico en adultos con CBP tratados con AUDC durante al menos 12 meses. La falta de respuesta se definió mediante un criterio de Toronto modificado como fosfatasa alcalina (FA) > 1,67 veces el límite superior normal (LSN) a los 12 meses. El análisis principal evaluó cuatro variables seleccionadas a priori: FA > 2 × LSN, bilirrubina total > 2 mg/dL, edad < 45 años y cirrosis al diagnóstico. Se realizó regresión logística multivariable. Adicionalmente, se exploraron factores clínicos y metabólicos basales y la persistencia del prurito a los seis meses.
Resultados: Se incluyó a 50 pacientes; 96% correspondió a mujeres y la edad media fue 50,74 ± 11,25 años. Veintinueve pacientes (58%) presentaron falta de respuesta. Los no respondedores fueron más jóvenes y presentaron valores basales significativamente mayores de FA, GGT, AST, ALT, bilirrubina total y APRI (**Tabla 1**). En el análisis multivariable, FA > 2 × LSN (ORa 18,08; IC95%, 2,69–121,48; p = 0,003) y bilirrubina total > 2 mg/dL (ORa 12,66; IC95%, 1,60–100,18; p = 0,016) se asociaron independientemente con falta de respuesta. El modelo presentó R^2 de Nagelkerke de 0,536 y clasificó correctamente al 80% de los pacientes. En los análisis exploratorios, la dislipidemia basal (OR 12,00; IC95%, 3,11–46,33; p < 0,001) y la persistencia del prurito a los seis meses (OR 4,19; IC95%, 1,25–14,09; p = 0,018) se asociaron con falta de respuesta.
Conclusiones: La FA > 2 × LSN y la bilirrubina total > 2 mg/dL al inicio del tratamiento se asociaron de manera independiente con falta de respuesta bioquímica al AUDC en esta cohorte mexicana con CBP. La dislipidemia basal y la persistencia del prurito a los seis meses constituyen hallazgos exploratorios que requieren validación en cohortes independientes.
Financiamiento: Este trabajo no recibió patrocinio gubernamental ni comercial.

Dom019

HERBOLARIA Y RIESGO DE HEPATOTOXICIDAD: DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CONSUMO DE PRODUCTOS CON POTENCIAL HEPATOTÓXICO EN UNA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA

M. Barrat-Remes, L. P. González-Dueñas, R. U. Macías-Rodríguez, A. Ruiz-Margáin, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El consumo de herbolaria es una práctica ampliamente arraigada en México y se ha documentado como una causa creciente de lesión hepática inducida por herbolaria (HILI). Los pacientes con enfermedad hepática crónica son especialmente vulnerables; sin embargo, el consumo de estos productos rara vez se explora de forma sistemática.
Objetivo: Determinar la prevalencia del consumo de herbolaria y de productos con potencial hepatotóxico en pacientes con enfermedad hepática crónica.
Material y métodos: Estudio transversal descriptivo en pacientes con enfermedad hepática crónica atendidos entre abril de 2024 y mayo de 2026 en la consulta de Nutriología de Hígado y Trasplante de un hospital de tercer nivel. El consumo de herbolaria se identificó mediante interrogatorio directo y el potencial hepatotóxico de cada producto se clasificó a partir de la base de datos LiverTox. Se realizó estadística descriptiva para caracterizar la población total y a los consumidores de herbolaria. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante las pruebas U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis para variables continuas y x^2 o prueba exacta de Fisher para variables categóricas.
Resultados: Se incluyó a 623 pacientes, con mediana de edad de 60 años (RIC 50-68) y predominio femenino (65,6%). El 25,2% (n = 157) refirió con-

Tabla 1. Características basales según la respuesta bioquímica al AUDC (criterios de Toronto modificado). (**Dom018**)

Variable	No respondedores (n = 29)	Respondedores (n = 21)	Valor de p
Características demográficas			
Edad, años, media ± DE*	47,52 ± 10,87	55,19 ± 10,44	0,015*
Sexo femenino, n (%)	27 (93,1)	21 (100)	0,503¤
IMC, kg/m², media ± DE*	24,47 ± 3,25	26,43 ± 6,05	0,188*
Características clínicas			
Cirrosis al diagnóstico, n (%)	4 (13,8)	7 (33,3)	0,166¤
Child-Pugh A, n (%)	3 (10,3)	3 (14,3)	
Child-Pugh B/C, n (%)	1 (3,4)	4 (19)	
Descompensación hepática previa, n (%)	3 (10,3)	6 (28,6)	0,140¤
MELD 3.0, mediana (RIC)	11 (8-14)	11 (7-11)	0,405§
APRI, mediana (RIC)	1,52 (1,02-2,67)	0,80 (0,59-1,75)	0,032§
FIB-4, mediana (RIC)	1,99 (1,55-3,17)	2,51 (1,30-5,58)	0,746§
Enfermedad autoinmune concomitante, n (%)	9 (31,0)	12 (57,1)	0,086¤
Características serológicas			
ANA positivo, n (%)	23 (79,3)	19 (90,5)	0,441¤
AMA positivo, n (%)	17 (58,6)	14 (66,7)	0,563°
Características bioquímicas			
FA basal (UI/L), mediana (RIC)	642 (505-1005)	294 (212-413)	< 0,001§
GGT basal (UI/L), mediana (RIC)	560 (372-889)	157 (103-382)	< 0,001§
AST basal (UI/L), mediana (RIC)	125 (101-175)	70 (40-92)	< 0,001§
ALT basal (UI/L), mediana (RIC)	142 (88-186)	52 (34-82)	< 0,001§
Bilirrubina total basal (mg/dL), mediana (RIC)	1,72 (0,99-3,98)	0,60 (0,44-1,65)	0,003§
Proteínas totales (g/dL), media ± DE*	7,66 ± 0,70	7,30 ± 0,75	0,102*
Albúmina (g/dL), media ± DE)*	3,93 ± 0,41	3,88 ± 0,58	0,714*

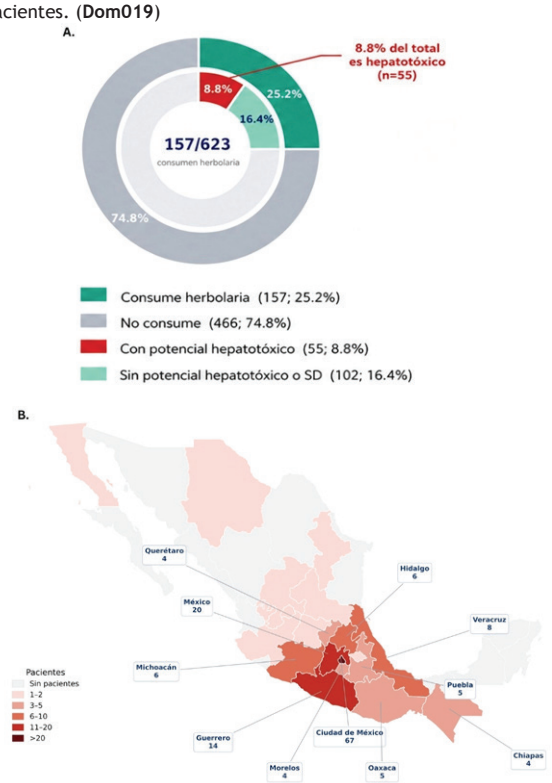
Variables continuas con distribución normal reportadas como media ± DE; variables asimétricas como mediana (RIC); variables categóricas como n (%). t de Student (*); U de Mann-Whitney para variables asimétricas (§); Fisher exacta para variables categóricas (¤); x^2 para variables categóricas (°); DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; IMC, índice de masa corporal; MELD, model for end-stage liver disease; APRI, AST to platelet ratio index; FIB-4, Fibrosis-4 Index; ANA, anticuerpos antinucleares; AMA, anticuerpos antimitocondriales; FA, fosfatasa alcalina; GGT, gamma-glutamil transferasa.

sumo de herbolaria y el 8,8% (n = 55) consumía productos con potencial hepatotóxico, lo que representó el 35,0% de los consumidores. De los consumidores de herbolaria, el 58,6% tenía cirrosis, el 22,3% hepatopatía crónica sin cirrosis y el 19,1% trasplante hepático. El consumo fue más frecuente en mujeres (27,5% vs. 21,0%; p = 0,098) y en los estratos socioeconómicos bajo y medio (26,2% y 26,1% vs. 10,5% en el alto; p = 0,099); la única diferencia significativa se observó según la procedencia, con mayor prevalencia fuera de la zona metropolitana (29,9% vs. 22,4%; p = 0,045) (**Figura 1**). Entre los productos con potencial hepatotóxico predominaron el té verde (Camellia sinensis), el té de cedrón, el aloe vera, la cúrcuma y el boldo. Los tés e infusiones fueron la presentación más frecuente (77,1%) y el 84,8% del consumo fue por automedicación. El consumo de productos hepatotóxicos fue mayor en pacientes sin cirrosis (45,7%) que en aquéllos con cirrosis (32,6%) o trasplante hepático (30,0%); entre los pacientes con cirrosis predominó la etiología metabólica (MASLD).

Conclusiones: El consumo de productos herbolarios es frecuente: uno de cada cuatro pacientes con enfermedad hepática crónica consume herbolaria y uno de cada 12 utiliza productos con potencial hepatotóxico. Este consumo se observa tanto en pacientes con hepatopatía crónica sin cirrosis como en aquéllos con cirrosis y en receptores de trasplante hepático. Estos hallazgos respaldan la incorporación sistemática del interrogatorio sobre el uso de productos herbolarios en la práctica clínica, así como el fortalecimiento de la educación del paciente para prevenir la lesión hepática inducida por herbolaria.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Prevalencia de consumo de herbolaria y procedencia geográfica de los pacientes. (**Dom019**)



Dom020

COMPARACIÓN BINACIONAL DE HEPATITIS AUTOINMUNE ENTRE MÉXICO Y ESTADOS UNIDOS: FENOTIPOS CLÍNICOS DISTINTOS Y DESENLACES A LARGO PLAZO

D. Marengo-Rodríguez, C. Lammert, N. Chalasani, O. M. Fierro-Angulo, R. U. Macías-Rodríguez, A. Ruiz-Margáin, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

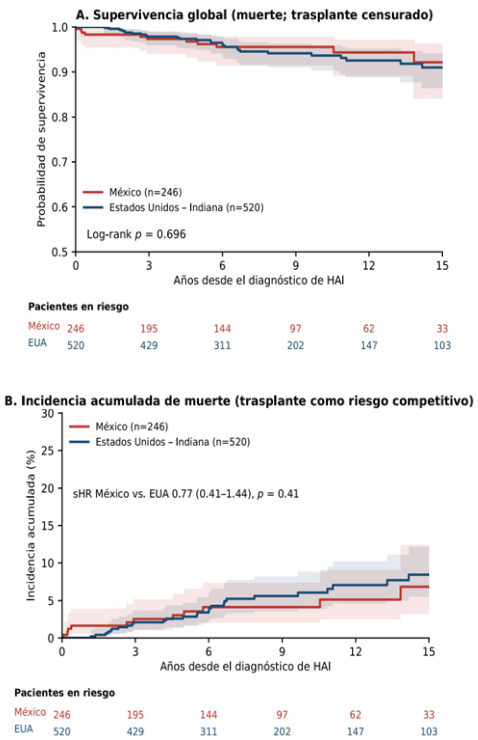
Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) presenta una evolución clínica heterogénea y la mayor parte de la evidencia sobre sus características clínicas y factores pronósticos proviene de cohortes predominantemente caucásicas. La información en población latinoamericana es aún limitada. El reconocimiento temprano y el inicio oportuno del tratamiento inmunosupresor son fundamentales para lograr y mantener remisión de la enfermedad, así como limitar la progresión del daño hepático.

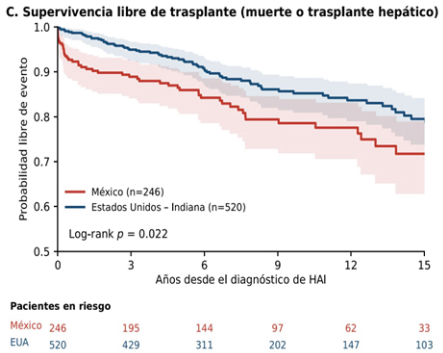
Objetivo: Comparar las características clínicas, bioquímicas, inmunológicas e histológicas, así como la respuesta al tratamiento y los desenlaces clínicos de pacientes con HAI entre México y Estados Unidos.

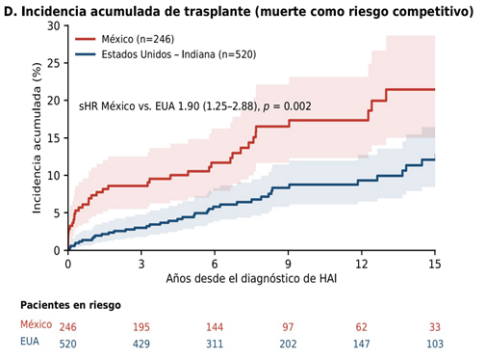
Material y métodos: Se realizó un estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo y comparativo que incluyó a 700 pacientes con HAI (516 de Estados Unidos y 184 de México). Se analizaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, inmunológicas, histológicas, terapéuticas y de elastografía, así como remisión bioquímica, recaída, descompensación hepática, trasplante hepático y mortalidad. La supervivencia global se evaluó mediante Kaplan-Meier y el riesgo de muerte y trasplante mediante modelos de riesgos competitivos de Fine-Gray ajustados por edad, sexo y cirrosis al diagnóstico.

Resultados: La cohorte mexicana presentó mayor frecuencia de cirrosis al diagnóstico (32,4% vs. 25,6%; p < 0,001), complicaciones relacionadas con hipertensión portal, positividad de anticuerpos antinucleares y concentraciones persistentemente más elevadas de inmunoglobulina G, compatibles con un fenotipo predominantemente inflamatorio. En contraste, la cohorte estadounidense mostró mayor índice de masa corporal, obesidad (24,2% vs. 10,3%; p < 0,001), mayor frecuencia de hallazgos histológicos compatibles con MASH (51,4% vs. 4,1%; p < 0,001), así como valores superiores de CAP y rigidez hepática durante el seguimiento, compatibles con un fenotipo predominantemente metabólico. Además, presentó mayor pérdida de remisión y tendencia a recaída tras la suspensión del tratamiento. Aunque ambas cohortes alcanzaron tasas comparables de remisión bioquímica y una supervivencia global similar, la cohorte mexicana presentó una mayor probabilidad de trasplante hepático (sHR ajustada 1,74; IC95%, 1,10–2,74; p = 0,018) y una menor supervivencia libre de trasplante. La cirrosis al diagnóstico fue el principal predictor independiente tanto de mortalidad como de trasplante hepático (**Figura 1**).

Figura 1. Desenlaces en pacientes con hepatitis autoinmune de México (n = 246) y Estados Unidos–Indiana (n = 520). (A) Supervivencia global calculada por Kaplan-Meier, censurando el trasplante hepático. (B) Incidencia acumulada de muerte al considerar el trasplante hepático como riesgo competitivo (C). Supervivencia libre de trasplante (muerte o trasplante hepático). (D) Incidencia acumulada de trasplante hepático tras considerar la muerte como riesgo competitivo. Las áreas sombreadas representan intervalos de confianza del 95%. sHR, razón de riesgo de subdistribución (modelo de Fine-Gray). (**Dom020**)







Conclusiones: Los pacientes con HAI de México y Estados Unidos presentan diferencias fenotípicas relevantes. Mientras que la cohorte mexicana mostró una enfermedad más avanzada y un perfil predominantemente inflamatorio, la cohorte estadounidense presentó un fenotipo predominantemente metabólico con mayor coexistencia de MASH y comorbilidades cardiometabólicas. A pesar de una supervivencia global comparable y tasas similares de remisión bioquímica bajo tratamiento inmunosupresor, la cohorte mexicana presentó una mayor probabilidad de trasplante hepático, lo que destaca la importancia del diagnóstico temprano y de incorporar las características propias de cada población en la estratificación del riesgo y el seguimiento clínico.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

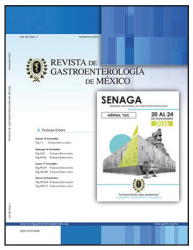
Dom021

DETERMINANTES CLÍNICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

M. Camacho-Martínez, S. López-Moreno, R. U. Macías-Rodríguez, A. Ruiz-Margáin, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática autoinmune crónica cuya carga sintomática, especialmente la fatiga y el prurito, puede afectar de forma importante la calidad de vida. Sin embargo, la evidencia en población latinoamericana es escasa y el impacto de los determinantes sociales sobre la calidad de vida permanece poco explorado.
Objetivo: Evaluar la calidad de vida y los síntomas relacionados con la enfermedad mediante los cuestionarios PBC-40 y CLDQ en pacientes mexicanos con CBP, así como su asociación con características sociodemográficas, clínicas, bioquímicas y de tratamiento.
Material y métodos: Análisis basal de una cohorte prospectiva de 50 pacientes con CBP reclutados entre octubre de 2025 y junio de 2026 en un centro de referencia. Se recopilaron variables sociodemográficas, clínicas, bioquímicas y de elastografía, y se aplicaron los cuestionarios PBC-40 y CLDQ. Se realizaron comparaciones entre grupos, correlaciones de Spearman y modelos de regresión lineal múltiple ajustados por edad, cirrosis y tiempo desde el diagnóstico.
Resultados: La mediana de edad fue de 57,5 años y el 86% correspondió a mujeres. El 47,9% presentó cirrosis, el 43,8% síndrome de sobreposición (CBP/hepatitis autoinmune) y el 57,4% carecía de seguridad social. La fatiga fue el dominio más afectado en el PBC-40, mientras que la función emocional fue el dominio con peor puntuación en el CLDQ. No se observaron diferencias en la calidad de vida según la presencia de cirrosis, síndrome de sobreposición o respuesta bioquímica al ácido ursodesoxicólico. En contraste, los pacientes sin seguridad social presentaron peor calidad de vida en los dominios social del PBC-40 y de síntomas sistémicos, actividad y función emocional del CLDQ. Asimismo, un nivel socioeconómico bajo se asoció con mayor afectación en síntomas sistémicos y una menor escolaridad con mayor fatiga en ambos instrumentos, asociaciones que persistieron tras el ajuste multivariado. Un mayor tiempo desde el diagnóstico se correlacionó con mejor calidad de vida en múltiples dominios.
Conclusiones: En esta cohorte, la calidad de vida estuvo influida principalmente por determinantes sociodemográficos más que por la gravedad de la enfermedad. La ausencia de seguridad social, un nivel socioeconómico bajo y una menor escolaridad se asociaron con peor calidad de vida, mientras que la fatiga fue el síntoma predominante. Estos hallazgos destacan la importancia de incorporar los determinantes sociales y estrategias de apoyo integral en el manejo de los pacientes con CBP.
Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO
www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 22 de noviembre de 2026

PÁNCREAS I

Dom022

ASOCIACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD CON LA GRAVEDAD DE PANCREATITIS AGUDA EN NIÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

X. L. García-Reyes, L. P. Bilbao-Chávez, M. Cervantes-Garduño, S. M. Téllez-Salmerón, B. Araiza-Ramírez, M. Sosa-Arce, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La obesidad se ha asociado con mayor gravedad de la pancreatitis aguda en adultos; sin embargo, la evidencia en población pediátrica es aún limitada y los resultados disponibles son inconsistentes. Identificar la relación entre el estado nutricional y la gravedad de la enfermedad podría contribuir a reconocer a pacientes con mayor riesgo de evolución desfavorable.
Objetivo: Determinar la asociación entre el sobrepeso y la obesidad con la gravedad de la pancreatitis aguda en niños.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico mediante la revisión de expedientes clínicos de pacientes menores de 18 años con diagnóstico de pancreatitis aguda atendidos entre enero de 2020 y enero de 2025. Se compararon las características clínicas de acuerdo con el estado nutricional y se determinó la asociación con pancreatitis aguda grave mediante razón de momios para prevalencia (RMP) con intervalos de confianza al 95%.
Resultados: Se incluyó a 86 pacientes; el 44,2% presentó sobrepeso u obesidad. La mediana de edad fue de 13 años (RIC: 11-16) y el 64,0% correspondió al sexo femenino. Los pacientes con sobrepeso u obesidad presentaron mayor edad, mayor frecuencia de hipertrigliceridemia, etiología biliar-obstructiva, comorbilidades endocrinas y complicaciones ($p < 0,05$). Aunque la pancreatitis aguda grave fue más frecuente en pacientes con sobrepeso u obesidad (55,2% vs. 38,6%), no se demostró asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y la gravedad (RMP = 1,958; IC95%, 0,792-4,843). Las comorbilidades endocrinas (RMP = 3,214; IC95%, 1,053-9,808), el uso de antibióticos (RMP = 6,000; IC95%, 1,951-18,449) y la presencia de complicaciones (RMP = 10,119; IC95%, 3,428-29,870) se asociaron con pancreatitis aguda grave (**Tabla 1**).
Conclusiones: En esta población pediátrica no se demostró asociación entre el sobrepeso-obesidad y la gravedad de la pancreatitis aguda. Sin embargo, los pacientes con exceso de peso presentaron una mayor frecuencia de pancreatitis aguda grave. Las comorbilidades endocrinas, el uso de antibióticos y la presencia de complicaciones fueron los factores que mostraron

Tabla 1. Factores asociados a la gravedad de la pancreatitis aguda en niños (n = 86). (**Dom022**)

	Gravedad de la pancreatitis aguda			
Variable	**Sí n = 29**	**No n = 57**	**RMP**	**IC95%**
Sexo femenino	18 (62,1)	37 (64,9)	0,885	0,350, 2,254
Estado nutricional				
• Normopeso	13 (44,8)	35 (61,4)	1,958	0,792, 4,843
• Sobrepeso-obesidad	16 (55,2)	22 (38,6)		
Causas de pancreatitis aguda				
• Alcohol	1 (3,4)	0	-	-
• Hipertrigliceridemia	4 (13,8)	4 (7)	2,120	0,490, 9,176
• Autoinmune	1 (3,4)	0	-	-
• Infecciosa	2 (6,9)	1 (1,8)	4,148	0,360, 47,782
• Traumática	0	2 (3,5)	-	-
• Biliar-obstructiva	8 (27,6)	16 (28,1)	0,972	0,359, 2,649
• Malformación anatómica	1 (3,4)	8 (14)	0,245	0,0291, 2,067
• Idiopática	12 (41,4)	26 (46,6)	0,842	0,341, 2,079
Comorbilidades				
• Endocrinas	9 (31)	7 (12,3)	**3,214**	1,053, 9,808
• Digestivas	5 (17,2)	9 (15,8)	1,111	0,335, 3,863
• Otras	9 (31)	13 (22,8)	1,523	0,560, 4,144
Tratamientos				
• Terapia hídrica intravenosa	29 (100)	56 (98,2)	-	-
• Antibióticos	12 (41,4)	6 (10,5)	**6**	1,951,18,449
• Quirúrgico	2 (6,9)	10 (17,5)	0,348	0,071, 1,708
• Endoscópico	1 (3,4)	1 (1,8)	2	0,121, 33,176
Complicaciones	17 (58,6)	7 (12,3)	10,119	3,428, 29,870

Valores expresados en frecuencias y porcentajes. RMP, razón de momios para prevalencia; IC, intervalo de confianza.

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

asociación con enfermedad grave. Estos hallazgos contribuyen a ampliar la evidencia disponible en población pediátrica y resaltan la importancia de una valoración clínica integral de estos pacientes.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom023

CONCORDANCIA ENTRE DIFERENTES HERRAMIENTAS DE TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO PARA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON PANCREATITIS AGUDA Y CRÓNICA

S. E. Martínez-Vázquez, A. Kammar-García, L. Uscanga-Domínguez, J. Hernández-Calleros, M. Quintanar-Martínez, L. J. Luis-Pérez, M. C. Peláez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La identificación de la desnutrición en pancreatitis es un reto, ya que varía según sean el método utilizado y el curso de la enfermedad. Esto en parte se debe a que los instrumentos de tamizaje, los marcadores bioquímicos y los criterios diagnósticos no evalúan los mismos componentes del estado nutricional. Se han establecido los criterios GLIM para determinar desnutrición en pancreatitis aguda y crónica pero los estudios son escasos.
Objetivo: Evaluar la concordancia con diferentes herramientas para diagnosticar desnutrición en pacientes adultos con pancreatitis aguda y crónica.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en tres grupos de pacientes con pancreatitis aguda leve, pancreatitis moderada o grave y pancreatitis crónica. Se recopilaron variables antropométricas, bioquímicas, funcionales y de composición corporal. El riesgo nutricional se evaluó mediante los tamizajes Malnutrition universal screening tool (MUST), Nutritional risk screening 2002 (NRS-2002) y valoración global subjetiva (VGS). La desnutrición se estableció mediante los criterios de GLIM y, alternativamente, con albúmina sérica usando el criterio universal < 3,5 g/dL. La composición corporal se evaluó mediante bioimpedancia eléctrica y análisis vectorial de impedancia bioeléctrica (BIVA). La concordancia entre métodos se evaluó mediante el cálculo del coeficiente kappa. Las diferencias entre vectores de impedancia se evaluaron mediante T^2 de Hotelling y distancia de Mahalanobis.
Resultados: Se incluyó a 105 pacientes, 20 con pancreatitis aguda leve, 15 con pancreatitis aguda moderada o grave y 69 con pancreatitis crónica. La media de edad fue de 47,1 años (DE = 14,4), sin diferencias por sexo o edad entre los grupos. Los pacientes con pancreatitis crónica presentaron menor peso corporal (p = 0,038), índice de masa corporal (p = 0,035) y circunferencia de cintura (p = 0,007) que aquéllos con pancreatitis aguda. La prevalencia de desnutrición fue de 27,6% mediante los criterios GLIM y de 43.8% mediante albúmina < 3,5 g/dL. Ambos métodos diagnósticos coincidieron en 62 pacientes (59,0%), de los cuales 46 se clasificaron sin desnutrición y 16 con desnutrición; sin embargo, no existió concordancia entre métodos (κ = 0,133; p = 0,147). Por otro lado, las herramientas MUST, NRS-2002 y VGS presentaron concordancia con el diagnóstico de desnutrición por criterios GLIM (todas p < 0,0001). MUST y NRS-2002 también se asociaron con albúmina baja (p = 0,040 y p = 0,004, respectivamente), mientras que la VGS no mostró asociación (p = 0,140). La composición corporal por BIVA no mostró diferencias entre pancreatitis aguda leve y moderada o grave (p = 0,4026), pancreatitis crónica y aguda leve (p = 0,6269), ni pancreatitis crónica y aguda moderada o grave (p = 0,3279). Sin embargo, los pacientes con desnutrición por GLIM presentaron un vector medio diferente al de aquéllos sin desnutrición (T^2 = 7,2; F = 3,6; p = 0,030; distancia de Mahalanobis = 0,59), con mayores valores de resistencia estandarizada por estatura.
Conclusiones: Los tamizajes MUST, NRS-2002 y VGS son concordantes con el diagnóstico de desnutrición en pacientes con pancreatitis aguda y crónica. La composición corporal en pacientes con y sin desnutrición evaluada por criterios GLIM es distinta, lo que sugiere que la clasificación adecuada se realice a través de evaluaciones objetivas, como el cambio en la masa muscular y el estado de hidratación. Los criterios GLIM en esta población deben ser enfáticos en la evaluación de la composición corporal, ya que las alteraciones nutricionales no son tan evidentes con marcadores aislados como la albúmina.
Financiamiento: Este trabajo no recibió recursos externos o patrocinios para su elaboración.

Dom024

UTILIDAD DE LA ESCALA PAN-PROMISE PARA LA ESTRATIFICACIÓN TEMPRANA DEL RIESGO EN PANCREATITIS AGUDA PEDIÁTRICA: ESTUDIO DE COHORTE DE UN SOLO CENTRO

F. V. Linares-Estrada, M. P. Padilla-Sánchez, Y. Rivera-Suazo, J. E. Alfaro-Bolaños, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La pancreatitis aguda en la población pediátrica presenta una evolución clínica heterogénea, desde cuadros leves y autolimitados hasta enfermedad grave con complicaciones locales, falla orgánica y necesidad de cuidados intensivos. La identificación temprana de pacientes con mayor riesgo de evolución desfavorable es todavía un reto, debido a la limitada disponibilidad de herramientas pronósticas validadas en niños. La escala PAN-PROMISE (Pancreatitis patient-reported outcome and symptom measure) evalúa la carga sintomática relacionada con pancreatitis y puede aplicarse desde la valoración inicial. Sin embargo, existe poca evidencia sobre su utilidad para la estratificación temprana del riesgo en población pediátrica.
Objetivo: Evaluar la utilidad de la puntuación PAN-PROMISE obtenida al ingreso para la estratificación temprana de la gravedad clínica y el desarrollo de complicaciones en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico en pacientes menores de 18 años con diagnóstico de pancreatitis aguda atendidos en un hospital pediátrico de tercer nivel. El instrumento PAN-PROMISE completo se aplicó durante la valoración inicial del paciente, antes de conocer los resultados de laboratorio, los estudios de imagen, la clasificación final de gravedad y la aparición de complicaciones. La gravedad se clasificó como pancreatitis leve, moderadamente grave o grave. Se registraron la presencia de complicaciones, el ingreso a la unidad de cuidados intensivos pediátricos y los días de estancia hospitalaria. Las variables continuas se describieron mediante mediana y rango intercuartílico. Las comparaciones se realizaron mediante las pruebas de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney. La capacidad discriminativa de PAN-PROMISE para identificar complicaciones se evaluó mediante curvas ROC. La relación entre la puntuación y la estancia hospitalaria se analizó mediante la correlación de Spearman. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05.
Resultados: Se incluyó a 28 pacientes con información completa descritos en la **Figura 1**. La mediana de la puntuación PAN-PROMISE fue de 14 puntos

Figura 1. Pancreatitis aguda pediátrica; PAN-PROMISE; gravedad; complicaciones; estratificación del riesgo. (**Dom024**)

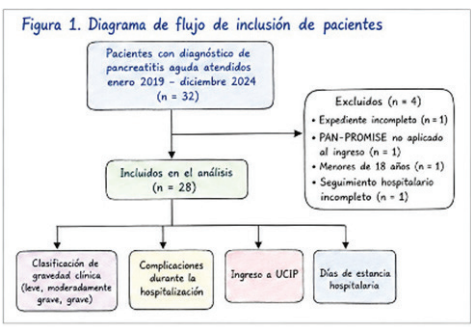
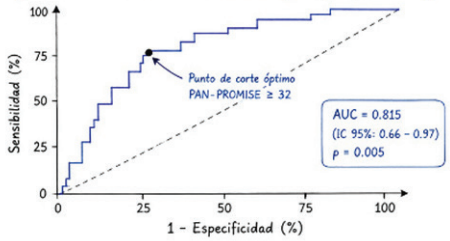


Tabla 1. PAN-PROMISE al ingreso según gravedad clínica

Gravedad clínica (Clasificación de Atlanta modificada)	n (%)	PAN-PROMISE al ingreso Mediana (RIC)	p valor
Leve	8 (28.6)	14 (9 – 18)	< 0.001*
Moderadamente grave	12 (42.9)	31 (18 – 42)	
Grave	8 (28.6)	50 (45 – 55)	
Total	28 (100)	27 (14 – 49)	

Datos expresados como mediana (rango intercuartílico, RIC).
Comparación entre los tres grupos: prueba de Kruskal-Wallis.
* Diferencia estadísticamente significativa.

Figura 2. Curva ROC de PAN-PROMISE al ingreso para predecir complicaciones



Desempeño diagnóstico de PAN-PROMISE para complicaciones

Punto de corte óptimo (Índice de Youden):	≥ 32 puntos
Sensibilidad:	73.3%
Especificidad:	76.9%
Valor predictivo positivo:	73.3%
Valor predictivo negativo:	76.9%

en pancreatitis leve, 31 puntos en pancreatitis moderadamente grave y 50 puntos en pancreatitis grave, con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (p < 0,001). Los pacientes que desarrollaron complicaciones presentaron puntuaciones significativamente mayores que aquéllos sin complicaciones, con medianas de 35 y 18 puntos, respectivamente (p = 0,005). La puntuación PAN-PROMISE mostró una adecuada capacidad discriminativa para identificar complicaciones, con un área bajo la curva de 0,815. Asimismo, se observó una correlación positiva entre la puntuación PAN-PROMISE y la estancia hospitalaria (rho = 0,399; p = 0,035). Para el ingreso a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, el área bajo la curva fue de 0,734.
Conclusiones: La puntuación PAN-PROMISE obtenida al ingreso se asoció significativamente con la gravedad clínica, el desarrollo de complicaciones y una mayor estancia hospitalaria en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda. Estos hallazgos sugieren que PAN-PROMISE podría constituir una herramienta sencilla y potencialmente útil para la estratificación temprana del riesgo en esta población. Se requieren estudios prospectivos y multicéntricos para validar su desempeño pronóstico y establecer puntos de corte pediátricos.
Financiamiento: Este trabajo no recibió ningún tipo de patrocinio gubernamental o comercial.

Dom025

UTILIDAD DE LAS ESCALAS JPN, ÍNDICE PCR/ALBÚMINA, ÍNDICE BUN/CREATININA E ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO PARA IDENTIFICAR LA GRAVEDAD DE LA PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

L. A. Orellana-Chacón, A. Valdés-Cervantes, J. C. Rivas-Rodríguez, K. L. Antúnez-Williams, R. M. Martínez-García, I. A. Cura-Esquivel, C. A. Zapata-Castilleja, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Introducción: La pancreatitis aguda pediátrica suele ser leve, pero algunos pacientes desarrollan enfermedad grave, complicaciones y falla orgánica. La predicción temprana aún es difícil, ya que la mayoría de las escalas pronósticas se desarrolló en adultos. La escala JPN pediátrica y los índices neutrófilo-linfocito (NLR), PCR/albúmina y BUN/creatinina son herramientas accesibles que podrían facilitar la estratificación inicial del riesgo.
Objetivo: Evaluar la utilidad de JPN, NLR, PCR/albúmina y BUN/creatinina para identificar gravedad y riesgo de complicaciones en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda.
Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal, ambispectivo y analítico realizado en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Se incluyó a pacientes menores de 18 años hospitalizados entre enero de 2020 y mayo de 2026, con diagnóstico de pancreatitis aguda definido por al menos dos criterios INSPPIRE. Se revisaron expedientes clínicos y se recolectaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas y de imagen. Se calcularon JPN, NLR, PCR/albúmina y BUN/creatinina; la gravedad se clasificó según NASPGHAN. El rendimiento diagnóstico se evaluó mediante sensibilidad, especificidad, valores predictivos y AUC. La asociación con complicaciones se analizó mediante regresión logística, con OR crudas y ajustadas por edad, sexo, estado nutricional y tiempo de evolución.
Resultados: Se incluyó a 70 pacientes, 44 (62,9%) mujeres y 26 (37,1%) hombres; 51 (72,9%) tenían 12–18 años, con mediana de 15 años. El 48,6% presentó sobrepeso u obesidad, 10% bajo peso y 41,4% estado nutricional normal. Las etiologías más frecuentes fueron biliar (61,4%), idiopática (17,1%) y medicamentosa (12,9%). Predominaron dolor abdominal (98,6%) y vómito (82,9%). Se clasificaron 42 casos leves (60,0%), 11 moderados (15,7%) y 17 graves (24,3%); el tiempo de evolución difirió entre grupos (p = 0,036). Se reportaron 15 complicaciones; cinco colecciones necróticas, cuatro seudoquistes pancreáticos, tres trombosis y una sepsis, insuficiencia pancreática y mortalidad, respectivamente. PCR/albúmina ≥ 4 mostró la mayor discriminación para pancreatitis grave (AUC 0,761; IC95%, 0,552–0,969), sensibilidad de 62,5% y especificidad de 89,7%. JPN ≥ 3 presentó AUC 0,716 (IC95%, 0,566–0,867), sensibilidad de 47,1%, especificidad de 96,2%, VPP 80,0% y VPN 85,0%. NLR ≥ 16 y BUN/creatinina ≥ 20 tuvieron menor discriminación (AUC 0,443 y 0,536). En el análisis ajustado, JPN ≥ 3 (ORa 10,91; IC95%, 1,47–81,17; p = 0,020) y NLR ≥ 16 (ORa 4,93; IC95%, 1,08–22,55; p = 0,039) se asociaron con complicaciones. PCR/albúmina ≥ 4 mostró tendencia sin significancia (ORa 8,00; IC95%, 0,80–80,08; p = 0,077) y BUN/creatinina ≥ 20 no mostró asociación (ORa 1,25; IC95%, 0,31–5,09; p = 0,752) (**Figura 1**).
Conclusiones: PCR/albúmina y JPN mostraron el mejor rendimiento para identificar pancreatitis aguda grave; PCR/albúmina tuvo la mayor AUC y JPN la mayor especificidad. JPN ≥ 3 y NLR ≥ 16 se asociaron independientemente con complicaciones. Estos resultados apoyan su posible utilidad para la estratificación temprana.
Financiamiento: Recursos institucionales, sin financiamiento externo.

Dom026

PANCREATITIS AGUDA EN EL EMBARAZO: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 12 AÑOS

U. Martínez-García, C. García-Jiménez, L. F. Cervantes-Ortiz, Hospital de la Mujer Morelia, Michoacán

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) en el embarazo es una entidad poco frecuente y afecta aproximadamente a 1 de cada 1 500-4 500 embarazadas. La principal causa es biliar y el diagnóstico y tratamiento es similar a la población no gestante. Las complicaciones más frecuentes son el parto pretérmino, interrupción del embarazo, aborto, sufrimiento y pérdida fetal.
Objetivo: Conocer la incidencia, principales causas, trimestre de presentación y las principales características clínicas, bioquímicas e imagenológicas de la pancreatitis aguda en el embarazo en pacientes del Hospital de la Mujer de Morelia, Michoacán, en el periodo de 2012 a 2024.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se revisaron todos los expedientes de pacientes embarazadas con diagnóstico de pancreatitis aguda atendidas en el Hospital de la Mujer en el periodo de 2012 a 2024. La muestra fue de tipo censo. Posteriormente se recolectaron los datos en Excel y se realizó el análisis estadístico con medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias, porcentajes, cálculo de incidencia, tablas y gráficas.
Resultados: Se reportaron 36 casos de PA durante el embarazo durante un periodo de 12 años. De estos, 35 pacientes tenían un primer episodio completo y siete pacientes tuvieron un segundo episodio. La mediana de edad fue de 24 (21-26) años. La incidencia fue de 4.9 por cada 10 000 recién nacidos vivos. La principal etiología fue biliar (n = 29, 82,9%) y la mayoría de los casos se clasificó como leve (n = 32, 91,4%). Los trimestres en los que se presentó con mayor frecuencia fueron el segundo (n = 11, 31,4%) y el tercer (n = 18, 51,4%) trimestres. Trece pacientes (37,1%) eran multigestas. Las principales condiciones concomitantes fueron las infecciones de vías urinarias (n = 15, 42,9%) y las cervicovaginitis (n = 9, 25,7%). Los síntomas predominantes fueron el dolor abdominal, náusea y vómito. Dos pacientes tuvieron falla orgánica (5,7%). A todas las pacientes se les realizó ultrasonido de hígado y vías biliares con 13 reportes (37,1%) de colecistitis crónica litiásica. El tratamiento fue similar al de la población general, con uso de solución Hartmann en las primeras 24 horas en un 48,6% (n = 17) y una velocidad de infusión de 2,04 ± 0,64 ml/kg/h. La mediana de estancia hospitalaria fue de 5 (4-7) días y el reinicio de la alimentación de 4 (3-5) días. Se realizaron cinco colecistectomías (14,2%) durante la misma hospitalización. Veintidós pacientes (61,1%) terminaron su embarazo en el hospital, de las cuales 14 fue por vía vaginal (63,6%) y 9 por cesárea (40,9%). El peso promedio de los recién nacidos fue de 2 843 ± 627 g. El 21,7% tuvo bajo peso al nacer y el 52,2% fueron de término. En el segundo episodio el cuadro fue leve y de etiología biliar en todas las pacientes (**Tabla 1**).

Figura 1. Asociación de JPN ≥ 3, NLR ≥ 16, PCR/albúmina ≥ 4 y BUN/creatinina ≥ 20 con gravedad y complicaciones, mediante OR e IC95%; para las complicaciones se muestran OR crudas y ajustadas. (**Dom025**)

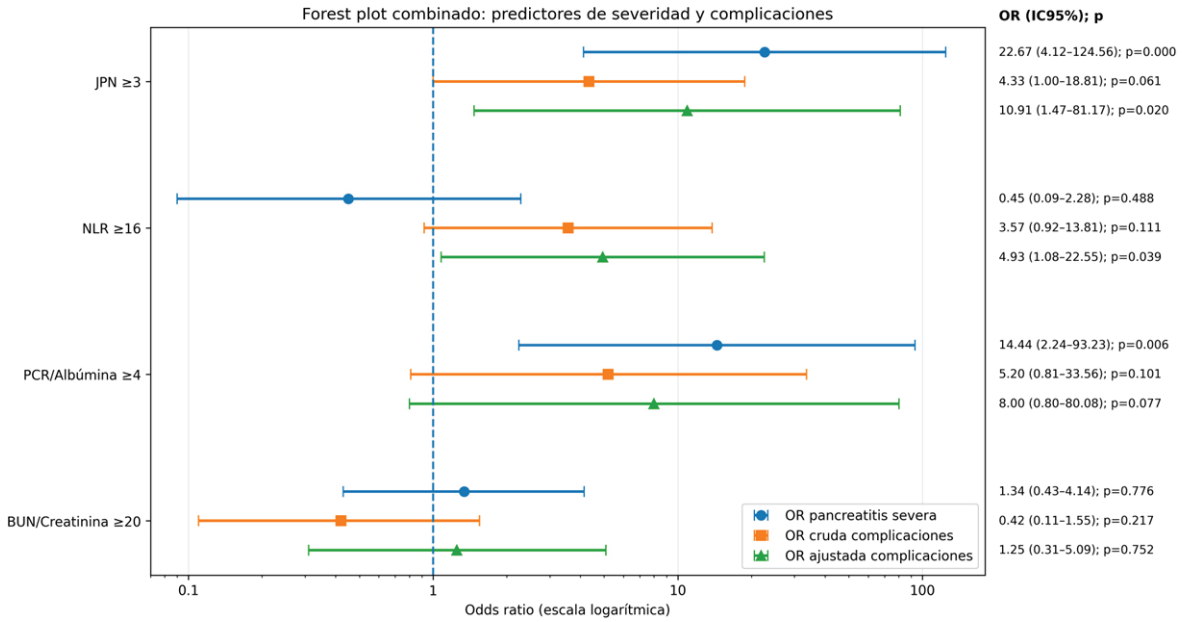


Tabla 1. Características de las pacientes con pancreatitis aguda durante el embarazo. (**Dom026**)

	Primer pisodio	Segundo episodio
Edad (años)	24 (21-26)	
IMC (kg/m²)	28,39 ± 4,88	
Incidencia	4,9 por 10.000 nacidos vivos	
Multigestas	13 (37,1%)	
Recurrencia	7 (19,4%)	
Trimestre de presentación		
Primer trimestre	18 (51,4%)	
Segundo trimestre	11 (31,4%)	6 (85,7%)
Tercer trimestre	6 (17,1%)	1 (14,7%)
Etiología		
Biliar	29 (82,9%)	7 (100%)
Hipertrigliceridemia	6 (17,1%)	
Gravedad		
Leve	32 (91,4%)	7 (100%)
Moderada	2 (5,7%)	
Grave	1 (2,9%)	
Principales manifestaciones: dolor abdominal, náusea, vómito		
Laboratorios: ↑ amilasa, lipasa, BD, GGT, TAG		
Ultrasonido	35 (100%)	6 (85,7%)
CCL	13 (37,1%)	2 (28,5%)
Tratamiento: ayuno + líquidos IV + analgésicos		
Solución de Hartmann 24 h	17 (48,6%)	2 (28,5%)
Velocidad de infusión (ml/kg/h)	2,04 ± 0,64	2,03 ± 0,27
Estancia hospitalaria (días)	5 (4-7)	5 (4-8)
Reinicio de la VO (días)	4 (3-5)	3,71 ± 1,25
Colecistectomía en la misma hospitalización	5 (14,3%)	2 (28,5%)
Desenlaces maternos y perinatales		
Resolución del embarazo en el hospital	22 (61,1%)	
Parto	14 (60,9%)	
Cesárea	9 (39,1%)	
Peso al nacer	2,843 ± 627 g	
BPN	5 (21,7%)	
RN de término	12 (52,2%)	

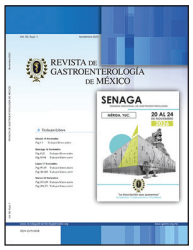
Conclusiones: La PA durante el embarazo es una entidad poco frecuente con baja morbimortalidad en este medio. Predominó la etiología biliar y la presentación durante el tercer trimestre de gestación. El manejo fue similar al de la población no gestante, con baja frecuencia de falla orgánica y adecuada evolución materno-fetal en la mayoría de las pacientes.

Financiamiento: Ninguno.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1)**:22-41

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres en cartel

Domingo 22 de noviembre de 2026

PEDIATRÍA

Dom027

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y DESENLACES EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN MÉXICO

G. Cabrera-Palma, S. Basave-Falco, M. C. Dolores-Bravo, M. V. Martínez-Vega, F. J. Bustillos-García, A. Reyes-López, M. R. Esquivel-Steffanoni, R. Y. López-Pérez, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) pediátrica, incluida la enfermedad de inicio muy temprano (VEO-IBD), se ha asociado con un fenotipo más agresivo y mayor requerimiento de terapias avanzadas. Sin embargo, la caracterización de las características clínicas, los patrones de tratamiento y los desenlaces en escenarios de práctica clínica real en esta región es limitada.

Objetivo: Describir las características clínicas, el fenotipo, los patrones de tratamiento y los desenlaces en pacientes con EII pediátrica, estratificados por edad al diagnóstico en EII infantil (≤ 2 años), VEO-IBD (> 2-6 años) (1) y EII de inicio pediátrico (> 6-17 años).

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga que incluyó a pacientes diagnosticados con EII antes de los 17 años. Los pacientes se clasificaron según definiciones internacionales en EII infantil (≤ 2 años), VEO-IBD (> 2-6 años) y EII de inicio pediátrico (> 6-17 años). Se analizaron variables demográficas, tipo de enfermedad, uso, tipo y tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de la terapia biológica, así como hospitalizaciones relacionadas con la enfermedad y necesidad de cirugía intestinal. Se realizó análisis descriptivo y comparativo exploratorio. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes y se compararon mediante la prueba exacta de Fisher. Las variables continuas se describieron como media ± desviación estándar o mediana (rango), según fuera su distribución, y se compararon mediante pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis se realizó en SPSS v29 (IBM Corp.).

Resultados: Se incluyó a 24 pacientes (14 hombres y 10 mujeres), con una edad media al diagnóstico de 12,3 años. De acuerdo con la edad al diagnóstico, 1 paciente presentó EII infantil (4,2%), 2 VEO-IBD (8,3%) y 21 EII de inicio pediátrico (87,5%). Las características clínicas, terapéuticas y los desenlaces se resumen en la **Tabla 1**. Predominó la colitis ulcerosa crónica idiopática (19/24; 79,2%), mientras que 5 pacientes (20,8%) presentaron enfermedad de Crohn. En total, 20 de 24 pacientes (83,3%) requirieron terapia biológica, sin diferencias significativas entre los grupos de edad (p = 0,62). El agente biológico más utilizado fue vedolizumab (70%), seguido de ustekinumab

Tabla 1. (Dom027)

Variable	Total (n = 24)	≤ 2 años (n = 1)	> 2-6 años (n = 2)	> 6-17 años (n = 21)	Valor de p*
Sexo masculino, n (%)	14 (58,3)	1	1	12	1,00
Edad al diagnóstico (años), media	12,3	0,7	4,0	14,0	0,08†
Tipo de EII, n (%)					0,12
CUCI	19 (79,2)	0	1	18	
EC	5 (20,8)	1	1	4	
Uso de terapia biológica, n (%)	20 (83,3)	1	2	17	0,62
Tipo de biológico, n (% de tratados)					0,48
Vedolizumab	14 (70)	0	1	13	
Ustekinumab	3 (15)	0	1	2	
Infliximab	2 (10)	0	0	2	
Guselkumab	1 (5)	1	0	0	
Tiempo diagnóstico → biológico, mediana (rango), años	6 (0-18)	1,0	12,5	5,7	0,21†
Hospitalización, n (%)	11 (45,8)	1	1	9	0,67
CUCI	7	0	0	7	
EC	4	1	1	2	
Cirugía intestinal, n (%)	4 (16,7)	0	1	3	0,89
CUCI	2	0	0	2	
EC	2	0	1	1	

*Variables categóricas comparadas mediante prueba exacta de Fisher. †Variables continuas comparadas mediante Kruskal-Wallis.

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

(15%), infliximab (10%) y guselkumab (5%), sin diferencias significativas en su distribución entre grupos (p = 0,48). El tiempo mediano desde el diagnóstico hasta el inicio de la terapia biológica fue de seis años (rango 0–18). Se observó una tendencia hacia un inicio más tardío en los pacientes con inicio ≤ 6 años, sin alcanzar significancia estadística (p = 0,21). Once pacientes (45,8%) requirieron hospitalización relacionada con la enfermedad; siete correspondieron a CUCI y cuatro a enfermedad de Crohn, sin diferencias significativas entre grupos (p = 0,67).
Cuatro pacientes (16,7% del total; 36,4% de los hospitalizados) requirieron intervención quirúrgica, incluidos dos con CUCI y dos con enfermedad de Crohn, sin diferencias significativas entre grupos (p = 0,89).
Conclusiones: En esta cohorte, la EII pediátrica se caracterizó por una elevada necesidad de terapia biológica y una importante carga de hospitalización y cirugía. Aunque no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad, se observaron tendencias en los patrones de tratamiento, incluido un inicio más tardío de terapia avanzada en pacientes con inicio temprano. Estos hallazgos deben interpretarse como descriptivos y generadores de hipótesis debido al tamaño muestral limitado.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom028

PERFIL CLÍNICO Y SOCIODEMOGRÁFICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL NOROCCIDENTE DEL PAÍS

C. G. Reiling-Gatica, G. Gómez-Navarro, S. B. Pérez-Elizondo, E. R. González-Galván, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Existe un incremento sostenido de la prevalencia e incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en niños y adolescentes en América Latina, con predominio de la colitis ulcerativa. La mayoría de los estudios de esta región procede de Brasil y Argentina, aunque algunos realizados en este país confirman dicha tendencia, si bien no se cuenta con información precisa a nivel nacional en la población pediátrica.
Objetivo: Determinar la frecuencia de pacientes pediátricos del noroccidente del país diagnosticados con enfermedad inflamatoria intestinal, así como sus características clínicas y sociodemográficas.
Material y métodos: En este estudio retrospectivo y descriptivo se incluyó a pacientes pediátricos de 1 año a 17 años 11 meses con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal valorados por el servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS en el período comprendido entre enero de 2020 y diciembre de 2025. Se realizó estadística descriptiva y se utilizaron frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y mediana con valores mínimos y máximos para las cuantitativas.
Resultados: Se incluyó a 34 pacientes con predominio del género masculino (67,7%) respecto del femenino (32,4%). La distribución por tipo de enfermedad inflamatoria intestinal fue de 64,7% para colitis ulcerativa, 17,6% para enfermedad de Crohn y 17,6% para el tipo indeterminado. La mediana de edad al diagnóstico fue de 11 años, con un rango mínimo de edad de presentación de la enfermedad de 1 año y 6 meses y el máximo de 16 años 11 meses. La manifestación clínica inicial más frecuente fue hematoquecia con 76,5% seguida por diarrea crónica en el 70,6%, dolor abdominal en 35,3%, pérdida ponderal en 17,6% y abscesos perianales en 2,9%. Respecto del diagnóstico nutricional, si bien la mayoría se encontraba eutrófica (55,9%), el 44,1% restante tenía algún tipo de diagnóstico de malnutrición: la desnutrición crónica armonizada fue la más frecuente en el 14,7%, seguida por desnutrición crónica grave en el 8,8% y desnutrición aguda moderada en el 2,9%; por otra parte, el 5,9% presentó sobrepeso y el restante 11,7% algún grado de obesidad (**Tabla 1**).
Conclusiones: En la población pediátrica del noroccidente del país con diagnóstico de EII, atendida en el hospital de los autores, el fenotipo más frecuente es la colitis ulcerativa crónica idiopática, con predominio del género masculino y una mediana de edad al diagnóstico de 11 años. Las manifestaciones digestivas más frecuentes fueron hematoquecia y diarrea crónica al momento del inicio de la enfermedad. Llama la atención que un gran porcentaje de los casos presenta algún grado de malnutrición, incluida la obesidad, lo cual coincide con la tendencia reportada a nivel mundial y constituye un fenómeno creciente y preocupante en la población pediátrica.
Financiamiento: No se recibió financiamiento externo.

Tabla 1. Perfil clínico y sociodemográfico de pacientes pediátricos del noroccidente del país con EII. (**Dom028**)

Variable	Frecuencia (n = 34)	Porcentaje %/mediana (mínimo-máximo)
Género		
Masculino	**23**	**67,6%**
Femenino	11	32,4%
Tipo de EII		
CUCI	**22**	**64,7%**
Enfermedad de Crohn	6	17,6%
Indeterminada	6	17,6%
Características clínicas iniciales		
Hematoquecia	**26**	**76,5%**
Diarrea crónica	24	70,6%
Dolor abdominal	12	35,3%
Pérdida ponderal	6	17,6%
Abscesos perianales	1	2,9%
Estado nutricional		
Eutrófico	**19**	**55,9%**
Desnutrición crónica armonizada	5	14,7%
Desnutrición crónica grave	3	8,8%
Desnutrición aguda moderada	1	2,9%
Obesidad grado III	3	8,8%
Sobrepeso	2	5,9%
Obesidad grado I	1	2,9%

Dom029

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS, HISTOLÓGICAS Y ESQUEMA TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE INICIO MUY TEMPRANO (VEO-IBD): SERIE DE CASOS

K. J. Enríquez-Pérez, E. V. Estrada-Arce, L. E. Flores-Fong, M. Hernández-Peralta, H. G. Corona-Pantoja, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal es un trastorno inflamatorio crónico del tracto gastrointestinal. Con base en sus características clínicas tiene tres fenotipos: enfermedad de Crohn (EC), colitis ulcerativa (CU) y no clasificada. Un 15% de los casos aparece en menores de seis años. Se considera de inicio muy temprano (VEO-IBD) cuando aparece antes de los seis años y constituye un grupo heterogéneo asociado con fenotipos agresivos, mayor frecuencia de enfermedad no clasificada y potencial etiología monogénica, que involucra genes relacionados con la inmunodeficiencia primaria. La experiencia local aún es limitada.
Objetivo: Describir las características clínicas, endoscópicas, histológicas y el tratamiento inicial de pacientes con VEO-IBD atendidos en un hospital de segundo nivel entre enero de 2015 y enero de 2026.
Reporte de casos: Se describe una serie retrospectiva y descriptiva de cinco pacientes con diagnóstico de VEO-IBD. La mediana de edad al inicio de los síntomas fue de 12 meses (rango, 6-60) y al diagnóstico de 71 meses (rango, 8-84). Dos de los pacientes presentaron hipoglucemia neonatal transitoria que exigió corta estancia en cuidados intermedios neonatales. Cuatro pacientes se clasificaron como enfermedad inflamatoria no clasificada, sólo

uno con fenotipo de colitis ulcerativa. Las manifestaciones iniciales más comunes fueron sangrados de tubo digestivo bajo y diarrea crónica y sólo dos pacientes se encontraban eutróficos al diagnóstico. Todos presentaban artralgias como manifestación extraintestinal y sólo un paciente desarrolló hepatitis autoinmune. Respecto de las complicaciones, el caso 3 presentó pancreatitis inducida por azatioprina y corticodependencia, el caso 2 urticaria crónica y el caso 4 inició con síndrome de mielitis aguda. En cuanto a los parámetros bioquímicos, la mediana de hemoglobina fue de 10,5 g/dL (rango, 7,6 – 13,1), hematocrito de 34% (rango, 25-43), plaquetas de 456 000 (rango, 318 000 – 547 000) y, respecto de los marcadores inflamatorios, PCR 70 mg/dL (rango, 0,1-70), VSG 30 mm/h (rango, 9-42) y calprotectina fecal 147 µg/g (rango, 100-200). Para la actividad de la enfermedad se calculó tanto PUCAI como PCDAI al diagnóstico con una mediana de 40 puntos (rango, 20-50) y 30 puntos (rango, 25-40), respectivamente. Cuatro pacientes recibieron inducción con corticosteroide oral y mantenimiento con azatioprina (AZT). Un paciente recibió tanto inducción como mantenimiento con 5-ASA. Dos pacientes requirieron escalamiento a terapia biológica y sólo uno de ellos continuó el esquema terapéutico. Hubo pérdida del seguimiento en 3/5 pacientes (**Tabla 1**).

Discusión: La predominancia de la EII no clasificada coincide con lo reportado en cohortes de VEO-IBD, en las cuales la diferenciación entre EC y CU es compleja en las etapas iniciales, con una tendencia posterior hacia el fenotipo de EC. En esta serie, el requerimiento de escalamiento terapéutico en algunos pacientes es consistente con el comportamiento potencialmente agresivo descrito para esta entidad y con el mayor tiempo para alcanzar la remisión clínica reportado en la literatura. Ningún paciente presentó afectación perianal ni datos de estenosis o enfermedad penetrante. Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra la ausencia de caracterización genética y la pérdida del seguimiento de los pacientes, lo que limita conocer su evolución clínica a largo plazo.

Conclusiones: La VEO-IBD constituye una entidad heterogénea con presentación clínica compleja y potencial necesidad de escalamiento terapéutico. La disponibilidad de estudios genéticos y el seguimiento longitudinal son esenciales para una adecuada caracterización y tratamiento.

Financiamiento: Ninguno.

Dom030

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN AL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. E. Falcón-Ramírez, S. Ledesma-Ramírez, K. Miranda-Barbachano, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal es un trastorno inflamatorio crónico cuyo diagnóstico en la edad pediátrica representa un desafío debido a la inespecificidad de sus manifestaciones iniciales. El retraso diagnóstico puede favorecer la progresión de la enfermedad y el desarrollo de complicaciones, por lo que el reconocimiento temprano de sus características clínicas es fundamental para establecer un tratamiento oportuno.

Objetivo: Describir las características clínicas y el tiempo de evolución al momento del diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo realizado mediante revisión de expedientes de pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, entre enero de 2021 y diciembre de 2025. Se describieron las características sociodemográficas, clínicas, bioquímicas y endoscópicas, así como el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la confirmación diagnóstica.

Resultados: Se incluyó a 40 pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal; el 57,5% correspondió al sexo masculino. La edad media al diagnóstico fue de 9,8 años y los adolescentes constituyeron el grupo etario predominante (42,5%).

El dolor abdominal fue la manifestación clínica más frecuente (97,5%), seguido de diarrea y sangrado gastrointestinal (90% cada uno). El 60% de los

Tabla 1. Características clínicas, endoscópicas, histológicas y esquema de tratamiento. (**Dom029**)

Variable	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Sexo	Femenino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Inicio de síntomas (meses)	60	6	9	55	12
Síntomas al diagnóstico	Diarrea crónica, STDB	Diarrea crónica, STDB, EPP	STDB	Diarrea crónica, STDB, dolor abdominal	Diarrea crónica, STDB, distensión abdominal
Fenotipo	EII-NC	EII-NC	EII-NC	EII-NC	EII-CU
MEI	Artralgias	Artralgias	Artralgias	Artralgias + HAI	Artralgias
Endoscopia					
Gastropatía		x	x	x	x
Bulboduodenitis	x	x	x		
Duodenitis				x	x
Pancolitis	x	x	x	x	
Otros*				x	x
Histología	Duodenitis aguda y crónica Ileítis aguda Hiperplasia folicular Pancolitis aguda	Duodenitis crónica y mucopenia Ileítis aguda Colitis folicular crónica Hiperplasia focal de cel. de Paneth	Gastritis y duodenitis crónica Ileítis crónica agudizada Pancolitis crónica + granulomas	Gastritis folicular y duodenitis crónica Pancolitis crónica y linfoplasmo-citosis, distorsión de criptas y mucopenia	Gastritis y duodenitis crónica folicular y colonización *H. pylori* Colitis crónica folicular grave
PUCAI/PCDAI basal	20 / 25	50/40	40/35	40/30	25
Tratamiento inicial	Pred + AZT	Pred + FEE+ PERT	Pred + 5-ASA	Pred + 5-ASA Pred + AZT	5-ASA
Tratamiento actual	AZT	Pred + AZT**	AZT**	Infliximab + AZT	5-ASA**

EII-NC, enfermedad inflamatoria intestinal no clasificada; EII-CU, enfermedad inflamatoria intestinal-colitis ulcerativa; MEI, manifestaciones extraintestinales; STDB, sangrado de tubo digestivo bajo; EPP, enteropatía perdedora de proteínas; HAI, hepatitis autoinmune; PUCAI, Pediatric ulcerative colitis activity index; PCDAI, Pediatric Crohn's disease activity index; Pred, prednisona; AZT, Azatioprina; 5-ASA, ácido 5-aminosalicílico; FEE, fórmula enteral exclusiva; PERT, terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas. *Mucosa friable, edema, úlceras, erosiones. **Pérdida de seguimiento.

pacientes presentó actividad clínica moderada o grave al momento del diagnóstico. La anemia fue el hallazgo bioquímico más frecuente (75%), seguida de elevación de la proteína C reactiva (55%) y trombocitosis (47,5%). La actividad endoscópica fue moderada o grave en el 85% de los casos. El tiempo promedio entre el inicio de los síntomas y la confirmación diagnóstica fue de 6,4 meses (**Tabla 1**).

Tabla 1. Caracterización clínica, bioquímica y endoscópica de pacientes pediátricos con EII (n = 40). (**Dom030**)

Variable	n (%)
Manifestaciones clínicas	
Dolor abdominal	39 (97,5)
Diarrea	36 (90)
Rectorragia	36 (90)
Pérdida de peso	23 (57,5)
Manifestaciones extraintestinales Artralgias Otras: osteopenia, uveítis, fisura anal, úlceras orales	13 (32,5) 8 (20) 5 (10)
Escala de actividad clínica (PUCIA/PSCDAI)	
Remisión Brote leve Brote moderado Brote grave	1 (2,5) 13 (32,5) 22 (55) 4 (10)
Hallazgos bioquímicos	
Anemia	30 (75)
Leucocitosis	18 (45)
Trombocitosis	19 (47,5)
Transaminasemia	11 (27,5)
Hipoalbuminemia	5 (12,5)
IGG	12 (30)
PCR	22 (55)
VSG	17 (42,5)
Calprotectina	9 (22,5)
Anticuerpos **ANCA	16 (40) 12 (30)
Clasificación endoscópica (UCEIS)	
Normal	1 (2,5)
Actividad leve	5 (12,5)
Actividad moderada	19 (47,5)
Actividad grave	15 (37,5)
Tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas hasta el establecimiento del diagnóstico	
Variable	Mediana (RIC)
Tiempo (meses)	6,4 (0,5-41)

Conclusiones: La enfermedad inflamatoria intestinal en la población pediátrica de este estudio identificó afección predominantemente en adolescentes y se manifestó, en la mayoría de los casos, con un cuadro clínico característico, alteraciones bioquímicas compatibles con inflamación sistémica y correlación endoscópica sugestiva de actividad moderada-grave.

A pesar de la presencia de manifestaciones clínicas y paraclínicas sugestivas de enfermedad inflamatoria intestinal, el tiempo promedio entre el inicio de los síntomas y la confirmación diagnóstica fue de 6,4 meses, lo que revela un retraso diagnóstico. Este hallazgo resalta que el reconocimiento temprano de la EII aún representa un desafío clínico.

Los resultados de este estudio contribuyen a caracterizar el perfil clínico, bioquímico y endoscópico de los pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en un centro de referencia nacional y proporcionan información que puede apoyar el desarrollo de estrategias dirigidas al diagnóstico oportuno en la población pediátrica mexicana.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom031

FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA INTERACCIÓN INTESTINO-CEREBRO (TIIC) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 6-18 AÑOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN REMISIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

D. Pichardo-Sánchez, J. F. Cadena-León, R. Cervantes-Bustamante, E. Toro-Monjaraz, F. Zárate-Mondragón, E. Montijo-Barrios, K. R. Ignorosa-Arellano, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Los TIIC se definen como un grupo heterogéneo de síntomas digestivos crónicos o recurrentes que no pueden atribuirse a alteraciones estructurales, bioquímicas o fisiopatológicas demostrables. Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), como la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CUCI), son afecciones crónicas caracterizadas por una respuesta inmune alterada a nivel gastrointestinal. Se encontró que el 6,4% de los niños presentaba dolor abdominal funcional, que fue más frecuente en CUCI (10,8%) que en EC (4,5%).

Objetivo: Determinar la frecuencia y características de los trastornos de la interacción intestino-cerebro en pacientes pediátricos de 6 a 18 años con enfermedad inflamatoria intestinal en remisión. Definir las características demográficas (edad, sexo, escolaridad) asociadas a TIIC. Y describir el fenotipo y subtipos de EII asociados a TIIC y los tratamientos empleados en pacientes con EII en remisión asociados a TIIC.

Material y métodos: Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

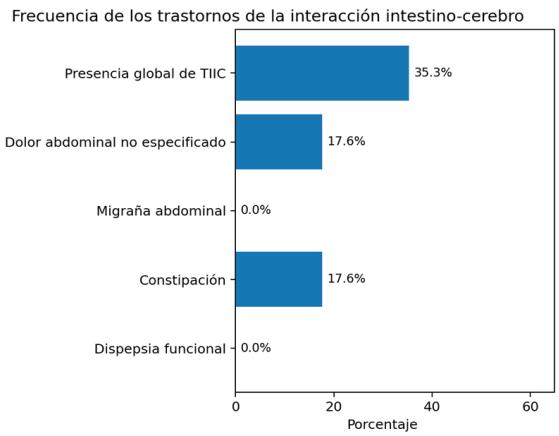
Población: pacientes pediátricos (6-18 años) con diagnóstico confirmado de EII (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn o colitis indeterminada) en remisión clínica, bioquímica, endoscópica e histológica, atendidos en el Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría durante los últimos cinco años.

Análisis estadístico: se utilizó IBM SPSS v. 22. Las variables cualitativas se describen con frecuencias absolutas y relativas; y las cuantitativas con media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartílico). Para evaluar asociaciones se utilizó x^2 ($p < 0,05$).

Resultados: Los hallazgos principales fueron los siguientes (**Figura 1**):

1. El dolor abdominal funcional fue el TIIC más prevalente (28.5%).
2. Predominio en el sexo femenino (66,7% en pacientes con dolor abdominal funcional).
3. Edad promedio: 14,4 ± 2,6 años.
4. Asociación significativa con síntomas de ansiedad (23,8%) y depresión (14,3%).
5. Fenotipo: 62 pacientes con enfermedad de Crohn, 19 con colitis ulcerosa.
6. Tratamientos empleados: anti-TNF (73%), inmunomoduladores (69%), corticoesteroides (51%), aminosalicilatos (39%).

Figura 1. Frecuencia porcentual de los TIIC específicos y de la presencia global. (**Dom031**)



Fuente: Base de datos del estudio. La presencia global de trastornos de la interacción intestino-cerebro se identificó en 6 de los 17 pacientes (35,3%). La constipación y el dolor abdominal no especificado se registraron en 3 pacientes cada uno (17,6%), mientras que no se observaron casos de dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable ni migraña abdominal.

Conclusiones: En términos relativos, los TIIC son frecuentes en pacientes pediátricos con EII en remisión, a pesar de conseguir el control inflamatorio satisfactorio. El dolor abdominal funcional constituyó el principal hallazgo, con predominio femenino y asociación relevante con síntomas psicológicos. Estos resultados resaltan la importancia de un abordaje multidisciplinario que incluya evaluación sistemática mediante criterios de Roma IV, intervenciones dietéticas, psicológicas y farmacológicas dirigidas específicamente a los TIIC, más allá del control de la inflamación de base. La identificación oportuna de los TIIC puede favorecer un diagnóstico diferencial más preciso, evitar la interpretación errónea de los síntomas como actividad inflamatoria, prevenir modificaciones terapéuticas innecesarias y promover un abordaje multidisciplinario orientado a mejorar la atención integral y la calidad de vida de los pacientes.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom032

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y GENÉTICAS DE LOS SÍNDROMES DE POLIPOSIS GASTROINTESTINAL HEREDITARIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: SERIE DE CASOS

K. Zambrano-Ramírez, B. Araiza-Ramírez, M. Sosa-Arce, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Los síndromes de poliposis gastrointestinal hereditaria constituyen un grupo de enfermedades poco frecuentes caracterizadas por el desarrollo de múltiples pólipos y un mayor riesgo de neoplasias gastrointestinales. Su presentación clínica, endoscópica, histopatológica y molecular es heterogénea, lo que dificulta el diagnóstico diferencial. El síndrome de poliposis juvenil se asocia principalmente con variantes patogénicas en SMAD4 y BMPR1A, mientras que las variantes en APC caracterizan la poliposis adenomatosa familiar. La integración de los antecedentes familiares, la endoscopia, la histopatología y el estudio molecular es fundamental para establecer el diagnóstico, orientar el tratamiento y definir la vigilancia. La experiencia en la población pediátrica es todavía limitada.
Objetivo: Describir las características clínicas, endoscópicas, histopatológicas, genéticas y terapéuticas de una serie de pacientes pediátricos con síndromes de poliposis gastrointestinal hereditaria.
Reporte de casos: Se realizó una revisión retrospectiva de cinco pacientes pediátricos con síndromes de poliposis gastrointestinal hereditaria atendidos en un hospital de tercer nivel. Tres fueron mujeres y dos hombres, con edad al diagnóstico entre 4 y 15 años. La hematoquecia fue la forma de presentación más frecuente (4/5), seguida de estreñimiento (1/5); todos presentaban antecedentes familiares de poliposis o neoplasias gastrointestinales. Dos pacientes eran hermanas y compartían la misma variante patogénica en BMPR1A. En la evaluación endoscópica, tres presentaron más de 100 pólipos, uno entre 50 y 100 y uno entre 5 y 100, con predominio en colon y recto. La histopatología mostró pólipos juveniles, mixtos hiperplásicos-adenomatosos, adenomas tubulares con displasia de bajo grado y un pólipo mixto hamartomatoso-adenomatoso. El estudio molecular identificó variantes patogénicas en BMPR1A en dos pacientes, en APC en dos y en SMAD4 en uno, aunque en este último no se disponía de la nomenclatura molecular. Un paciente fue sometido a colectomía total, tres permanecieron en vigilancia endoscópica y uno fue elegible para tratamiento quirúrgico.
Discusión: Esta serie evidencia la heterogeneidad clínica y molecular de los síndromes de poliposis gastrointestinal hereditaria. La integración de los antecedentes familiares, los hallazgos endoscópicos, la histopatología y el estudio molecular permitió establecer el diagnóstico y orientar la conducta terapéutica. La elevada carga polipoidea condicionó vigilancia endoscópica estrecha o tratamiento quirúrgico, lo que resalta la importancia del diagnóstico temprano para prevenir complicaciones y disminuir el riesgo de transformación maligna.
Conclusiones: Los síndromes de poliposis gastrointestinal hereditaria requieren un abordaje integral basado en la historia familiar, la endoscopia, la histopatología y el estudio molecular. Su identificación temprana permite individualizar la vigilancia, definir oportunamente el tratamiento y realizar asesoramiento genético a los familiares en riesgo.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom033

DESCRIPCIÓN Y DESENLACES CLÍNICOS DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESTENOSIS ESOFÁGICA SECUNDARIA A LA INGESTA DE CÁUSTICOS

M. F. Torres-Ruiz, K. I. Ramírez-Beltrán, E. Montijo-Barrios, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, E. Toro-Monjaraz, R. Cervantes-Bustamante, F. E. Zárate-Mondragón, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La ingestión de cáusticos es una urgencia médica relevante y prevenible en la población pediátrica. En la evaluación inicial endoscópica a las 24 horas de la ingesta se utiliza la escala de Zargar para clasificación del daño y riesgo de desarrollar estenosis esofágica. Se ha descrito que el tratamiento endoscópico de la estenosis esofágica depende de sus características, complejidad, longitud, localización y extensión, el cual puede ir desde la dilatación endoscópica hasta un tratamiento quirúrgico. Esta complicación condiciona un impacto significativo en el estado nutricional y la calidad de vida.
Objetivo: Describir las características clínicas, evolución y respuesta al tratamiento endoscópico de pacientes pediátricos que desarrollaron estenosis esofágica posterior a ingestión de cáusticos.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y descriptivo. Se analizaron los expedientes electrónicos de pacientes pediátricos que desarrollaron estenosis esofágica posterior a la ingesta de cáusticos. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de estadística descriptiva, comparaciones pareadas con las pruebas exactas de Wilcoxon, comparaciones entre grupos independientes con la prueba U de Mann-Whitney y las asociaciones entre variables con la prueba exacta de Fisher.
Resultados: Se analizó a un total de 9 pacientes, con una edad media de 2,86 ± 1,93 años y predominio del sexo masculino (77%). El tipo de sustancia más ingerida fue el álcali (88,9%), con una gravedad inicial según clasificación de Zargar en 50% con lesiones de grado IIB, seguido del grado IIIA en un 37,5% y el grado IIIB en un 12,5%. La localización más común es la porción proximal (44,5%). En cuanto a la evolución y respuesta clínica al tratamiento endoscópico, se observó un tiempo promedio de desarrollo de la estenosis de 18,0 ± 6,14 días. El número medio de dilataciones requeridas por paciente fue de 8,22 ± 8,33. En el 80% de los casos se realizó dilatación con balón y en dos casos se utilizaron fármacos adyuvantes como mitomicina y triamcinolona. Se observó un incremento del diámetro esofágico de una media inicial de 8,20 ± 1,09 mm a una media final de 13,30 ± 3,49 mm (p = 0,063). Se documentó una mejoría de pacientes libres de disfagia del 44,4% al 77,8% al final del seguimiento. De los cinco pacientes sin desnutrición, el 40% progresó hacia desnutrición. De los cuatro que ingresaron con desnutrición, sólo el 25% logró recuperarse nutricionalmente. En cuanto a hallazgos según tipo de estenosis (**Tabla 1**): no se identificó asociación entre la gravedad inicial de la lesión y el tipo de estenosis. Los pacientes con estenosis simple finalizaron con un éxito clínico del 100% y de los pacientes con estenosis compleja el éxito clínico fue del 50%. El 100% de los pacientes con estenosis simple evolucionó sin complicaciones, mientras que el 50% de las estenosis complejas presentó alguna complicación grave.
Conclusiones: La estenosis esofágica secundaria a ingestión de cáusticos ocurre mayormente tras consumo de sustancias alcalinas. El tratamiento endoscópico logró un incremento del diámetro del esófago, con mejoría clínica

Tabla 1. Desenlaces clínicos según el tipo de estenosis. (**Dom033**)

Variable	Estenosis simple (n = 5)	Estenosis compleja (n = 4)	Valor de p
Lesión inicial			
Zargar IIB	2 (50%)	2 (50%)	1,000
Zargar IIIA-IIIB	2 (50%)	2 (50%)	
Éxito clínico*	5 (100%)	2 (50%)	0,167
Complicaciones graves**	0 (0%)	2 (50%)	0,167
Necesidad de cirugía de reemplazo esofágica	1 (20%)	1 (25%)	1,000

*Ausencia de disfagia al final del seguimiento. **Complicaciones graves: sangrado o perforación.

de la disfagia al final del seguimiento. Las estenosis simples tuvieron mejores desenlaces clínicos, sin complicaciones. La recuperación nutricional fue limitada, ya que algunos pacientes desarrollaron desnutrición durante el seguimiento y la minoría de aquéllos con diagnóstico de desnutrición logró una recuperación ponderal, lo que destaca la necesidad de mantener un estrecho seguimiento nutricional durante y después del tratamiento endoscópico.
Financiamiento: Este trabajo no fue financiado.

Dom034

HALLAZGOS EN MANOMETRÍA ESOFÁGICA CON BASE EN LA CLASIFICACIÓN DE CHICAGO 4.0 EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA

B. S. Hernández-Rosales, K. A. Cosetl-Sánchez, Hospital General Centro Médico Nacional

Introducción: Las enfermedades reumatológicas pediátricas presentan manifestaciones multisistémicas, incluido el compromiso gastrointestinal, y el esófago es particularmente susceptible a las alteraciones motoras. La manometría esofágica de alta resolución (HRM), interpretada mediante la Clasificación de Chicago versión 4.0, puede identificar los trastornos motores esofágicos. El uso temprano de la HRM es muy importante para detectar estas alteraciones, prevenir complicaciones y guiar un manejo que mejore el pronóstico y la calidad de vida de los niños y adolescentes con enfermedades reumatológicas, ya que la evidencia en México es escasa.
Objetivo: Describir los hallazgos obtenidos mediante HRM, con base en la Clasificación de Chicago 4.0, en pacientes pediátricos con enfermedades reumatológicas.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en pacientes de 0 a 17 años con diagnóstico confirmado de enfermedad reumatológica sometidos a HRM en la UMAE Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza entre 2022 y 2024. Se efectuó un análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.
Resultados: Se incluyó a nueve pacientes, con predominio del sexo femenino (78%). La disfagia constituyó el síntoma más frecuente (55,6%). El 55,6% presentó alteraciones manométricas; la motilidad esofágica ineficaz fue el trastorno más común (22,2%), seguida de la obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogástrica y el esófago hipercontráctil (11,1% cada uno). Se identificó a un paciente con alteraciones manométricas en ausencia de síntomas clínicos evidentes (**Tabla 1**).

Tabla 1. Distribución de los trastornos motores esofágicos según la enfermedad reumatológica. (**Dom034**)

Enfermedad reumatológica	Motilidad normal	MEI	EGJOO	Esófago hipercontráctil
Dermatomiositis juvenil (n = 3)	■	■	■	–
Lupus eritematoso sistémico (n = 2)	■	–	–	■
Esclerosis sistémica (n = 2)	■	■	–	–
Artritis idiopática juvenil (n = 1)	■	–	–	–
Síndrome de Sjögren (n = 1)	–	–	■	–

■ Presencia del hallazgo; – Ausencia del hallazgo; MEI, motilidad esofágica inefectiva; EGJOO, obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogástrica.

El análisis de los parámetros cuantitativos obtenidos mostró una presión integrada de relajación (IRP) media de 7,1 ± 8,3 mmHg, con una mediana de 5,2 mmHg. El índice contráctil distal (DCI) presentó una media de 2 638,4 ± 3 792,8 mmHg·s·cm y una mediana de 1 471 mmHg·s·cm. La latencia distal (DL) mostró una media de 7,1 ± 1,1 segundos y una mediana de 7,1 segundos.
Conclusiones: Las alteraciones motoras esofágicas fueron frecuentes y diversas en esta población. La HRM interpretada mediante la Clasificación de Chicago 4.0 demostró ser una herramienta útil para la detección temprana y caracterización del compromiso esofágico, ya que la identificación de alteraciones manométricas en ausencia de manifestaciones clínicas evidentes sugiere que el compromiso esofágico puede presentarse de manera subclínica.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom035

PREVALENCIA Y ESPECTRO CLINICOPATOLÓGICO DE LA HETEROTOPIA GÁSTRICA ESOFÁGICA EN NIÑOS: ESTUDIO UNICÉNTRICO DE 10 AÑOS

E. M. Contreras-Hernández, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, E. Montijo-Barrios, E. M. Toro-Monjaraz, R. Cervantes-Bustamante, F. Zárate-Mondragón, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La heterotopia gástrica esofágica, o parche gástrico cervical, corresponde a mucosa gástrica ectópica, usualmente en el esófago proximal. Aunque suele ser incidental, se ha asociado con síntomas tipo reflujo, disfagia, globus, sangrado y cambios inflamatorios locales. En pediatría existe información limitada y su frecuencia puede subestimarse por falta de inspección sistemática del esófago proximal y biopsia dirigida.
Objetivo: Describir la prevalencia endoscópica, presentación clínica, características macroscópicas, correlación histopatológica, tratamiento y evolución de pacientes pediátricos con heterotopia gástrica esofágica.
Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes pediátricos con hallazgos endoscópicos compatibles con heterotopia gástrica esofágica o parche gástrico cervical en el Instituto Nacional de Pediatría entre 2016 y 2026. La población fuente incluyó a 3 200 niños sometidos a endoscopia digestiva alta. Los estudios se realizaron por indicaciones clínicas no relacionadas con sospecha previa de heterotopia; por tanto, la lesión se consideró un hallazgo endoscópico durante la evaluación de otros síntomas gastrointestinales o extraesofágicos. Se excluyeron heterotopia pancreática y lesiones ectópicas no esofágicas. Se extrajeron datos demográficos, clínicos, endoscópicos, histopatológicos, terapéuticos y de evolución. Las manifestaciones clínicas se registraron como síntomas o indicaciones presentes al momento de la endoscopia, sin asumir causalidad directa. Los casos se clasificaron como tipo 1 cuando la lesión fue incidental o existían hallazgos alternativos que explicaran los síntomas, tipo 2 cuando los síntomas fueron potencialmente atribuibles a la heterotopia sin otra explicación clara, y tipo 3 ante complicaciones morfológicas, displasia o neoplasia.
Resultados: Se identificó a 24 pacientes, con frecuencia endoscópica de 0,75% (24/3 200; 7,5 casos por 1 000 endoscopias). La edad media fue de 11,2 años, con mediana de 11,5 años y rango de 1–17 años; 14 fueron hombres (58,3%). Todas las lesiones se localizaron en esófago proximal/superior. Los síntomas o indicaciones más frecuentes fueron reflujo o epigastralgia (8/24, 33,3%), disfagia o globus (5/24, 20,8%), vómito o rumiación (3/24, 12,5%), dolor abdominal (2/24, 8,3%) y sangrado gastrointestinal (2/24, 8,3%). La atribución causal fue incierta en varios casos por hallazgos concomitantes. Diecisiete pacientes fueron tipo 1 (70,9%), siete tipo 2 (29,1%) y ninguno tipo 3. Las lesiones fueron únicas en 14 pacientes (58,3%) y múltiples en 10 (41,7%); el tamaño mediano fue 10 mm (rango, 2–60). La biopsia confirmó mucosa gástrica heterotópica en 15 pacientes (62,5%). En 9 (37,5%) la biopsia no fue confirmatoria y se interpretó como limitación del sitio/toma de biopsia más que exclusión diagnóstica, dado el aspecto macroscópico homogéneo compatible con heterotopia. La mayoría recibió manejo conservador, principalmente inhibidor de bomba de protones con/sin sucralfato; algunos recibieron erradicación de *Helicobacter pylori*. Hubo mejoría completa en 15 pacientes (62,5%), parcial en 6 (25,0%) y no valorable en 3 (12,5%). Las características basales se resumen en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características clínicas, endoscópicas e histopatológicas de pacientes pediátricos con heterotopia gástrica esofágica. (**Dom035**)

Característica	Valor
Período de estudio	2016-2026
Población fuente, endoscopias digestivas altas pediátricas	3 200
Pacientes con heterotopia gástrica esofágica	24
Frecuencia endoscópica	0,75%
Edad al momento de la endoscopia índice, media	11,2 años
Rango de edad	1–17 años

Sexo masculino	14 (58,3%)
Sexo femenino	10 (41,7%)
Heterotopia tipo 1	17 (70,9%)
Heterotopia tipo 2	7 (29,1%)
Heterotopia tipo 3	–
Lesión única	14 (58,3%)
Lesiones múltiples	10 (41,7%)
Tamaño mediano de la lesión	10 mm
Rango de tamaño de la lesión	2–60 mm
Confirmación histológica de mucosa gástrica heterotópica	15 (62,5%)
Mejoría clínica completa	15 (62,5%)
Mejoría clínica parcial	6 (25,0%)
Evolución clínica no valorable	3 (12,5%)

Conclusiones: En esta cohorte pediátrica de 10 años, la heterotopia gástrica esofágica fue un hallazgo proximal poco frecuente, con fenotipo macroscópico consistente. La mayoría de los casos fueron incidentales o con atribución sintomática incierta por hallazgos concomitantes. La falta de confirmación histológica probablemente reflejó muestreo no dirigido/subóptimo, no ausencia real de mucosa heterotópica. La inspección sistemática del esófago proximal y la biopsia dirigida pueden mejorar la correlación clínico-patológica e identificar casos clínicamente relevantes.
Financiamiento: Ninguno.

Dom036

PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS DISPÉPTICOS TRAS LA ERRADICACIÓN EXITOSA DE *HELICOBACTER PYLORI* EN NIÑOS: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO MEDIANTE PRUEBA DE ALIENTO CON UREA MARCADA CON CARBONO-13

I. Arriaga-Rivero, F. Zárate-Mondragón, E. M. Toro-Monjaraz, R. Cervantes-Bustamante, E. Montijo-Barrios, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, Z. Cai, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La asociación entre la erradicación de *Helicobacter pylori* y la resolución de los síntomas dispépticos en la población pediátrica es todavía motivo de debate. Aunque la terapia de erradicación elimina la infección en la mayoría de los pacientes, una proporción importante persiste sintomática, lo que sugiere la participación de mecanismos fisiopatológicos distintos de la infección activa.
Objetivo: Determinar la frecuencia de persistencia de síntomas dispépticos tras la erradicación exitosa de *H. pylori* y evaluar la asociación entre el estado de infección posterior al tratamiento y la persistencia de los síntomas.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes pediátricos con síntomas dispépticos e infección por *H. pylori* confirmada mediante histología gástrica o reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Se registraron las características clínicas, así como los hallazgos endoscópicos, histológicos y moleculares basales. Posteriormente, el éxito de la erradicación se confirmó mediante la prueba de aliento con urea marcada con carbono-13 (UBTest-13C). Durante el seguimiento se evaluó la persistencia de los síntomas dispépticos. La asociación entre las variables clínicas y paraclínicas y la persistencia sintomática se analizó mediante las pruebas x^2 y exacta de Fisher.
Resultados: Se incluyó a 79 pacientes. La histología fue positiva para *H. pylori* en 70 (88,6%) y la PCR en 62 (78,5%). El hallazgo endoscópico gástrico más frecuente fue la gastritis nodular (35,4%), mientras que el 55,7% presentó un duodeno endoscópicamente normal. La erradicación se confirmó en 65 pacientes (82,3%). A pesar de la erradicación, 36 de los 65 pacientes (55,4%) presentaron persistencia de síntomas dispépticos. El dolor epigástrico fue el síntoma predominante (67,1%), seguido de pirosis (41,8%), distensión abdominal (38,0%), saciedad temprana (17,7%), náusea (15,2%) y dolor abdominal nocturno (6,3%). La persistencia de síntomas se observó en 11 de 14 pacientes (78,6%) con infección persistente, en comparación con 36 de 65 (55,4%) de aquéllos con erradicación documentada. Aunque esta proporción fue mayor en los pacientes con infección persistente, no se demostró una asociación estadísticamente significativa entre el resultado del UBTest-13C posterior al tratamiento y la persistencia sintomática (x^2 = 2,57; p = 0,109; OR = 2,95; IC95%, 0,75–11,59). Asimismo, la positividad basal por PCR, los hallazgos histológicos y la presencia de gastritis nodular no se asociaron con la persistencia de los síntomas durante el seguimiento.
Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes pediátricos permanecieron sintomáticos a pesar de la erradicación exitosa de *H. pylori*. La elevada frecuencia de persistencia sintomática observada en esta cohorte fue mayor que la descrita en estudios pediátricos previos y sugiere que la eliminación de la bacteria, por sí sola, no explica la resolución de los síntomas. Además, los marcadores basales convencionales de infección e inflamación gástrica no permitieron identificar a los pacientes con mayor riesgo de persistencia clínica. Estos hallazgos respaldan la participación de mecanismos adicionales en la fisiopatología de la dispepsia pediátrica, incluidos los trastornos de la interacción intestino-cerebro, la hipersensibilidad visceral y otros factores no infecciosos. Se requieren estudios prospectivos para identificar predictores de persistencia sintomática tras la terapia de erradicación.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom038

CAVERNOMATOSIS PORTAL, SERIE DE CASOS

R. M. De-La-Rosa-Huerta, J. R. Andrade-García, Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: La cavernomatosis portal es una enfermedad poco frecuente en la población pediátrica, causada por trombosis de la vena porta, que provoca hipertensión portal. Se ha relacionado con la realización de cateterismo umbilical, traumatismos abdominales e infecciones del período neonatal. Objetivo: Describir cuadro clínico, factores de riesgo, hallazgos endoscópicos y manejo de pacientes pediátricos con cavernomatosis portal atendidos en un hospital de referencia.
Reporte de casos: Paciente femenino de dos meses, con antecedente de asfixia neonatal y sepsis por Klebsiella pneumoniae en periodo neonatal, desde el primer mes de vida con episodios recurrentes de hematemesis y melena que condicionaron anemia grave, transfusión de concentrados eritrocitarios. Endoscopia con várices esofágicas de gran calibre y várices fúndicas con punto de fibrina, sin evidencia de sangrado activo.
Paciente masculino de 14 años, con antecedente de hipoxia neonatal, anemia grave y hematemesis recurrente desde los nueve años. La endoscopia documentó hipertensión portal presinusoidal secundaria a transformación cavernomatosa de la vena porta, con circulación colateral portosistémica, várices esofágicas y gástricas tipo GOV2. Recibió tratamiento endoscópico con cianoacrilato y mostró progresión de las várices; fue referido para valoración quirúrgica por el alto riesgo de resangrado.
Paciente femenino de cinco años, con antecedente de prematurez e infección congénita por citomegalovirus y sífilis; desarrolló trombosis de la vena porta con hipertensión portal y várices esofagogástricas. Episodios previos de hemorragia digestiva alta tratados mediante ligadura endoscópica y manejo farmacológico con propanolol.
Paciente masculino de 13 años con hipertensión portal secundaria a trombosis crónica de la vena porta, várices esofágicas recurrentes y trombocitopenia por hiperesplenismo, con múltiples episodios de hemorragia digestiva. Debido a la recurrencia del sangrado fue sometido a derivación esplenorrenal.
Paciente masculino de cuatro años con antecedente neonatal de sepsis, colestasis por citomegalovirus y uso de catéter venoso umbilical; presentó hemorragia digestiva alta secundaria a hipertensión portal presinusoidal. La endoscopia reveló várices esofágicas y gástricas (GOV1). Requirió ligadura, escleroterapia con cianoacrilato, transfusiones y tratamiento con terlipresina. El ultrasonido fue compatible con trombosis portal y cavernomatosis (**Tabla 1**).
Discusión: Se incluyó a cinco pacientes pediátricos con hipertensión portal secundaria a enfermedad vascular portal, cuya edad osciló entre 2 meses y 14 años. La manifestación clínica predominante fue la hemorragia del tubo digestivo alto por várices esofagogástricas, con anemia que requirió transfusión en la mayoría de los casos. El cuadro típico es esplenomegalia silenciosa que evoluciona durante varios años, asociada con citopenias con diferentes grados de gravedad, especialmente trombocitopenia, secundaria al hiperesplenismo que se desarrolla. Tres pacientes presentaron antecedentes neonatales de enfermedad crítica con uso de catéter venoso umbilical o sepsis neonatal. La endoscopia digestiva alta confirmó várices esofágicas en todos los pacientes y várices gástricas en cuatro. Dos pacientes requirieron esclerosis con cianoacrilato para várices fúndicas, dos se trataron mediante ligadura de várices esofágicas y uno se sometió a derivación esplenorrenal

Tabla 1. Características clínicas, antecedentes perinatales, hallazgos endoscópicos, tratamiento y evolución de los pacientes pediátricos con cavernomatosis portal incluidos en la serie de casos. (**Dom038**)

Edad	Sexo	Diagnóstico	Antecedentes perinatales	Hallazgos endoscópicos	Tratamiento o intervención	Complicaciones relevantes
4 años	M	Dx Diciembre 2025 Cavernomatosis portal, hipertensión portal presinusoidal y várices gástricas GOV1	Sepsis temprana, hiperbilirrubinemia, uso de catéter venoso umbilical (CVU) y colestasis por citomegalovirus	Várices esofágicas grandes en tercio medio y distal, 3 várices fúndicas (GOV1) y eritema prepilórico	Ligadura de várices esofágicas y fúndicas, escleroterapia con cianoacrilato y manejo con terlipresina	Hematemesis abundante (STDA activo), melena, bradicardia y esplenomegalia moderada
6 años	F	Dx Octubre 2023 Trombosis de vena porta y várices esofágicas	Prematures, (33,6 SDG, sífilis congénita, TORCH+ citomegalovirus, hiperbilirrubinemia y síndrome colestásico	Múltiples várices esofágicas de gran calibre en tercio distal y medio; várices gástricas tipo GOV1	Ligadura elástica de 14 várices esofágicas y esclerosis de várices	Hematemesis recurrente, esplenomegalia y trombocitopenia secundaria a valganciclovir
14 años	M	Dx Febrero 2026 Hipertensión portal presinusoidal, cavernomatosis portal y várices esofágicas/fúndicas	De término (40 SDG) hipoxia neonatal, portador de catéter umbilical	Várices esofágicas grandes, várices fúndicas GOV2 y gastropatía hipertensiva	Aplicación previa de cianoacrilato en várices fúndicas y manejo con hierro y ácido fólico	Hematemesis recurrente, hematoquecia, anemia grave y progresión de várices pese a manejo endoscópico
13 años	M	Dx 2015. Hipertensión portal secundaria a trombosis de la vena porta y várices esofágicas	De término, asfixia perinatal y síndrome de aspiración de meconio	Várices esofágicas (múltiples eventos previos)	Derivación esplenorrenal quirúrgica, transfusiones múltiples y tratamiento anticoagulante	Atelectasia derecha, derrame pleural, trombocitopenia por esplenomegalia e hipotensión transoperatoria
2 años	F	Dx Marzo 2026 Cavernomatosis portal e hipertensión portal (hemorragia gastrointestinal no especificada)	De termino (41 SDG), asfixia neonatal, SIRS, trombocitopenia grave y sepsis por *Klebsiella pneumoniae*	Várices esofágicas dilatadas en cordones y várices fúndicas con punto de fibrina	Endoscopia diagnóstica y transfusión de concentrados eritrocitarios	Broncoespasmo durante la endoscopia, anemia grave y antecedentes de hematemesis y melena

por progresión de la hipertensión portal y alto riesgo de resangrado. En todos los casos se conservó la función hepática, lo que apoya el diagnóstico de hipertensión portal de origen presinusoidal.
Conclusiones: La cavernomatosis portal es una enfermedad poco frecuente causada por la trombosis de la vena porta y es la principal causa de hipertensión portal en niños. La principal manifestación clínica inicial de la hipertensión portal es la hemorragia del tubo digestivo alto, lo que permite detectar las várices y establecer el diagnóstico.
Financiamiento: No se recibió ningún apoyo para la realización del trabajo.

Dom039

FACTORES ASOCIADOS CON LA SUPERVIVENCIA A 12 Y 60 MESES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HEPATOBLASTOMA ATENDIDOS EN EL NUEVO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "DR. JUAN I. MENCHACA" (NHCG-JIM) DURANTE EL PERIODO 1999-2026

C. Ochoa-Díaz, V. Soto-Chávez, L. E. Flores-Fong, K. J. Enríquez-Pérez, J. C. Lona-Reyes, M. R. Hernández-Sánchez, M. Hernández-Peralta, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: Las neoplasias hepáticas primarias representan menos del 2% de los tumores en pediatría; el hepatoblastoma es el tumor más prevalente. Objetivo: Analizar la supervivencia global a 12 y 60 meses en pacientes pediátricos con hepatoblastoma atendidos en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" e identificar los factores asociados con la mortalidad.
Reporte de casos: Se analizó a 22 pacientes. El 73,3% (n = 17) pertenecía al sexo masculino y el 22,7% (n = 5) al femenino. La mediana de edad al diagnóstico fue de 17 meses (rango, 3–110; RIQ 34). El 86,4% (n = 19) presentó estadios avanzados PRETEXT 3 o 4, mientras que el 13,6% (n = 3) PRETEXT 1 o 2. Los tipos histológicos identificados fueron epitelial (77,3%, n = 17) y mixto (22,7%, n = 5). La mediana de alfafetoproteína inicial fue de 30 000 ng/mL (RIQ 51 100). Al diagnóstico, el 22,7% (n = 5) presentó metástasis pulmonar. Las manifestaciones clínicas más comunes fueron anemia (63,6%), dolor abdominal (54,5%), distensión abdominal (54,5%) y anorexia (27,3%). Respecto del tratamiento, el 90,9% (n = 20) recibió quimioterapia neoadyuvante con esquema PLADO y el 9,1% (n = 2) SUPERPLADO. Se logró la resección del tumor primario en el 72,7% (n = 16) de los casos. Tras la cirugía recibieron quimioterapia adyuvante PLADO el 66,6% (n = 14) y SUPERPLADO el 36,4% (n = 8). Dos pacientes recibieron sorafenib. Con una mediana de seguimiento de 19 meses (RIQ 39,6), la mortalidad global fue del 50% (n = 11). La supervivencia acumulada fue del 76,6% a los 12 meses y del 36,5% a los 60 meses. Los principales factores asociados con mayor mortalidad fueron: metástasis al diagnóstico (HR 8,3; IC95%, 1,9–35,2; p < 0,001), falta de resección quirúrgica tumoral (HR 25,6; IC95%, 2,6–248; p < 0,001) y requerimiento de esquema adyuvante intensificado SUPERPLADO (HR 11,6; IC95%, 2,3–60; p < 0,001).
Discusión: El hepatoblastoma predominó en los varones. Destaca un alto porcentaje de pacientes diagnosticados en etapas avanzadas (PRETEXT III-IV), reflejo de un diagnóstico tardío. La supervivencia global observada fue inferior a la reportada en series internacionales (SIOPEL/COG), influida por la extensión tumoral inicial y la oportunidad quirúrgica. La resecabilidad del tumor primario se confirmó como el pilar determinante de la supervivencia, pues su ausencia representó el mayor riesgo de mortalidad. El uso de esquemas de quimioterapia más agresivos en el posquirúrgico refleja tumores con un comportamiento biológico de mayor riesgo.
Conclusiones: El estadio avanzado al diagnóstico, la enfermedad metastásica y la imposibilidad de resección quirúrgica completa constituyeron los determinantes fundamentales de mortalidad en esta cohorte. Es imprescindible fortalecer el diagnóstico temprano y garantizar la derivación oportuna a centros especializados para mejorar el control quirúrgico y la supervivencia a largo plazo.
Financiamiento: Ninguno.

Dom040

FACTORES ASOCIADOS A TROMBOSIS DE LA VENA PORTA EN RECIÉN NACIDOS CON CATÉTER VENOSO UMBILICAL: PRUEBA PILOTO Y RESULTADOS PRELIMINARES

J. C. Rivas-Rodríguez, L. A. Orellana-Chacón, A. Valdés-Cervantes, R. M. Martínez-García, K. L. Williams-Antúnez, I. A. Cura-Esquivel, C. A. Zapata-Castilleja, A. Nieto-Sanjuanero, J. A. López-Heredia, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: El cateterismo venoso umbilical (CVU) es un procedimiento frecuente en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) e indispensable

para el manejo del recién nacido crítico. Sin embargo, su colocación en posición no central puede asociarse con complicaciones vasculares, entre ellas la trombosis de la vena porta (TVP). Aunque suele cursar de forma subclínica en el periodo neonatal, su persistencia puede condicionar cavernomatosis portal e hipertensión portal prehepática, con riesgo posterior de várices esofágicas y hemorragia digestiva. La ecografía Doppler permite su detección temprana y vigilancia

Objetivo: Reportar una prueba piloto y resultados preliminares de una cohorte prospectiva de recién nacidos con CVU y evaluar la frecuencia de TVP y su asociación con factores clínicos y procedimentales.

Material y métodos: Se realizó una prueba piloto con análisis preliminar de una cohorte prospectiva de recién nacidos hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la Universidad Autónoma de Nuevo León, a quienes se colocó CVU durante su estancia hospitalaria. El protocolo contempla seguimiento mediante ecografía Doppler en los días 3, 10 y 45 posteriores a la colocación del catéter. Se excluyó a los neonatos con malformaciones congénitas hepáticas o vasculares, alteraciones hematológicas conocidas o imposibilidad para realizar ecografía Doppler. La TVP se definió como material ecogénico intraluminal en el tronco o ramas portales, asociado a flujo ausente o reducido mediante Doppler a color. La posición del catéter se clasificó como central o no central. A partir de las incidencias observadas en la prueba piloto, se calculó el tamaño de muestra mediante comparación de dos proporciones, tras considerar TVP de 5,6% en catéteres centrales y 36,8% en no centrales, e incluir 24 pacientes por grupo. La posición del catéter se analizó en la cohorte preliminar completa; los demás factores se evaluaron en un subgrupo con seguimiento completo a 45 días. Se calcularon riesgos relativos con intervalos de confianza al 95% y prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se incluyó a 37 recién nacidos con CVU para el análisis de posición. Hasta 18 tuvieron catéter central y 19 no central. La incidencia global preliminar de TVP fue de 21,6% (8/37). La trombosis se presentó en 1/18 pacientes con catéter central (5,6%) y en 7/19 con catéter no central (36,8%). La posición no central se asoció con mayor riesgo de TVP (RR 6,63; IC95%, 0,90–48,69; p = 0,042). En 25 pacientes con seguimiento completo a 45 días, la incidencia de trombosis fue de 28,0% (7/25). La prematurez (RR 0,89; IC95%, 0,25–3,15; p = 1,000) y el bajo peso al nacer (RR 0,95; IC95%, 0,27–3,40; p = 1,000) no se asociaron con mayor riesgo de trombosis. El uso de nutrición parenteral mostró RR 2,38 (IC95%, 0,73–7,75; p = 0,298), las transfusiones sanguíneas RR 2,93 (IC95%, 0,97–8,91; p = 0,180) y la duración del catéter mayor de siete días RR 1,60 (IC95%, 0,43–5,96; p = 0,597), sin alcanzar significancia estadística. La toma de muestras por catéter no pudo analizarse como factor asociado, ya que se realizó en todos los pacientes.

Conclusiones: Con estos resultados preliminares, la TVP porta fue una complicación frecuente en recién nacidos con CVU. La posición no central mostró la asociación más relevante con trombosis portal. Aunque la nutrición parenteral, la transfusión sanguínea y la duración mayor de siete días presentaron mayor incidencia de trombosis, no alcanzaron significancia estadística, probablemente por el tamaño muestral preliminar. Estos hallazgos apoyan la verificación adecuada de la posición del catéter y la vigilancia sistemática mediante ecografía Doppler para identificar tempranamente TVP y prevenir complicaciones a largo plazo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom041

PREVALENCIA DE ESTEATOSIS Y FIBROSIS HEPÁTICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON SOBREPESO U OBESIDAD POR ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN Y SU CORRELACIÓN CON EL PERÍMETRO DE CINTURA

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 Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) se ha convertido en la principal causa de enfermedad hepática crónica en la población pediátrica, en paralelo al incremento global de la obesidad infantil. Se calcula que su prevalencia en niños con sobrepeso u obesidad puede superar el 30–50% y representa un problema creciente de salud pública debido a su potencial progresión a fibrosis, cirrosis e incluso carcinoma hepatocelular en etapas tempranas de la vida. La elastografía de transición es una herramienta no invasiva útil para la evaluación simultánea de esteatosis y fibrosis hepática, dado que permite una adecuada estratificación del riesgo. En este contexto, la identificación de marcadores clínicos simples, como el perímetro de cintura, podría facilitar la detección temprana de daño hepático en esta población.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los grados de esteatosis y fibrosis hepática mediante elastografía de transición en niños con sobrepeso u obesidad, así como evaluar su correlación con el perímetro de cintura.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en una cohorte de pacientes pediátricos con sobrepeso y obesidad, definido por IMC > percentil 85°, a los que se les realizó una elastografía hepática de transición para determinar fibrosis y esteatosis. Se registró el perímetro de cintura como indicador de adiposidad central. La asociación entre las variables se evaluó mediante la prueba de correlación de rangos de Spearman. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 202 pacientes (104 niños [51,4%] y 98 niñas [48,5%]), con una edad media de 11 ± 4,5 años. La distribución según el estado nutricional fue: 51 con sobrepeso (25,2%), 102 con obesidad (50,5%) y 49 con obesidad grave (24,2%). Del total, 120 pacientes (59,4%) presentaron esteatosis (S1: 56,6%, S2: 14,1%, S3: 29,1%). Asimismo, 55 pacientes (27,2%) mostraron algún grado de fibrosis (F1: 74,5%, F2: 21,8%, F3: 3,6%). El perímetro de cintura promedio fue significativamente mayor en niños (82,5 cm ± 13 cm) respecto de las niñas (77,8 cm ± 12 cm). Se aplicó la prueba de correlación de rangos de Spearman para evaluar la asociación entre el perímetro de cintura Se encontró una correlación positiva y significativa entre el perímetro de cintura y el grado de esteatosis = 0,58, $p < 0,001$, Asimismo, la correlación con el grado de fibrosis mostró un coeficiente = 0,34, $p < 0,001$.

Conclusiones: Se encontró una alta prevalencia de esteatosis y fibrosis grado I en esta población pediátrica que pudiera a largo plazo condicionar el desarrollo de cirrosis. El perímetro de cintura mostró una correlación positiva y significativa con la gravedad tanto de la esteatosis como de la fibrosis hepática.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom042

RESOLUCIÓN EXITOSA DE FALLA HEPÁTICA AGUDA SECUNDARIA A INGESTA DE HONGOS SILVESTRES, SERIE DE CASOS DE AGREGACIÓN FAMILIAR COMPARTIDA

V. M. Hernández-Ortiz, A. B. Mejía-Hernández, C. P. Acosta-Rodríguez-Bueno, A. N. Elizarrarás-Ortega, R. Vázquez-Frias, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La intoxicación por hongos silvestres es una causa infrecuente pero potencialmente mortal de falla hepática aguda (FHA). Los hongos hepatotóxicos pueden ocasionar lesión hepatocelular grave, coagulopatía y encefalopatía hepática. La experiencia publicada en población pediátrica, especialmente durante brotes comunitarios, es limitada y de alta mortalidad.

Objetivo: Describir la presentación clínica, el tratamiento y los desenlaces de tres pacientes pediátricos con FHA secundaria a intoxicación por hongos silvestres durante un brote familiar de agregación compartida.

Reporte de casos: En junio de 2026 ocurrió en Topilejo, Ciudad de México, un brote asociado al consumo de quesadillas elaboradas con hongos silvestres, que afectó a 13 personas: 6 adultos y 7 pacientes pediátricos. Tres niños previamente sanos fueron referidos al Hospital Infantil de México Federico Gómez por desarrollar FHA. Todos presentaron síntomas gastrointestinales iniciales, seguidos de lesión hepatocelular aguda, hiperbilirrubinemia y coagulopatía; uno desarrolló encefalopatía hepática grado II. Las características clínicas, bioquímicas y terapéuticas se muestran en la **Tabla 1**. El manejo incluyó soporte intensivo, vitamina K, penicilina G, derivados de silimarina/silibinina y medidas antiamonio. Los tres recibieron metilprednisolona a 10 mg/kg/día durante cinco días, con reducción posterior a 2 mg/kg/día, así como plasmaféresis; los dos casos de mayor gravedad requirieron además una sesión de hemodiálisis. Todos presentaron mejoría clínica y bioquímica progresiva, con recuperación del hígado nativo, sin trasplante hepático ni muerte.

Discusión: La evolución fue compatible con intoxicación por hongos hepatotóxicos, aunque no se contó con identificación micológica ni confirmación toxicológica. El tratamiento corticosteroide formó parte de una estrategia

Tabla 1. Características clínicas, valores de mayor gravedad, tratamiento y desenlace. (**Dom042**)

Variable	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad	8 años 11 meses	6 años 4 meses	3 años 4 meses
Sexo	Femenino	Femenino	Masculino
Encefalopatía hepática	No	No	Grado II
Bilirrubina total máxima (mg/dL)	5,52	2,46	3,35
ALT máxima (U/L)	1 778	6 588	4 928
AST máxima (U/L)	1 816	6 000	4 287
GGT máxima	20	246	55
INR máximo	3,86	2,36	7,97
Amonio máximo (µmol/L)	127	101	194
Factor V mínimo (%)	11,4	79,4	13,2
Factor VII mínimo (%)	4,5	38	4,9
Metilprednisolona	10 mg/kg/día × 5 días; después 2 mg/kg/día	10 mg/kg/día × 5 días; después 2 mg/kg/día	10 mg/kg/día × 5 días; después 2 mg/kg/día
Plasmaféresis	5 sesiones	2 sesiones	5 sesiones
Hemodiálisis	1 sesión	No	1 sesión
Trasplante hepático	No	No	No
Desenlace	Recuperación con hígado nativo	Recuperación con hígado nativo	Recuperación con hígado nativo

Nota: se muestran los valores de mayor gravedad registrados durante la evolución: máximos para bilirrubina total, ALT, AST, INR y amonio, y mínimos para los factores V y VII.

multimodal junto con el soporte intensivo y las terapias extracorpóreas. Debido al carácter descriptivo de la serie y a la administración simultánea de distintas intervenciones, no es posible establecer la contribución individual de cada tratamiento en la recuperación hepática. Los desenlaces observados resaltan la importancia del reconocimiento temprano, la vigilancia seriada, la referencia oportuna a centros especializados y la individualización del soporte extracorpóreo. La ausencia de identificación micológica no debe retrasar el tratamiento ni la referencia cuando exista alta sospecha clínica. Esta serie de casos intenta contribuir al tratamiento en este grupo etario.
Conclusiones: La intoxicación por hongos silvestres debe sospecharse ante síntomas gastrointestinales posteriores a su consumo y deterioro progresivo de las pruebas hepáticas. El reconocimiento temprano y el manejo multidisciplinario en centros especializados son fundamentales. Los tres pacientes sobrevivieron con recuperación del hígado nativo y sin requerir trasplante hepático.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Dom043

ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON MASLD

D. Castro-Mérida, R. Peña-Vélez, I. Silva-Ojeda, F. Hernández-Lara, Hospital General Zona Sur Dr. Eduardo Vázquez Navarro

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica asociada a la disfunción metabólica (MASLD) es la enfermedad hepática crónica más común en pediatría y está relacionada con el aumento de la prevalencia de la obesidad. Se ha descrito que la MASLD comparte mecanismos con la enfermedad renal crónica, como la resistencia a la insulina, la inflamación crónica y el estrés oxidativo.
Objetivo: Describir la alteración de la tasa de filtración glomerular en pacientes pediátricos con MASLD.
Material y métodos: Se incluyó a 38 pacientes pediátricos con obesidad, en quienes se documentó MASLD de acuerdo con los niveles de transaminasas (femenino ALT > 22 U/L y masculino ALT > 26 U/L), se evaluaron otros parámetros bioquímicos y se determinó la tasa de filtración glomerular (TFG) con fórmulas de Schwartz y TFG calculada (CKDEPI).
Resultados: La edad media fue de 209 ± 42 meses y el 44% (n = 17) correspondió a pacientes femeninos. La media de ALT fue de 52,6 ± 30 u/L. La media de TFG Schwarz fue de 120 ± 42 y la media de CKD-EPI fue de 157 ± 27. El 23,7% (n = 9) presentó hipofiltración, el 39,5% (n = 15) normofiltración y el 36,8% (n = 14) hiperfiltración. De acuerdo con CDK-EPI, el 97,4% (n = 37) mostró estadio 1 (normal o alto), y 1 paciente (2,6%) estadio 2 (descenso leve a moderado).
Conclusiones: El 76,3% de los pacientes pediátricos con MASLD presentó alteraciones de la tasa de filtrado glomerular consistente con hipofiltración e hiperfiltración, lo cual puede señalar lesión renal en etapas tempranas de la vida.
Financiamiento: Ninguno.

Dom044

ABSCESO HEPÁTICO NEONATAL ASOCIADO A CATETERIZACIÓN UMBILICAL: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE OCHO CASOS EN EL OCCIDENTE DE MÉXICO

E. M. Mendoza-Osorio, L. E. Flores-Fong, B. Y. Ruiz-Ruvalcaba, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara

Introducción: Los abscesos hepáticos en neonatos son infrecuentes; en la evidencia disponible, los abscesos hepáticos neonatales en México no cuentan con una serie epidemiológica nacional. Sin embargo, la literatura apoya que predominan las causas infecciosas bacterianas y que el principal contexto etiológico es la cateterización umbilical, en especial cuando hay mala posición del catéter. También se describen entre otras etiologías la sepsis, enterocolitis necrosante, cirugía abdominal y, con menor frecuencia, infección fúngica por *Candida*. Se considera que los abscesos hepáticos en neonatología son resultado de una infección ascendente por la vía umbilical y la vena porta, por vía hematógena o por contigüidad. La presentación clínica puede manifestarse como sepsis, lo que dificulta el diagnóstico específico; por ello, ante factores de riesgo y sospecha clínica, es recomendable tomar cultivos y confirmar esta entidad mediante un estudio de imagen.
Objetivo: Notificar una serie de casos de pacientes con abscesos hepáticos neonatales y describir su principal etiología y características clínicas.
Reporte de casos: Se describe a ocho pacientes con diagnóstico de absceso hepático neonatal atendidos desde 2014 hasta 2026 en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara. El diagnóstico se estableció por estudios de imagen (ultrasonido o tomografía computarizada), así como por aislamiento de microorganismos en hemocultivos. Es un estudio retrospectivo y descriptivo en el que se recopilaron datos sociodemográficos, como edad gestacional, peso al nacer y sexo, además de la presencia e inicio de síntomas como hepatomegalia, fiebre y datos de respuesta inflamatoria sistémica o complicaciones. Se dio seguimiento por estudios de imagen que corroboraron la resolución de las lesiones tras la antibioticoterapia.
Resultados: Se incluyó a ocho pacientes; sus características se recogen en la **Tabla 1**.
Discusión: El diagnóstico del absceso hepático neonatal requiere alta sospecha clínica y confirmación por imagen. Es prioritario buscar etiologías infecciosas, estrechamente asociadas a una inapropiada técnica durante la

Tabla 1. Características generales, presentación clínica y microorganismos aislados de pacientes con abscesos hepáticos neonatales. (**Dom044**)

Paciente	Sexo	Edad gestacional	Manifestaciones clínicas	Localización y volumen del absceso	Microorganismo aislado	Esquema de antibióticos
1	Masculino	36 SDG	Sepsis, hepatomegalia, síndrome colestásico	Lóbulo derecho (14 mL) Lóbulo izquierdo (1,2 mL)	No se aisló	Meropenem + metronidazol + vancomicina
2	Femenino	35 SDG	Sepsis, hepatomegalia, hipotensión	Lóbulo derecho (10,5 mL)	*Klebsiella pneumoniae*	Meropenem + metronidazol + vancomicina
3	Masculino	36 SDG	Sepsis, hepatomegalia, síndrome colestásico	Lóbulo derecho (2 mL)	*Pantoea agglomerans*	Meropenem + amikacina
4	Masculino	34 SDG	Sepsis, hepatomegalia, síndrome colestásico	Lóbulo derecho (2 mL)	*Klebsiella pneumoniae*	Meropenem + vancomicina
5	Femenino	34 SDG	Asintomática	Lóbulo derecho (2 mL) Lóbulo izquierdo (3 mL)	*Candida tropicalis*	Meropenem + anfotericina B
6	Masculino	27 SDG	Sepsis, hepatomegalia, síndrome colestásico	Lóbulo izquierdo (4,7 mL)	*Raoultella planticola*	Cefotaxima + metronidazol + vancomicina
7	Masculino	35 SDG	Sepsis, hepatomegalia, síndrome colestásico	Lóbulo derecho (3,5 mL)	*Klebsiella pneumoniae*	Cefotaxima + metronidazol + vancomicina
8	Masculino	41 SDG	Sepsis, hepatomegalia (sin colestasis)*	Lóbulo derecho (6,7 mL) Lóbulo izquierdo (5,7 mL)	*Raoultella planticola* + *Klebsiella pneumoniae*	Cefotaxima + metronidazol + vancomicina

*Nota aclaratoria (Pacientes 2 y 8): Casos con presentación clínica atípica por ausencia de síndrome colestásico. Destaca el paciente 8 con afectación bilobar y de mayor volumen acumulado (12.4 mL total) sin colestasis obstructiva, por la localización anatómica periférica de las colecciones. Dicho paciente requirió drenaje quirúrgico debido al volumen del absceso, la gravedad sistémica e infección polimicrobiana (*R. planticola* + *K. pneumoniae*).

colocación y manipulación de la onfaloclisis. Los microorganismos causales principales suelen ser gramnegativos, en particular *Klebsiella pneumoniae* y *Raoultella planticola*. La elevada tasa de aislamiento en esta serie (87,5%) resalta la necesidad imperiosa de extremar la técnica estéril en los catéteres umbilicales dentro de las UCIN.

Conclusiones: A partir de los hallazgos descritos, se concluye que la cateterización umbilical es todavía el factor de riesgo modificable más relevante para el desarrollo de un absceso hepático neonatal, sumado a condiciones predisponentes como la prematurez y el bajo peso al nacer.

Aunque la literatura señala que los neonatos suelen presentar una sintomatología inespecífica que retrasa el abordaje, en los casos aquí documentados destacó de forma consistente la combinación de datos de respuesta inflamatoria sistémica, hepatomegalia y síndrome colestásico. Por lo tanto, ante un recién nacido críticamente enfermo con estos hallazgos, es obligatorio realizar un ultrasonido hepático dirigido e iniciar el abordaje microbiológico. Se recomienda el uso de antibioticoterapia empírica inicial de amplio espectro y ajustarla posteriormente de forma específica de acuerdo con el resultado del antibiograma. Asimismo, es fundamental vigilar estrechamente la evolución clínica y los parámetros por imagen para identificar oportunamente el riesgo de complicaciones y determinar la necesidad de drenaje quirúrgico en casos graves o no respondedores al tratamiento médico.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento de ninguna fuente pública ni privada.

Dom045

FALLA HEPÁTICA AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR DENGUE: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

P. E. Naal-Chan, Y. B. Quiñones-Pacheco, S. K. Torres-Dzib, A. G. Palma-Chan, F. J. Campos-García, Hospital General Dr. Agustín O´Horán

Introducción: La falla hepática aguda (FHA) es una complicación infrecuente pero potencialmente fatal del dengue pediátrico. En regiones endémicas como Yucatán, la evidencia disponible es limitada.

Objetivo: Determinar la frecuencia, caracterizar el perfil clínico-bioquímico e identificar factores asociados con mortalidad en pacientes pediátricos con FHA secundaria a dengue atendidos en el Hospital General Dr. Agustín O'Horán durante 2023-2024.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se incluyó a pacientes menores de 15 años con dengue confirmado y FHA. Se utilizaron prueba t de Student, x^2, prueba exacta de Fisher y regresión lineal. Se consideró significancia estadística con $p \leq 0,05$.

Resultados: El 6,1% de los casos desarrolló FHA (n = 29), con mortalidad del 45%. La edad media fue de 9,4 años; el 72% ingresó como dengue grave. Las manifestaciones más frecuentes fueron hepatoesplenomegalia y fiebre. Los fallecidos presentaron valores significativamente mayores de ALT (p = 0,016), AST (p = 0,03), bilirrubina (p = 0,0015), tiempo de protrombina (p = 0,009) y TTPa (p = 0,045). Las características bioquímicas de los pacientes pediátricos con FHA por dengue se presentan en la **Tabla 1**. La falla multiorgánica se presentó en el 85% de los fallecidos y el compromiso renal en el 69% del total. El dengue grave prolongó la estancia hospitalaria (β ≈ +9,5 días) y la diarrea al ingreso se asoció con +6,47 días adicionales.

Conclusiones: La FHA asociada a dengue pediátrico presenta alta mortalidad y se relaciona con alteraciones importantes de función hepática y coagulación. La identificación temprana de estos marcadores puede orientar el manejo oportuno en regiones endémicas.

Financiamiento: La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Dom046

HIPERTENSIÓN PORTAL PEDIÁTRICA EN EL SURESTE DE MÉXICO: SERIE DE CASOS

B. G. García-González, A. Pérez-Vidal, Hospital del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón

Introducción: La hipertensión portal se define como el incremento patológico del gradiente de presión venosa hepática, integra la vía final común de un grupo heterogéneo de enfermedades hepáticas y vasculares e incluye causas prehepáticas, intrahepáticas y posthepáticas. El Consenso de Baveno representa el estándar internacional para la estratificación de riesgo y el manejo de la hipertensión portal en adultos; ante este vacío, los expertos pediátricos gastroenterólogos han adaptado los consensos para la población infantil, como el uso de índices no invasivos combinados para racionalizar la vigilancia endoscópica. Ante la falta de información local se presenta una serie de cuatro pacientes pediátricos con hipertensión portal atendidos en el sureste de México, con el objetivo de describir sus características.

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas, laboratoriales, de imagen, endoscópicas, terapéuticas y de desenlace de una serie de pacientes pediátricos con hipertensión portal atendidos en el sureste de México.

Reporte de casos: La mediana de edad fue de 4,5 años, con distribución similar por sexo. Las manifestaciones más frecuentes fueron hepatomegalia (100%), trombocitopenia y leucopenia (100%) y hemorragia del tubo digestivo (75%). La etiología fue intrahepática por hepatitis fulminante en dos pacientes

Tabla 1. Características bioquímicas de los pacientes pediátricos con FHA por dengue. (**Dom045**)

Variable	Sobreviviente (n = 16) ($\bar{X}$ años ± DE)	Defunción (n = 13) ($\bar{X}$ años ± DE)	Total (n = 29) ($\bar{X}$ años ± DE)	valor de p	IC95%
Leu al ingreso (por mm^3)	9 577 ± 9 321 (rango, 2 000-41 200)	11 853 ± 12 923 (rango, 1 000-46 000)	10 597 ± 10 929 (rango, 1 000-46 000)	0,59	-1094, 3698
Leu mínimo (por mm^3)	5 199 ± 2 970 (rango, 2 190-12 800)	2 603 ± 1 261 (rango, 800-4 200)	4 035 ± 2 671 (rango, 800-2 800)	0,0067	781,6, 4410
Linf al ingreso (por mm^3)	2 729 ± 4 197 (rango, 400-17 500)	1 427 ± 885 (rango, 400-3 200)	2 146 ± 3 195 (rango, 400-17 500)	0,281	-1137, 3741
Linf mínimo (por mm^3)	1 113 ± 1 219 (rango, 300-4 400)	660 ± 367 (rango, 100-1 300)	910 ± 951 (rango, 100-4,400)	0,201	-268,2, 1173
Hb al ingreso (g/dL)	13,44 ± 3,31 (rango, 4-19)	12,56 ± 2,91 (rango, 6-16)	13,05 ± 3,12 (rango, 4-19)	0,458	-1,527, 3,291
Hb mínima (g/dL)	8,91 ± 2,30 (rango, 4-12,6)	8,5 ± 2,29 (rango, 5-12,1)	8,74 ± 2,26 (rango, 4-12,6)	0,660	-1,379, 2,143
Hb máxima (g/dL)	15,04 ± 2,14 (rango, 12-19)	14,34 ± 1,09 (rango, 12-16)	14,73 ± 1,76 (rango, 12-19)	0,292	-0,6410, 2,052
Hto al ingreso (%)	37,86 ± 11,52 (rango, 12-52)	37,88 ± 8,63 (rango, 18-49)	37,87 ± 10,15 (rango, 12-52)	0,995	-7,944, 7,900
Hto mínimo (%)	26,16 ± 6,89 (rango, 12-38,5)	24,78 ± 6,45 (rango, 15,4-36)	25,54 ± 6,6 (rango, 12-38,5)	0,586	-3,756, 6,511
Hto máximo (%)	45,1 ± 7,15 (rango, 36-58)	43,16 ± 4,38 (rango, 36-52)	44,2 ± 6,05 (rango, 36-58)	0,404	-2,735, 6,588
Ptl al ingreso (por mm^3)	77 375 ± 155 138 (rango, 10 000-643 000)	85 846 ± 91 530 (rango, 17-254 000)	81 172 ± 128 462 (rango, 10 000-643 000)	0,864	-108641, 91699
Ptl mínimo (por mm^3)	26 563 ± 21357 (rango, 6 000-86 000)	16 538 ± 7 923 (rango, 7 000-30 000)	22 069 ± 17 234 (rango, 6 000-86 000)	0,098	-4,01, 6,77
Ptl máximo (por mm^3)	239 250 ± 197 696 (rango, 50 000-643 000)	173 692 ± 84 307 (rango, 58 000-322 000)	209 862 ± 158 382 (rango, 50 000-643 000)	0,275	-55270, 186385
BT al ingreso (mg/dL)	0,9 ± 0,55 (rango, 0,4-2,4)	2,28 ± 1,21 (rango, 0,5-4,7)	1,52 ± 1,13 (rango, 0,4-4,7)	0,0015*	-2,081, -0,6887
BT máxima (mg/dL)	3,87 ± 3,59 (rango, 0,6-13,6)	6,72 ± 5,37 (rango, 1,1-20,5)	5,15 ± 4,62 (rango 0,6-20,5)	0,099	-6,275, 0,5792
ALT al ingreso (U/L)	679 ± 827 (rango, 23-3375)	1 729 ± 1 247 (rango, 238-3 934)	1 150 ± 1 147 (rango 23-3 934)	0,016*	-1860, -240
ALT máxima (U/L)	2 362 ± 1 260 (rango, 655-4 962)	3 915 ± 1 979 (rango, 1 052-7 635)	3 058 ± 1 774 (rango, 655-7 635)	0,023*	-2850, -256
AST al ingreso (U/L)	1 701 ± 1 867 (rango, 38-7 635)	4 005 ± 3 936 (rango, 143-11 247)	2 734 ± 3 141 (rango, 38-11 247)	0,03	-4400, -208
AST máximo (U/L)	11 021 ± 24 106 (rango, 940-99 999)	15 729 ± 26 561 (rango, 919-99 999)	13 132 ± 24 887 (rango, 919-99 999)	0,158	-8231-1410
Amonio (mmol/L)	318 ± 217 (rango, 65-839) (n = 14)	390 ± 244 (rango, 120-754) (n = 13)	353 ± 249 (rango, 65-764) (n = 27)	0,41	-235, 91
Albúmina al ingreso (g/dL)	3,34 ± 0,6 (rango, 2,4-5)	2,93 ± 0,60 (rango, 1,8-3,9)	3,16 ± 0,62 (rango, 1,8-5)	0,078	-0,05, 0,87
Creatinina al ingreso (mg/dL)	0,82 ± 0,40 (rango, 0,3-1,76)	1,2 ± 0,9 (rango, 0,3-3,5)	0,99 ± 0,69 (rango, 0,3-3,5)	0,145	-0,8966-0,1387
Creatinina máxima (mg/dL)	1,81 ± 1,83 (rango, 0,3-7,8)	1,85 ± 0,88 (rango, 0,7-3,5)	1,83 ± 1,46 (rango, 0,3-7,8)	0,941	-1,183-1,100
INR al ingreso	2.05 ± 0,42 (rango, 1,28-3,03)	2,10 ± 0,32 (rango, 1,72-2,69)	2,07 ± 0,37 (rango, 1,28-3,09)	0,719	-0,3391 -0,2371
INR máximo	2,86 ± 1,01 (rango, 1,5-5)	3,03 ± 1,049 (rango, 2-5)	2,94 ± 1,01 (rango, 1-5)	0,657	-0,9633-0,6176
TP al ingreso (s)	15,1 ± 16,2 (rango, 2-59)	19,66 ± 6,72 (rango, 11,5-31,2)	19,07 ± 6,56 (rango, 11,5-36,5)	0,31	-13,2, 4,2
TP máximo (s)	15,1 ± 16,2 (rango, 2-59)	34,29 ± 19,48 (rango, 19,3-90)	32,52 ± 18,93 (rango, 14,2-90)	0,009*	-31,8, -6,6
TTPA al ingreso (s)	61,99 ± 31,21 (rango, 31,9-152,7)	61,62 ± 32,5 (rango, 28,4-157,2)	61,82 ± 31,22 (rango, 28,4-157,2)	0,97	-21, 22
TTPA máximo (s)	81,01 ± 36,12 (rango, 48,5-177)	111,9 ± 41,59 (rango, 52-177)	94,88 ± 41,05 (rango, 48,5-177)	0,045*	-58,7- 3,1

*Hb, hemoglobina; Hto, hematocrito; Leu, recuento total de leucocitos; Linf, recuento total de linfocitos; Ptl, recuento total de plaquetas; BT, bilirrubina total; ALT, alaninotransferasa; AST, aspartato aminotransferasa; Alb, albúmina; INR, razón internacional normalizada; TP, tiempo de protrombina; TTPA, tiempo de tromboplastina activada.

y prehepática por degeneración cavernomatosa de la vena porta en dos. Tres pacientes presentaron várices esofágicas (50% grado III, 25% grado II); un paciente con degeneración cavernomatosa de la porta se protocolizó para esplenectomía y derivación meso-Rex tras presentar recurrencia del sangrado. Todos los pacientes recibieron tratamiento farmacológico; 50% requirió ligadura endoscópica (**Tabla 1**).

Discusión: Se observa una tendencia bimodal del sureste de México: 50% de pacientes con daño hepático agudo grave que evolucionaron a hipertensión portal de origen intrahepático, y 50% de pacientes con obstrucción extrahepática de la vena porta secundaria a degeneración cavernomatosa. La ligadura endoscópica se considera la técnica de primera línea sobre la escleroterapia, realizada en los dos pacientes de esta serie que requirieron tratamiento endoscópico.

El caso 4 con degeneración cavernomatosa de la vena porta es una causa prehepática de hipertensión portal con función hepática sintética habitualmente preservada Ante la recurrencia de sangrado, a pesar de tratamiento farmacológico y endoscópico combinado , el paciente se protocolizó para esplenectomía con derivación meso-Rex, un tratamiento consistente con el algoritmo propuesto tanto por las adaptaciones pediátricas de Baveno como por las guías quirúrgicas específicas para obstrucción extrahepática de la vena porta en la infancia. Los dos pacientes con hepatitis fulminante reflejan un escenario distinto: hipertensión portal de instalación aguda en contexto de falla hepática grave. En estos pacientes, la puntuación PELD (18 y 15) refleja la magnitud del compromiso hepático y hubiera justificado la evaluación temprana para trasplante hepático. Este hallazgo pone de manifiesto una barrera frecuente en el manejo de la hipertensión portal pediátrica en regiones con acceso limitado a programas de trasplante hepático pediátrico.

Conclusiones: En el trabajo presentado, la hipertensión portal pediátrica mostró un origen bimodal (intrahepático agudo y prehepático crónico), consistente con lo reportado en la literatura regional. El manejo endoscópico con ligadura como primera línea y la derivación meso-Rex para casos seleccionados de obstrucción extrahepática de la vena porta son concordantes con las recomendaciones pediátricas actuales derivadas de Baveno VII. Se requieren registros multicéntricos prospectivos y marcadores no invasivos validados en la población pediátrica.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Tabla 1. Resumen de las características de hipertensión portal pediátrica. (**Dom046**)

Variable	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Datos demográficos				
Edad	9 años	1 año	4 años	5 años
Sexo	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Antecedente de UCIN	No	No	Sí	Sí
Características clínicas				
Hemorragia del tubo digestivo	Sí	Sí	No	Sí
Ascitis	Sí	Sí	No	No
Esplenomegalia clínica	Sí	No	Sí	Sí
Hepatomegalia	Sí	Sí	Sí	Sí
Falla del crecimiento	Sí	No	Sí	Sí
Ictericia	No	Sí	No	No
Laboratorio				
Transaminasas elevadas	Sí	Sí	No	No
Anemia	Sí	No	No	Sí
Hipoalbuminemia	Sí	Sí	No	Sí
Leucopenia	Sí	Sí	Sí	Sí
Hiperbilirrubinemia	Sí	Sí	No	No
Trombocitopenia < 150 000/mm^3	Sí	Sí	Sí	Sí
Tiempos de coagulación alterados	Sí	Sí	No	Sí
Hiperamonemia	Sí	No	No	No
Imagen (ultrasonido Doppler)				
Aumento del diámetro de la vena porta	Sí	Sí	Sí	Sí
Esplenomegalia por USG	Sí	Sí	Sí	Sí
Trombosis portal	No	No	Sí	No
Circulación colateral	Sí	No	No	Sí
Endoscopia				
Várices esofágicas	Sí	No	Sí	Sí
Grado I	No	No	No	No
Grado II	No	No	Sí	No
Grado III	Sí	No	No	Sí
Várices gástricas	No	No	No	Sí
Gastropatía de la hipertensión portal	No	No	No	Sí
Tratamiento				
Tratamiento farmacológico	Sí	Sí	Sí	Sí
Ligadura endoscópica	Sí	No	No	Sí
Escleroterapia	No	No	No	Sí
Desenlace				
Recurrencia de sangrado	No	No	No	Sí
Reingreso hospitalario	Sí	No	No	No
Abandono del seguimiento	No	Sí	No	No
Etiología y pronóstico				
PELD	18	15	1	0
Etiología final	Hepatitis fulminante	Hepatitis fulminante	Degeneración cavernomatosa de la vena porta	Degeneración cavernomatosa de la vena porta

Dom047

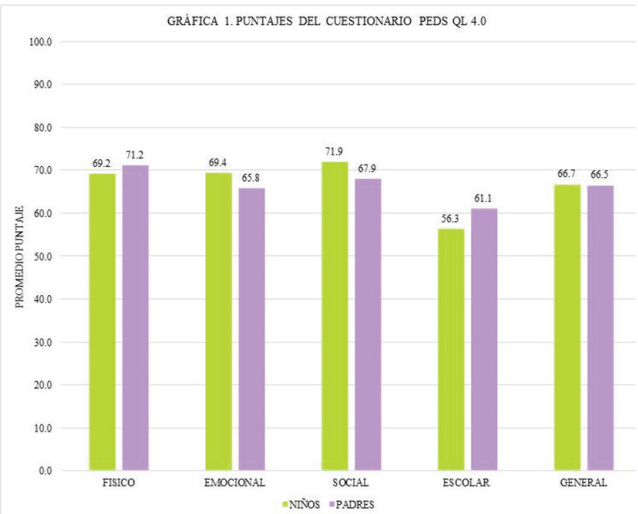
CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE ALAGILLE EN EL HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

F. A. Rodríguez-Sánchez, M. Cervantes-Garduño, S. Méndez-Ventura, IMSS Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: El síndrome de Alagille (SA) es un trastorno de herencia autosómica dominante que afecta a múltiples órganos, principalmente el hígado. Se caracteriza por la disminución de conductos biliares intrahepáticos y causa colestasis. Se ha reportado 1 caso por cada 30 000 a 50 000 recién nacidos vivos a nivel mundial. La calidad de vida es un concepto integral que evalúa aspectos del bienestar autopercibido en el dominio físico, emocional, social y escolar. En la literatura se ha evaluado la calidad de vida de niños con SA y otras enfermedades colestásicas a través del cuestionario PedsQL 4.0 y se han encontrado puntajes más bajos en comparación con niños sanos y

otras enfermedades colestásicas, con afectación mayor en el dominio físico y emocional.
Objetivo: Conocer la calidad de vida de los niños con SA en el Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza, mediante la aplicación del cuestionario PedsQL 4.0.
Material y métodos: Estudio observacional, transversal, analítico, prolectivo y unicéntrico. Se incluyó a 12 pacientes con síndrome de Alagille mediante muestreo por conveniencia, identificados en un periodo de cinco años. Se aplicó el cuestionario PedsQL 4.0 a ocho pacientes mayores de cinco años y a uno de sus padres, así como a uno de los padres de los cuatro menores de cinco años, tras recopilar los puntajes en los dominios físico, emocional, social y escolar, para clasificar la calidad de vida como: apropiada (75-100 puntos), intermedia (50-74 puntos) o mala: (menos de 50 puntos). También se recolectaron datos sociodemográficos, nutricionales y bioquímicos disponibles en el expediente clínico. Se evaluó la normalidad con la prueba de Shapiro-Wilk, las variables de distribución no normal mediante mediana y las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. La relación entre las variables y el puntaje del cuestionario PedsQL 4.0 se evaluó mediante la prueba de Spearman.
Resultados: Se incluyó a 12 pacientes con SA, lo que representa el 0,20% de la población atendida en el servicio de gastroenterología pediátrica del hospital; rango etario de 2 a 15 años y predominio del sexo masculino (58%). Se aplicó el cuestionario PedsQL 4.0 y se compararon los puntajes de los pacientes con el de uno de sus padres (**Figura 1**). El promedio general fue de 66,7 puntos para los pacientes y 66,5 para los padres, interpretado como calidad de vida intermedia, con mayor afectación en el dominio escolar en ambos grupos. El compromiso nutricional condicionado por talla y peso bajo tuvo un impacto negativo en los dominios emocional y social. Las cifras de bilirrubinas, fosfatasa alcalina y GGT se asociaron con menor puntaje en los dominios emocional y escolar. Las cifras elevadas de colesterol, triglicéridos y TP se asociaron con menores puntajes en los cuatro dominios en ambos grupos. Los niveles anormales de ALT y AST no impactaron significativamente los puntajes. El prurito se refirió por todos los pacientes y fue grave en el 17%, con repercusión moderada en los puntajes.
Conclusiones: La calidad de vida de los pacientes con SA se reportó intermedia mediante el cuestionario PedsQL 4.0, con diferencias de la percepción entre los pacientes y sus padres, influida por alteraciones bioquímicas, nutricionales y metabólicas. El dominio escolar fue el más afectado, probablemente secundario al ausentismo y las limitaciones físicas y sociales derivadas de la enfermedad.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. (Dom047)



Dom048

VARIANTES DE PNPLA3 Y NFE2L2 EN NIÑOS CON OBESIDAD Y ESTEATOSIS HEPÁTICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA

M. Hernández-Santillán, I. B. Flores-Islas, A. Hernández-Barragán, M. Vázquez-Moreno, A. Nava-Cabrera, M. Martínez-Castillo, L. Suárez-Bonilla, L. Mejía-Pérez, G. Gutiérrez-Reyes, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica asociada a la disfunción metabólica (MASLD) se ha convertido en un problema de salud pediátrica, en paralelo con el aumento a nivel mundial de la obesidad infantil. Esta hepatopatía está impulsada por la interacción de factores metabólicos, genéticos, hormonales y ambientales. Las técnicas de imagen no invasivas muestran limitaciones importantes en niños con mayor cantidad de tejido subcutáneo, lo que requiere otras herramientas que ayuden a su diagnóstico efectivo en etapas tempranas.
Objetivo: Analizar los polimorfismos PNPLA3 y NFE2L2 en la población pediátrica mexicana con obesidad y MASLD.
Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a 260 pacientes pediátricos (6 a 17 años) de la clínica de obesidad del Hospital Pediátrico Iztapalapa. Los sujetos se clasificaron sin MASLD y con MASLD y se utilizó la ultrasonografía hepática como método diagnóstico. Se realizó la evaluación de las características antropométricas, clínicas y datos bioquímicos. Además, se obtuvieron las frecuencias genotípicas y alélicas de los genes NFE2L2 y PNPLA3. Se utilizó la prueba x^2 de Pearson para comparar el número de alelos y se usó como referencia el Proyecto 1 000 genomas. El análisis estadístico se realizó en el software SPSS v27 y se consideró significativa una $p < 0,05$.
Resultados: Los pacientes sin MASLD fueron 114 y con MASLD 146. Los datos bioquímicos mostraron diferencias significativas entre grupos; los triglicéridos en el grupo sin MASLD fueron de 91,7 ± 63,3 vs. 160 ± 80,9 ($p < 0,001$) con MASLD. La frecuencia alélica de las variantes fue de 42,5% para NFE2L2 y 36% para PNPLA3; esta población tuvo frecuencias alélicas diferentes a lo reportado para los mexicoamericanos en NFE2L2.
Conclusiones: En la población estudiada, el heterocigoto CG fue el genotipo con frecuencia más alta; para NFE2L2, portar este genotipo podría conferir susceptibilidad a elevar los niveles de estrés oxidativo. El heterocigoto GG de PNPLA3, asociado con riesgo de generar fibrosis y cirrosis en MASLD, tuvo una frecuencia genotípica baja, lo que indica que la población estudiada tiene el alelo que confiere protección.
Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom049

EVALUACIÓN DE LA INFLAMAOXIDACIÓN Y LA DESREGULACIÓN METABÓLICA EN NIÑOS CON OBESIDAD Y MASLD

A. Hernández-Barragán, L. Mejía-Pérez, A. Flores-Sánchez, M. Hernández-Santillán, M. Martínez-Castillo, L. Suárez-Bonilla, Z. Medina-Ávila, G. Gutiérrez-Reyes, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La desregulación metabólica en la obesidad y la inflamaoxidación participa en el desarrollo de la enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD).
Objetivo: Determinar los marcadores de estrés oxidativo (malondealdehído, carbonilos proteicos y sistema glutatión: GSH, GSSG, y moléculas como las proteínas de unión al factor de crecimiento insulinoide IGFBP), en niños con obesidad sin y con MASLD.
Material y métodos: Se incluyó a 181 pacientes pediátricos (11 ± 3 años), con obesidad y diagnosticados con MASLD mediante USG hepático. Se evaluaron las características antropométricas, clínicas y marcadores de estrés oxidativo y las concentraciones de IGFBP (MAGPIX, Luminex) a nivel sistémico. El análisis estadístico se realizó en el *software* SPSS v27 y se usaron t de Student o U de Mann-Whitney de acuerdo con la distribución de los datos; se consideró significativa una $p < 0,05$. Los participantes asintieron y los tutores consintieron por escrito.
Resultados: Se encontraron 80 casos sin MASLD y 101 con MASLD; los datos antropométricos y clínicos de ingreso mostraron diferencias entre grupos en el perfil metabólico y lipídico y, en donde los triglicéridos están por encima de los parámetros normales en el grupo de MASLD, también se observó menor peroxidación lipídica, y concentración de GSH (glutatión reducido). Las IGFBP 3, 6 y 7 se encontraron disminuidas en MASLD ($p < 0,001$) y la concentración sérica de IGFPB-3 se redujo 100 veces en el grupo de MASLD.

Conclusiones: El GSH equilibra la balanza rédox ante la presencia de lipoperoxidación en el grupo de obesidad y MASLD. IGFBP-3 resalta por su actividad biológica reguladora y su posible utilidad como biomarcador de MASLD. La inflamaoxidación y la desregulación metabólica se encuentran alteradas a la baja en MASLD, lo que podría propiciar mayor gravedad.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom050

FALLA HEPÁTICA FULMINANTE; RESPUESTA AL TRATAMIENTO PUENTE, HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN LA BIOPSIA HEPÁTICA Y LA RELACIÓN SEGÚN LOS RESULTADOS SEROLÓGICOS. INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA ENTRE 2015-2025

Q. Veloz-Corona, R. Cervantes-Bustamante, F. Zárate-Mondragón, E. Montijo-Barrios, K. Ignorosa-Arellano, E. Toro-Monjaraz, J. F. Cadena-León, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La falla hepática fulminante pediátrica se caracteriza por su alta morbimortalidad. Su etiología es heterogénea e incluye enfermedades infecciosas, metabólicas, inmunológicas, tóxicas y genéticas; sin embargo, a pesar de una evaluación diagnóstica extensa, una proporción considerable de los casos permanece sin una causa identificable. El reconocimiento oportuno de la etiología, la gravedad clínica y la respuesta al tratamiento resultan fundamentales para establecer el pronóstico y determinar la necesidad de terapias de soporte, tratamientos puente o trasplante hepático.
Objetivo: Describir las características clínicas, etiológicas, terapéuticas, histopatológicas y los desenlaces de los pacientes pediátricos con falla hepática fulminante, atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo con falla hepática fulminante en el Instituto Nacional de Pediatría entre 2015 y 2025. Se analizaron variables demográficas, etiología, terapia puente, tiempo de recuperación del índice internacional normalizado, supervivencia, hallazgos histopatológicos de las biopsias hepáticas y la relación con los hallazgos serológicos autoinmunes.
Resultados: Se analizó a 33 pacientes pediátricos con falla hepática fulminante con predominio del sexo femenino en 20 pacientes (60,6%), mientras que 13 fueron del sexo masculino (39,4%). La edad de presentación más frecuente fue de dos años y la media fue de 50,1 meses (4 años y 2 meses). La etiología más frecuente fue indeterminada, identificada en 15 casos (45,5%), seguida de hepatitis autoinmune en 11 pacientes (33,3%), hepatitis A en 3 pacientes (9,1%). Respecto del desenlace, 24 pacientes sobrevivieron, lo que corresponde al 72,7% y 9 fallecieron (27,3%).
La metilprednisolona fue parte del tratamiento puente utilizado con mayor frecuencia en 27 pacientes (81,8%); el recambio plasmático y la gammaglobulina se emplearon en 21 pacientes cada uno (63,6%). Hasta 14 pacientes recibieron simultáneamente recambio plasmático, gammaglobulina y esteroide, de los cuales 92,9% sobrevivió (13 pacientes) y uno falleció. En cuanto a la recuperación del INR en valores normales se registró una media de 12,23 días y tres pacientes se clasificaron sin mejoría. La biopsia hepática se realizó en 12 pacientes (36,4%).
Conclusiones: La mortalidad del 27,3% confirma que la falla hepática fulminante pediátrica aún es grave; sin embargo, la supervivencia del 72,7% muestra que una proporción importante logró recuperación con manejo intensivo y terapias puente. De los 14 pacientes que recibieron esteroide, recambio plasmático y gammaglobulina, 13 sobrevivieron, aunque este resultado puede estar condicionado por la etiología, la gravedad inicial y el inicio del tratamiento. La etiología indeterminada fue la más frecuente, seguida de hepatitis autoinmune. En esta última predominó la forma seronegativa, lo que confirma que la ausencia de autoanticuerpos no excluye el diagnóstico. De cinco pacientes seronegativos objeto de biopsia, tres presentaron infiltrado linfoplasmocitario que rebasó la placa limitante, dos necrosis submasiva y uno cirrosis posnecrótica, lo cual resalta el valor de la histología. A las seis semanas, 10 pacientes con azatioprina y uno con rituximab mostraron mejoría clínica y bioquímica; un caso tipo 2 requirió escalamiento terapéutico. Dado que 58,3% de las biopsias se concentró en 2024-2025, destaca que en la actualidad la biopsia es de suma relevancia.
Financiamiento: Ninguno.

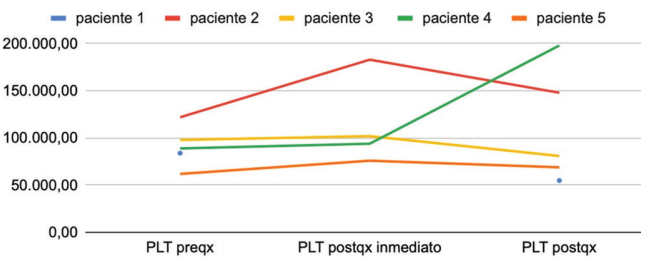
Dom051

PERSISTENCIA DE VÁRICES ESOFÁGICAS Y DE HIPERESPLENISMO TRAS DERIVACIÓN MESO-REX EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE CASOS

N. Hinojosa-Arellanes, E. V. Estrada-Arce, L. E. Flores-Fong, K. J. Enríquez-Pérez, H. G. Corona-Pantoja, Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: La hipertensión portal prehepática (HPP) pediátrica, secundaria a obstrucción de la vena porta extrahepática (OVPEH) o trombosis de la vena porta (TVP), cursa con hemorragia variceal recurrente y citopenias por hiperesplenismo. La derivación Meso-Rex (MRS) es uno de los tratamientos de elección al restaurar el flujo hepatópeto fisiológico. No obstante, se reporta una tasa de falla o trombosis posoperatoria del 5 al 15%.
Objetivo: Describir el comportamiento clínico-hematológico posterior a la realización de una derivación Meso-Rex en pacientes pediátricos y el reto que representa el seguimiento de la hipertensión portal recidivante.
Reporte de casos: Se describe una serie de cinco pacientes con HPP sometidos a derivación Meso-Rex (MRS), los cuales presentaron persistencia de várices esofágicas grandes e hiperesplenismo. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con estadística descriptiva no paramétrica. Variables continuas expresadas como mediana y rangos (mínimo-máximo), mientras que las variables cualitativas cpomo frecuencias absolutas y porcentajes.
Se incluyó a cinco pacientes pediátricos (4 masculinos [80%] y 1 femenino [20%]). La mediana de edad al momento del diagnóstico de HPP fue de 9 años (rango, 5-15 años), mientras que la mediana de edad al realizarse la MRS fue de 10 años (rango, 5-13 años). Con respecto a la etiología, se presentó cavernomatosis portal/OVPEH en el 40% (n = 2), idiopática en el 40% (n = 2) y TVP en el 20% (n = 1). En la evolución clínica y endoscópica, el 80% (n = 4) presentó antecedente de hemorragia variceal preoperatoria con una mediana de un episodio por paciente; tras la MRS, la incidencia se redujo al 40% (n = 2) con episodios de recidiva hemorrágica en dos pacientes. En la fase prequirúrgica, el 100% de la serie cursó con várices esofágicas grandes, con necesidad de una mediana de dos sesiones de ligadura endoscópica (rango, 1-3). En el seguimiento posoperatorio, la mediana de procedimientos endoscópicos requeridos fue de 2 (rango, 1-5).
Debido a la persistencia de datos clínicos, se realizó protocolo de evaluación del injerto mediante ultrasonido Doppler y tomografía axial computarizada (TAC) trifásica, que demostraron permeabilidad del injerto y flujo hepatópeto en toda la serie; sin embargo, se confirmó disfunción del shunt por hipoflujo de éste en dos pacientes (40%) con una velocidad < 15 cm/s. La evolución hematológica se describe en la **Figura 1**.
Discusión: Si bien la derivación de Meso-Rex se ha consolidado como el tratamiento de elección para la HPP en pediatría, la permeabilidad vascular por imagen no garantiza el éxito quirúrgico. En esta serie, aunque los estudios de imagen confirmaron la permeabilidad del injerto en el 100% de los casos, el 40% presentó hipoflujo portal con velocidades < 15 cm/s. Este hallazgo es crucial debido a que la literatura describe que velocidades por debajo de este umbral no generan un gradiente de presión suficiente para descomprimir el sistema esplácnico, lo que favorece la persistencia de colaterales y la recidiva de hemorragia variceal. Asimismo, la falta de recuperación plaquetaria refuerza que el hiperesplenismo persistente deriva de una descompresión subóptima.

Figura 1. Evolución peroperatoria del conteo de plaquetas (n = 5). Comportamiento del nivel de plaquetas en la serie pediátrica sometida a derivación Meso-Rex en tres momentos de evaluación: prequirúrgico (PLT preqx), postquirúrgico inmediato (PLT postqx inmediato) y postquirúrgico (PLT postqx). PLT, plaquetas. (**Dom051**)



Conclusiones: La permeabilidad anatómica y el flujo hepatópeto documentados por ultrasonido Doppler y TAC no garantizan la resolución hemodinámica de la HPP. En este estudio, la persistencia del hiperesplenismo y de várices esofágicas grandes asociada al registro de hipoflujo portal en parte de la serie evidenció una descompresión portal insuficiente a pesar de un injerto inicialmente viable. El seguimiento mediante endoscopia y la sospecha clínica oportuna son mandatorios, debido a que los estudios de imagen en ocasiones subestiman la falla funcional de la MRS.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom052

EMBOLIZACIÓN ESPLÉNICA PARCIAL (EEP) COMO TERAPIA DE RESCATE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN PORTAL REFRACTARIA

A. I. Torres-Fernández, A. E. Lizardo-Rodríguez, K. R. Ignorosa-Arellano, F. E. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, E. M. Toro-Monjaraz, E. Montijo-Barrios, J. F. Cadena-León, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: El tratamiento de las complicaciones de la hipertensión portal en pediatría incluye betabloqueadores no selectivos, tratamiento endoscópico de las várices y, en casos seleccionados, derivaciones quirúrgicas como el bypass meso-Rex o las derivaciones portosistémicas. Sin embargo, algunos pacientes presentan hemorragia variceal recurrente e hiperesplenismo grave, o bien no son candidatos a tratamiento quirúrgico. La embolización esplénica parcial (EEP) ha emergido como una alternativa terapéutica mínimamente invasiva que preserva tejido esplénico funcional y puede mejorar las manifestaciones del hiperesplenismo y las complicaciones de la hipertensión portal. Sin embargo, la evidencia sobre su utilidad en pacientes pediátricos con fracaso o imposibilidad de tratamiento quirúrgico aún es limitada.
Objetivo: Describir la experiencia de la embolización esplénica parcial como terapia de rescate en pacientes pediátricos con hipertensión portal refractaria en un hospital de tercer nivel.
Reporte de casos: Se realizó una serie de casos retrospectiva en un hospital pediátrico de tercer nivel. Se incluyó a pacientes de 1 a 17 años con hipertensión portal sometidos a embolización esplénica parcial (EEP) entre 2020 y 2026. Se analizaron las características clínicas, la causa de hipertensión portal y las indicaciones del procedimiento, además de los parámetros hematológicos preembolización y posembolización, las complicaciones y los desenlaces a corto plazo. Los cambios en los parámetros hematológicos se evaluaron mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon y se interpretaron de forma descriptiva debido al tamaño de la muestra.
Se incluyó a tres pacientes con hipertensión portal secundaria a degeneración cavernomatosa de la vena porta, uno con esclerosis hepatoportal y uno con fibrosis hepática congénita. La mediana de edad al diagnóstico fue de seis años y el 60% correspondió al sexo masculino. Dentro de la serie, tres pacientes no fueron candidatos a derivación quirúrgica y dos presentaron complicaciones tras una derivación portosistémica. El hiperesplenismo grave fue la principal indicación para la EEP (80%), seguido de hemorragia variceal refractaria (60%). El volumen esplénico embolizado promedio fue del 48%.
Tras la EEP, el 60% alcanzó un recuento plaquetario > 100 000/mm^3. La hemoglobina media aumentó de 11,1 a 12,7 g/dL y el recuento leucocitario de 2,2 a 5,7 × 10^3/mm^3, lo que refleja mejoría del hiperesplenismo un mes después del procedimiento. El síndrome posembolización ocurrió en tres pacientes (60%) y se resolvió en un promedio de 1,5 semanas. Entre quienes requirieron embolización en más de un tiempo, sólo un paciente presentó síndrome posembolización leve. No se registraron complicaciones mayores relacionadas con el procedimiento.
Discusión: Se observó mejoría en los parámetros hematológicos y en el control de las complicaciones relacionadas con la hipertensión portal, como el hiperesplenismo, con complicaciones limitadas principalmente al síndrome posembolización y una morbilidad aceptable a corto plazo.
Conclusiones: La embolización esplénica parcial constituye una alternativa terapéutica factible y con un perfil de seguridad aceptable en niños con hipertensión portal refractaria cuando las opciones quirúrgicas no son viables o han fracasado. Los resultados observados en esta serie justifican considerarla como terapia de rescate en pacientes seleccionados, así como la realización de estudios multicéntricos que permitan establecer con mayor precisión sus indicaciones y resultados a largo plazo.
Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom053

ÍNDICES DE ADIPOSIDAD COMO HERRAMIENTAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME METABÓLICO EN NIÑOS

A. Valdés-Cervantes, J. C. Rivas-Rodríguez, L. A. Orellana-Chacón, R. M. Martínez-García, K. L. Antúnez-Williams, C. A. Zapata-Castilleja, I. A. Cura-Esquivel, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

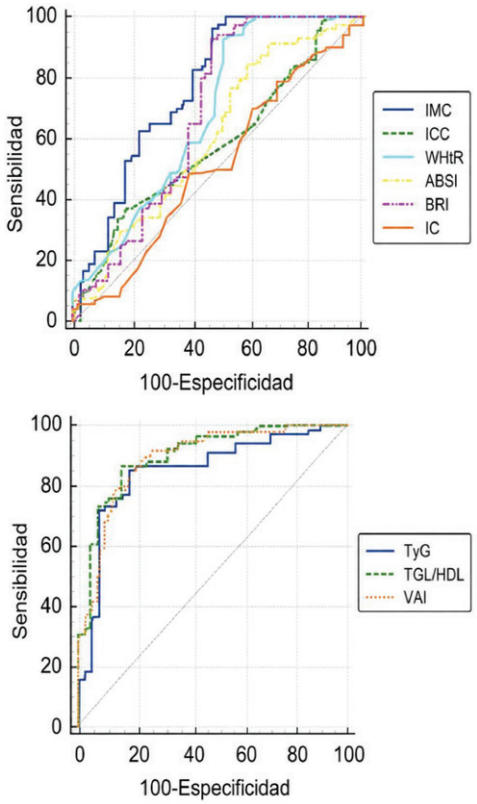
Introducción: La obesidad pediátrica es un problema de salud pública y puede persistir hasta la edad adulta. En niños y adolescentes, el exceso de grasa central o intraabdominal se asocia con dislipidemia, hipertensión arterial, resistencia a la insulina, diabetes mellitus tipo 2 y mayor riesgo cardiovascular, alteraciones relacionadas con el síndrome metabólico. Se han propuesto índices antropométricos y metabólicos para estimar la adiposidad abdominal e identificar a pacientes con mayor probabilidad de síndrome metabólico.
Objetivo: Evaluar el poder predictivo y los puntos de corte de índices antropométricos y metabólicos para identificar el síndrome metabólico (SM).
Material y métodos: Estudio transversal analítico en niños y adolescentes de 5 a 18 años atendidos en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la UANL, entre 2017 y 2019. Se excluyó a los pacientes con malformaciones congénitas, enfermedades endocrinológicas, renales o hepáticas previas, uso de fármacos que modificaran lípidos o negativa a participar. Se registraron datos demográficos, presión arterial, antropometría y parámetros bioquímicos. El sobrepeso y la obesidad se definieron de acuerdo con los criterios de los CDC, y el SM según los criterios de Ferranti. Se calcularon el índice de masa corporal (IMC), relación cintura-cadera (ICC), relación cintura-talla (WHtR), índice de forma corporal (ABSI), índice de redondez corporal (BRI), índice de conicidad (IC), índice triglicéridos-glucosa (TyG), relación triglicéridos/colesterol HDL (TGL/HDL) e índice de adiposidad visceral (VAI). El tejido adiposo intraabdominal se evaluó mediante resonancia magnética y el porcentaje de grasa se calculó con el software ImageJ. Para el análisis estadístico se utilizaron pruebas comparativas, análisis de correlación, regresión logística y curvas ROC. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 111 pacientes, 62 niños y 49 niñas, con una edad media de 10,03 ± 1,8 años. El 80,2% presentó sobrepeso u obesidad y 66 pacientes (59,5%) tuvieron SM. Al comparar a los pacientes con y sin SM, el IMC, la WHtR y el BRI fueron significativamente mayores en el grupo con SM, mientras que la ICC y el IC no mostraron diferencias significativas. El ABSI también presentó diferencias significativas, aunque sus valores fueron menores en los pacientes con SM. Los índices metabólicos TyG, TGL/HDL y VAI fueron significativamente mayores en los pacientes con SM. La WHtR y el BRI se correlacionaron con el mayor número de componentes del SM. El porcentaje de grasa se correlacionó significativamente con HDL, triglicéridos, presión arterial sistólica y diastólica, así como con IMC, ICC, WHtR, BRI, IC, TyG, TGL/HDL y VAI. En el análisis de curvas ROC, el porcentaje de grasa presentó un AUC de 0,785, con punto de corte > 34,8%, sensibilidad de 93,94% y especificidad de 60%. El IMC mostró un AUC de 0,779, punto de corte > 19,631 kg/m^2, sensibilidad de 100% y especificidad de 53,33%. El BRI presentó un AUC de 0,697, punto de corte > 4,798, sensibilidad de 92,4% y especificidad de 55,56%. Las curvas ROC de los índices antropométricos y metabólicos para la identificación del SM se muestran en la **Figura 1**.
Conclusiones: El IMC y el porcentaje de grasa presentaron el mejor desempeño para identificar síndrome metabólico. Además, la relación cintura-talla y el BRI se asociaron con un mayor número de componentes. Estos índices podrían utilizarse como herramientas sencillas para la identificación inicial de alteraciones metabólicas en la población pediátrica.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom054

TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE RECIBEN LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO EN LA PRIMERA SEMANA DE VIDA, EN EL NUEVO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA DR. JUAN I. MENCHACA

M. Hernández-Peralta, M. Varela-Busaka, C. Quezada-Salazar, E. V. Estrada-Arce, L. E. Flores-Fong, J. C. Lona-Reyes, C. Ochoa-Díaz, E. M. Mendoza-Osorio, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara

Figura 1. Curvas ROC de los índices antropométricos y metabólicos para identificar el síndrome metabólico. (**Dom053**)



Introducción: Los recién nacidos pretérmino presentan altas demandas nutricionales y reservas energéticas bajas debido a la interrupción del depósito de nutrientes en el último trimestre del embarazo. La alimentación temprana con leche humana es crucial, ya que aporta factores bioactivos e inmunoglobulinas (principalmente IgA) que protegen contra patologías graves como la enterocolitis necrosante (ECN) y la sepsis. A pesar de estas ventajas, las estadísticas globales y nacionales en México muestran tasas bajas de inicio temprano de lactancia materna. El estudio surge ante la falta de estadísticas locales en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca (NHCGJIM) que permitan establecer bases para fomentar la lactancia materna exclusiva y temprana.
Objetivo: Describir el tipo de alimentación que reciben los recién nacidos pretérmino en la primera semana de vida en el NHCGJIM durante el periodo del 1 de marzo de 2021 al 28 de febrero de 2022.
Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo que incluyó a recién nacidos prematuros (< 37 semanas de gestación [SDG]) durante sus primeros siete días de vida y que ingresaron en el NHCGJIM entre marzo de 2021 y febrero de 2022. Se analizaron variables relacionadas con el tipo de alimentación (leche humana, fórmula, alimentación mixta o ayuno) y las morbilidades de los neonatos. En el análisis de resultados de las variables cualitativas se registraron frecuencias y de las cuantitativas promedios con DE. En las comparaciones de grupos se implementaron pruebas de inferencia, x^2 en variables cualitativas y ANOVA en las cuantitativas.
Resultados: Se estudió a 222 pacientes prematuros y el promedio de edad gestacional fue de 33 semanas. Respecto de los tipos de alimentación durante la primera semana, el 41,4% recibió alimentación mixta, el 22,5% leche humana exclusiva y el 10,8% exclusivamente fórmula; el 25,2% permaneció en ayuno. En cuanto a la vía de administración del alimento, la más frecuente fue la sonda orogástrica (49,7%), seguida de la succión (25,4%) y la instilación de calostro en carrillos (5%) (**Tabla 1**). Al comparar las características demográficas y clínicas basales de los RN y el tipo de alimentación que recibieron se observó que los pacientes que iniciaron lactancia exclusiva presentaron al nacer un mayor peso (< 0,001) y mayor edad gestacional (< 0,001). Entre las comorbilidades de los RN se observó SDR 64%, sepsis neonatal 63,1%, TTRN 18,5%, enterocolitis necrosante 6,8% y gastrosquisis 3,6%. Al comparar los tipos de alimentación o ayuno en función de las comorbilidades se identificaron diferencias significativas para SDR (p = 0,03), sepsis neonatal (p = 0,01), TTRN (p = 0,02), enterocolitis necrosante (p = 0,02) y gastrosquisis (p = 0,00).

Tabla 1. Tipo de alimentación recibida en relación con la comorbilidad presentada. (**Dom054**)

Diagnóstico	Total n (%)	Leche humana n (%)	Ayuno n (%)	Fórmula n (%)	Mixta n (%)	Valor de p*
SDR	142 (64)	22 (15,5)	16 (11,3)	33 (23,2)	71 (50)	0,03
Sepsis neonatal	140 (63,1)	23 (16,4)	15 (10,7)	30 (21,4)	72 (51,4)	0,01
TTRN	41 (18,5)	13 (31,7)	1 (2,4)	14 (34,1)	13 (31,7)	0,02
Anemia	18 (8,1)	0 (0)	3 (16,7)	2 (11,1)	13 (72,2)	0,02
ECN	15 (6,8)	0 (0)	1 (6,7)	2 (13,3)	12 (80)	0,02
Gastrosquisis	8 (3,6)	0 (0)	7 (87,5)	0 (0)	1 (12,5)	0,00

*Se realizó la prueba x^2 de Pearson.

Conclusiones: Existe una baja tasa de alimentación exclusiva con leche humana y un predominio de la alimentación mixta. Las patologías de causa abdominal, como la gastrosquisis y la ECN, se asociaron significativamente con el ayuno y la nula alimentación con leche humana exclusiva. Es necesario reforzar la capacitación de las madres y el personal de salud para incrementar las tasas de lactancia materna temprana y reducir la morbimortalidad neonatal.
Financiamiento: El investigador principal corrió con todos los gastos generados; la institución participante no incurrió en gastos para la elaboración del protocolo.

Dom055

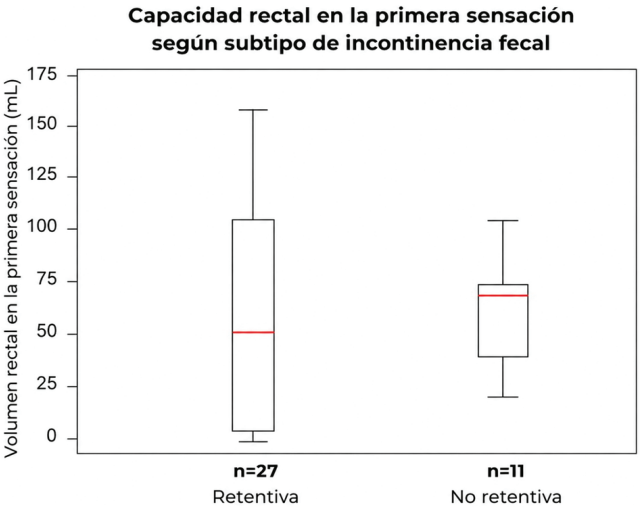
DIFERENCIAS EN LOS PARÁMETROS MANOMÉTRICOS ANORRECTALES ENTRE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INCONTINENCIA FECAL RETENTIVA Y NO RETENTIVA

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

Introducción: La incontinencia fecal es una entidad frecuente en la población pediátrica. La incontinencia fecal retentiva y la no retentiva representan entidades fisiopatológicas distintas. La manometría anorrectal de alta resolución (MARAR) constituye una herramienta útil para evaluar la función motora y sensorial anorrectal. Entre sus parámetros, la contracción sostenida permite valorar la resistencia a la fatiga del esfínter anal externo y su capacidad para mantener la continencia durante incrementos prolongados de la presión intrarrectal. Sin embargo, las diferencias de este parámetro entre los distintos subtipos de incontinencia fecal se han estudiado poco en pacientes pediátricos.
Objetivo: Comparar los parámetros manométricos anorrectales entre pacientes pediátricos con incontinencia fecal retentiva y no retentiva.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes pediátricos sometidos a manometría anorrectal de alta resolución en el Instituto Nacional de Pediatría entre 2021 y 2026. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y parámetros manométricos, incluidas sensibilidad y capacidad rectal, presión de reposo, presión de contracción voluntaria y contracción sostenida. Los pacientes se clasificaron en incontinencia fecal retentiva o no retentiva de acuerdo con los criterios clínicos. Se compararon los parámetros sensoriales y funcionales entre ambos grupos. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics versión 20.0 y las comparaciones se efectuaron con ANOVA.
Resultados: Se realizaron en total 66 manometrías anorrectales de alta resolución, con predominio del sexo masculino (57,6%). El diagnóstico más frecuente fue estreñimiento funcional (66,7%). Treinta y ocho pacientes presentaban incontinencia fecal: 27 (71,1%) retentiva y 11 (28,9%) no retentiva. El grupo con incontinencia fecal no retentiva incluyó a pacientes con trastornos neurológicos, malformaciones anorrectales y otras causas orgánicas menos frecuentes. La presión máxima durante la contracción sostenida fue mayor en los pacientes con incontinencia fecal retentiva que en aquéllos con incontinencia fecal no retentiva (mediana: 78,0 vs. 57,8 mmHg; p = 0,046).

Asimismo, el volumen rectal en la primera sensación (50 vs. 70 mL) y la presión durante la contracción sostenida a los 30 segundos (74,5 vs. 80,4 mmHg) fueron menores en el grupo con incontinencia fecal retentiva, aunque estas diferencias no alcanzaron significancia estadística (**Figura 1**).
Conclusiones: La incontinencia fecal retentiva y la no retentiva presentan perfiles diferentes en la manometría anorrectal de alta resolución. La presión máxima durante la contracción sostenida observada en la incontinencia fecal retentiva sugiere diferencias en la función del esfínter anal externo entre ambos subtipos. Estos hallazgos contribuyen a una mejor caracterización fisiopatológica y podrían ser útiles para mejorar la evaluación diagnóstica de los pacientes pediátricos con incontinencia fecal.
Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Comparación del volumen rectal en la primera sensación entre pacientes pediátricos con incontinencia fecal retentiva (n = 27) y no retentiva (n = 11), de acuerdo con manometría anorrectal de alta resolución. (**Dom055**)



Dom056

EFECTO DE LA DIETA BAJA EN FODMAP EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DEL EJE INTESTINO-CEREBRO ASOCIADOS A DOLOR ABDOMINAL

K. E. Olivares-Galicia, C. A. Sánchez-Ramírez, P. J. Flores-Moreno, A. D. Ortega-Ramírez, P. H. Sandoval-Villaseñor, F. Rojas-Larios, Facultad de Medicina, Universidad de Colima

Introducción: Los trastornos del eje cerebro-intestino asociados a dolor abdominal (TECI-DA) son una casusa frecuente de consulta en gastroenterología pediátrica y afectan de manera importante la calidad de vida de los adolescentes. La dieta baja en FODMAP ha demostrado eficacia en adultos; sin embargo, la evidencia en población adolescente latinoamericana es limitada. Por ello resulta necesario evaluar su efecto en adolescentes mexicanos con TECI-DA.
Objetivo: Evaluar el efecto de una dieta baja en FODMAP, comparada con una dieta habitual, sobre la intensidad del dolor abdominal durante cuatro semanas en adolescentes con TECI-DA.
Material y métodos: Se realizó un estudio clínico aleatorizado, controlado y doble ciego con duración de cuatro semanas. Participaron adolescentes de 15 a 18 años con diagnóstico de TECI-DA según criterios de Roma IV, reclutados en instituciones educativas públicas del estado de Colima. No se incluyó a sujetos con enfermedad metabólica, endocrina, celíaca, alergias alimentarias y bajo peso. Los participantes se asignaron aleatoriamente a uno de los dos grupos de intervención. Ambos grupos recibieron educación nutricional, menús individualizados y seguimiento semanal mediante un "diario de alimentos, síntomas y deposiciones". Se evaluó la intensidad del dolor abdominal mediante la escala visual análoga (EVA), la consistencia de las heces mediante la escala de Bristol, resolución completa del dolor abdominal, eficacia terapéutica de la intervención, índice de masa corporal, uso de medicamentos, efectos adversos y nivel de actividad física mediante el cuestionario IPAQ. Análisis estadístico: promedio, DE mediana y rango intercuartílico para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las cualitativas. Las comparaciones entre grupos se realizaron con las pruebas U de Mann-Whitney y x^2, y se consideró significancia estadística una $p < 0,05$. El proyecto recibió aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colima. Se solicitó consentimiento y asentimiento informado por escrito a los padres o tutores y participantes.
Resultados: Se incluyó a 17 adolescentes, 2 (11,76%) hombres y 15 (88,23%) mujeres, con una edad promedio de 17,30 ± 0,69 años; de acuerdo con IMC/E, 11 (64,70%) presentaron peso saludable, 5 (29,41%) sobrepeso y 1 (5,88%) obesidad. Con respecto al diagnóstico de los participantes de acuerdo con el cuestionario de Roma IV, el más frecuente en ambos grupos fue el síndrome de malestar posprandial (88,23%), seguido del síndrome de dolor epigástrico (17,64%). El grupo con dieta baja en FODMAP mostró una reducción significativa de la intensidad del dolor abdominal a partir de la tercera semana, que se mantuvo durante la cuarta semana ($p < 0,001$); el grupo de dieta habitual presentó una tendencia similar sin significancia estadística ($p = 0,094$). La escala de Bristol no mostró diferencias significativas entre grupos. A las cuatro semanas, la resolución completa del dolor abdominal fue de 88,9% en el grupo de dieta baja en FODMAP ($p = 0,131$) y de 50% en el grupo de dieta habitual (p 0,294), sin diferencia estadísticamente significativa. El nivel de actividad física permaneció similar antes y después de la intervención en ambos grupos.
Conclusiones: La dieta baja en FODMAP mostró un efecto clínicamente favorable en la disminución de la intensidad del dolor abdominal en adolescentes con TECI-DA, particularmente durante las últimas semanas de la intervención. Aunque la resolución completa del dolor fue mayor respecto de la dieta habitual, no hubo diferencia significativa entre grupos en este desenlace, ni en la consistencia de las heces o el nivel de actividad física. Estos hallazgos respaldan el potencial de la dieta baja en FODMAP como una estrategia terapéutica no farmacológica en esta población y destacan la necesidad de realizar estudios con una mayor población, que permita confirmar estos hallazgos.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom057

ASOCIACIÓN ENTRE DISPEPSIA FUNCIONAL Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO CON GRUPO CONTROL

A. J. Hernández-López, V. Aponte-Castillo, E. M. Toro-Monjaraz, F. E. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. F. Cadena-León, K. R. Ignorosa-Arellano, E. Montijo-Barrios, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La dispepsia funcional (DF) es uno de los trastornos de la interacción intestino-cerebro más frecuentes en la población pediátrica. Se caracteriza por síntomas gastrointestinales crónicos, como plenitud posprandial, saciedad temprana y dolor o ardor epigástrico, en ausencia de una causa orgánica. Según los criterios de Roma IV, se clasifica en síndrome de malestar posprandial y síndrome de dolor epigástrico, con una prevalencia calculada del 3 al 10% en niños y adolescentes. La fisiopatología de la DF es multifactorial e incluye alteraciones de la motilidad gastrointestinal, hipersensibilidad visceral y disfunción del eje intestino-cerebro, en las que los factores psicológicos desempeñan un papel importante. Diversos estudios han demostrado una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con trastornos de la interacción intestino-cerebro; sin embargo, la evidencia en la población pediátrica latinoamericana es limitada.
Objetivo: Comparar la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre pacientes pediátricos con dispepsia funcional y un grupo control sin dispepsia funcional.
Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría. Se registraron la edad, el sexo y la presencia o ausencia de trastornos psiquiátricos confirmados por el servicio de salud mental. Para el grupo control se reclutó a niños sin antecedente de dispepsia funcional. Se aplicó el cuestionario Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) como herramienta de tamizaje. Los participantes con un resultado normal se incluyeron en el análisis, mientras que aquéllos con un resultado anormal se excluyeron.

Análisis estadístico: las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. La comparación de la distribución por sexo y de la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre ambos grupos se realizó mediante la prueba x^2. La magnitud de la asociación entre la dispepsia funcional y la presencia de trastornos psiquiátricos se determinó mediante la razón de prevalencias (RP) con su intervalo de confianza del 95%.
Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 112 pacientes en el análisis final, de los cuales 43 (38,4%) correspondieron al grupo con dispepsia funcional y 69 (61,6%) al grupo control. Inicialmente se reclutó a 104 controles; sin embargo, 25 se excluyeron por presentar un resultado anormal en el cuestionario Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), debido a que éste constituye una prueba de tamizaje y no permite confirmar ni descartar un trastorno psiquiátrico. En el grupo con dispepsia funcional, 20 pacientes (46,5%) fueron del sexo masculino y 23 (53,5%) del sexo femenino. En el grupo control, 31 (44,9%) fueron hombres y 38 (55,1%) mujeres. Se identificó un trastorno psiquiátrico en 29 de 43 pacientes (67,4%) con dispepsia funcional, mientras que 14 (32,6%) no presentaron patología psiquiátrica. En el grupo control, 7 de 69 pacientes (10,1%) presentaron un trastorno psiquiátrico y 62 (89,9%) no tuvieron evidencia de patología psiquiátrica. La prevalencia de trastornos psiquiátricos fue considerablemente mayor en los pacientes con dispepsia funcional en comparación con el grupo control (67,4% vs. 10,1%, respectivamente).
Conclusiones: Luego de realizar la prueba x^2 se puede demostrar que existe una asociación estadísticamente significativa entre dispepsia funcional y la presencia de un trastorno psiquiátrico en esta muestra.
Financiamiento: Ninguno.

Dom058

ASOCIACIÓN ENTRE DUODENOPATÍA NODULAR Y PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES PEDIÁTRICAS

X. L. García-Reyes, M. Cervantes-Garduño, I. Longoria-Camargo, J. A. Fonseca-Nájera, M. Sosa-Arce, Centro Médico Nacional

Introducción: La duodenopatía nodular es la manifestación endoscópica de la hiperplasia nodular linfoide y se ha relacionado con infecciones, alergia alimentaria y diversas enfermedades gastrointestinales. Aunque suele considerarse un hallazgo benigno en la infancia, existe información limitada sobre sus características clínicas, histopatológicas y bioquímicas en la población pediátrica mexicana.
Objetivo: Describir las patologías gastrointestinales coexistentes y los hallazgos clínicos, bioquímicos e histopatológicos en pacientes pediátricos con diagnóstico endoscópico de duodenopatía nodular.
Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, de tipo serie de casos. Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes de un mes a 17 años con diagnóstico endoscópico de duodenopatía nodular, atendidos en un centro de referencia pediátrico entre enero y diciembre de 2023. Se analizaron edad, sexo, patología gastrointestinal coexistente, manifestaciones clínicas, estudios de laboratorio y hallazgos histopatológicos. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias y porcentajes y se exploró su asociación mediante la prueba x^2.
Resultados: Se incluyó a 45 pacientes; 51,1% se integró con mujeres y 37,8% correspondió al grupo de cero a cuatro años. Las patologías gastrointestinales coexistentes más frecuentes fueron enfermedad por reflujo gastroesofágico con 42,2% y alergia alimentaria con 24,4%. La disminución de la tolerancia a la vía oral se presentó en 51,1% y el dolor abdominal en 31,1%; entre los signos registrados, el vómito fue el más frecuente con 33,3%, seguido de la falla para crecer con 13,3%. El hallazgo histopatológico predominante fue la gastritis reactiva, presente en 33,3%, seguido de congestión vascular acompañada de otros hallazgos, con 26,7%. El 82,2% no presentó alteraciones en los estudios de laboratorio y 15,6% tuvo eosinofilia periférica. No se demostró asociación entre el sexo y la patología gastrointestinal coexistente ($p = 0,128$), ni entre los grupos de edad y dichas patologías ($p = 0,274$) (**Tabla 1**).
Conclusiones: En esta serie pediátrica, la duodenopatía nodular se identificó con mayor frecuencia en menores de cinco años. La enfermedad por reflujo gastroesofágico y la alergia alimentaria fueron las patologías gastrointestinales coexistentes más comunes, mientras que el vómito, la disminución de la tolerancia a la vía oral y la gastritis reactiva fueron los principales hallazgos clínicos e histopatológicos. No se observó asociación entre la patología gastrointestinal y la edad o el sexo. Estos resultados aportan una caracterización de la duodenopatía nodular en población pediátrica mexicana y muestran la diversidad de condiciones clínicas con las que puede coexistir.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Tabla 1. Relación de patología gastrointestinal y reporte histopatológico. (**Dom058**)

Patología gastrointestinal Gastritis folicular + otros hallazgos		Reporte histopatológico								Total
		Gastritis reactiva	Gastritis reactiva + atrofia vellositaria	Infiltración linfocitaria	Congestión vascular + otros hallazgos	Gastritis reactiva + congestión vascular + otros hallazgos	Gastritis reactiva + atrofia vellositaria + congestión vascular + otros hallazgos	Otros		
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	Recuento	0	10	1	1	4	3	0	0	19
	% dentro de patología gastrointestinal	0,0%	52,6%	5,3%	5,3%	21,1%	15,8%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de reporte histopatológico	0,0%	66,7%	50,0%	100,0%	33,3%	42,9%	0,0%	0,0%	42,2%
Dolor abdominal crónico	Recuento	0	0	0	0	2	1	0	0	3
	% dentro de patología gastrointestinal	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de reporte histopatológico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	14,3%	0,0%	0,0%	6,7%

Alergia alimentaria	Recuento	2	1	1	0	3	3	1	0	11
	% dentro de patología gastrointestinal	18,2%	9,1%	9,1%	0,0%	27,3%	27,3%	9,1%	0,0%	100,0%
	% dentro de reporte histopatológico	100,0%	6,7%	50,0%	0,0%	25,0%	42,9%	33,3%	0,0%	24,4%
Síndrome de malabsorción	Recuento	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	% dentro de patología gastrointestinal	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	% dentro de reporte histopatológico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	4,4%
Otras	Recuento	0	4	0	0	3	0	1	2	10
	% dentro de patología gastrointestinal	0,0%	40,0%	0,0%	0,0%	30,0%	0,0%	10,0%	20,0%	100,0%
	% dentro de reporte histopatológico	0,0%	26,7%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	33,3%	66,7%	22,2%

Dom059

ENTEROPATÍA CONGÉNITA, SERIE DE TRES CASOS

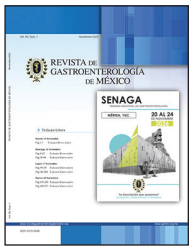
G. Reyes-Álvarez, L. Casas-Guzik, A. Méndez-Contreras, D. Cortés-Noriega, D. K. Pérez-Alfaro, R. M. Martínez-García, Hospital Infantil Eva Sámano de López Mateos

Introducción: Las enteropatías congénitas constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades monogénicas poco frecuentes que se manifiestan desde el periodo neonatal. Se caracterizan por diarrea crónica y en algunos casos presentan manifestaciones extraintestinales. Su baja prevalencia, elevada morbimortalidad y complejidad diagnóstica representan un importante desafío clínico.
Objetivo: Presentar las características clínicas y métodos diagnósticos de tres casos de enteropatías congénitas en pacientes mexicanas.
Reporte de casos: Tres pacientes de sexo femenino. El caso 1 comenzó a los siete días de nacida, los casos 2 y 3 a los dos días; originarias de Michoacán, Oaxaca y Guanajuato, respectivamente. Los tres casos comenzaron el padecimiento con evacuaciones líquidas abundantes posteriores a cada toma, sin moco ni sangre, e imposibilidad para ganar peso. Las tres acudieron a urgencias por deshidratación; en el primero y segundo casos se diagnosticó acidosis tubular renal, sin mejoría con el tratamiento; el tercero presentó choque séptico asociado a catéter utilizado para nutrición parenteral total (NPT). En el primero se realizó panendoscopia diagnóstica sin alteraciones macroscópicas ni microscópicas. En los tres casos se sospechó alergia a la proteína de leche de vaca, sin mejoría del cuadro tras la dieta de restricción materna y uso de fórmula extensamente hidrolizada ni elemental. Se realizó panel genético en los tres casos por sospecha de enteropatía congénita y se identificó una variante homocigota patogénica en NEUROG3 en el primero y segundo casos correspondiente a anendocrinosis entérica; y una mutación del gen SLC5A1 en el tercero, correspondiente a malabsorción de glucosa-galactosa. Los primeros dos casos requirieron NPT por más de seis meses; la primera falleció por complicaciones de neumonía al año de edad, la segunda continúa en seguimiento y la tercera comenzó con dieta artesanal libre de glucosa y galactosa tras el diagnóstico con adecuada ganancia ponderal.
Discusión: Las enteropatías congénitas representan un reto diagnóstico debido a su baja frecuencia y a la similitud clínica con otras causas de diarrea. El diagnóstico oportuno mediante estudio genético permite identificar la etiología específica, orientar el tratamiento nutricional y mejorar el pronóstico.
Conclusiones: Las enteropatías congénitas deben sospecharse en todo neonato con diarrea que no responde al tratamiento habitual. El estudio genético temprano permite establecer un diagnóstico temprano y evitar complicaciones.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**42-56

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres en cartel

Domingo 22 de noviembre de 2026

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Dom060

CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO A LA PRESENCIA, TIPO Y GRAVEDAD DE LAS MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

C. Jaramillo-Buendía, I. Marín-Jiménez, E. Rojas-Campos, J. F. Aguayo-Villaseñor, H. Martínez-Torres, Grupo Colaborativo: Centro Médico Nacional de Occidente, Hospital General Regional 110 IMSS

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal en México y América Latina es una enfermedad emergente. Se ha observado una tendencia sostenida al incremento y afecta a la población económicamente activa. Asimismo, existe una relación con la colitis ulcerosa (la enfermedad de Crohn es 3:1). La población más afectada es la de los adultos jóvenes (15 a 44 años). Por lo tanto, se requiere evidencia local para guiar las decisiones terapéuticas. La prevalencia reportada de manifestaciones extraintestinales (MEI) es de 24 a 47% en pacientes con EII. Las principales MEI son articulares (hasta 27%): artritis periférica y espondiloartritis axial; las cutáneas: eritema nodoso y pioderma gangrenoso; las oculares (hasta 3,6%): uveítis y epiescleritis; y las hepatobiliares: colangitis esclerosante primaria. Los efectos clínicos son una mayor morbilidad y un peor pronóstico en el paciente. Pueden preceder, coincidir o seguir al diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal. Algunas son independientes de la actividad intestinal e incrementan riesgo de desarrollar MEI adicionales.
Objetivo: Determinar la relación entre MEI y calidad de vida en pacientes con EII en un centro de tercer nivel; establecer la prevalencia de MEI y dimensionar la carga de la enfermedad; señalar los tipos de MEI más frecuentes que orientan el tamizaje dirigido; comparar la calidad de vida e identificar los grupos de alto riesgo; y correlacionar y validar el MEI-IBD Disk como herramienta de monitoreo.
Material y métodos: Diseño: estudio observacional, analítico y prospectivo. Se incluyó a pacientes adultos con diagnóstico establecido de CU o EC de la UMAE Hospital de Especialidades, CMNO, con un reclutamiento consecutivo durante seis meses. Criterios de selección: inclusión de individuos ≥ 18 años, diagnóstico confirmado de EII y consentimiento informado. Se excluyó a las personas con diagnóstico incierto y embarazo. La muestra final se integró con 101 pacientes. Los instrumentos principales fueron el expediente clínico y el IBD Disk (un cuestionario autoadministrado de 10 ítems) que mide la discapacidad relacionada con EII. Punto de corte validado: ≥ 40 = discapacidad moderada-grave.
Resultados: Se incluyó a 101 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (edad media de 44 años; rango, 19–80), con distribución similar por sexo (50,5% de mujeres). En los pacientes con colitis ulcerosa, el 39% presentaba enfermedad grave, el 20,8% actividad moderada y el 40,3% estaba en remisión. La extensión predominante fue E3 (46,5%), seguida de E2 (20,8%) y E1 (9,9%). En la enfermedad de Crohn, la puntuación media de Harvey-Bradshaw fue de 4,23. El 26,7% (n = 27) presentó al menos una manifestación extraintestinal y las articulares (15,8%) fueron las más frecuentes, seguidas de las dermatológicas (6,9%) y la fatiga (5%). La frecuencia fue similar entre enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa (34,8% vs. 24,7%; p = 0,338). La puntuación media del IBD Disk fue de 36,9 puntos. El 45,5% de la cohorte presentó discapacidad moderada a grave (≥ 40 puntos), sin diferencias entre enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa (p = 0,803). Los pacientes con IBD Disk ≥ 40 mostraron puntuaciones significativamente superiores en todos los dominios evaluados (p < 0,001), en particular sueño (+5,5 puntos), energía/fatiga (+5,1), dolor articular (+4,9), bienestar emocional (+4,8), dolor abdominal (+4,3), función sexual (+4,3) y regulación de la defecación (+3,7) (**Figura 1**).
Conclusiones: El deterioro de la calidad de vida no está determinado por el fenotipo de la EII, sino por la carga sintomática multidimensional. Prevalencia de MEI: 27% global, sin diferencia significativa entre CU vs. EC. Tipo predominante de MEI: articulares (15,8%) y dermatológicas (6,9%). Calidad de vida: 45,5% muestra discapacidad de moderada a grave. Dominios críticos: fatiga, sueño, bienestar emocional y dolor. Es preciso adoptar un enfoque centrado en el paciente y de forma multidisciplinaria.
Financiamiento: Ninguno.

Dom061

FRECUENCIA DE TUBERCULOSIS LATENTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO

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

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Figura 1. Resultados. (**Dom060**)



Comparación: IBD Disk ≥40 vs <40 (prueba Mann-Whitney, p < 0.001)

Dominio	≥40 puntos	<40 puntos	Diferencia
Sueño	7.8	2.3	+5.5
Energía/fatiga	7.7	2.6	+5.1
Bienestar emocional	7.0	2.2	+4.8
Dolor articular	6.7	1.8	+4.9
Dolor abdominal	6.0	1.7	+4.3
Regulación defecación	5.6	1.9	+3.7
Funciones sexuales	5.1	0.8	+4.3

Implicación.
La carga sintomática es multidimensional y trasciende lo gastrointestinal.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) abarca un espectro de subtipos como la enfermedad de Crohn (EC), colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), colitis indeterminada (CI) y CuCrohn, las cuales representan un mayor riesgo de infección para tuberculosis (TB), especialmente en aquellos pacientes con terapias inmunosupresoras y avanzadas como la terapia biológica y moléculas pequeñas.
Objetivo: Evaluar la frecuencia de tuberculosis latente y sus factores asociados en pacientes mexicanos con EII.
Material y métodos: Es un estudio transversal y retrospectivo en el que se incluyó a todos los pacientes con EII dentro del periodo de septiembre de 2001 a mayo de 2026 que contaran con QuantiFERON-TB Gold o PPD y telerradiografía de tórax. El QuantiFERON-TB GOLD es un tipo de estudio de liberación de interferón gamma (IGRA), en el cual los antígenos de Mycobacterium tuberculosis estimulan la liberación de interferón gamma (IFN-γ), por lo que la detección de altos niveles de IFN-γ representa un resultado "positivo" a exposición previa a TB. La prueba de PPD (derivado proteico purificado) o de tuberculina se realiza al crear un habón tras inyectar solución de tuberculina por vía intradérmica, que en caso de previa exposición a TB provoca una reacción de hipersensibilidad mediada por células T visible por un crecimiento de la circunferencia de este mismo 48-72 horas después de su aplicación; se consideró "positivo" a infección por TB a mediciones ≥ 10 mm, al tratarse de pacientes inmunosuprimidos y por el antecedente de vacunación de BCG en toda la población mexicana. El análisis de datos se efectuó mediante el paquete estadístico IBM SPSS v. 27.
Resultados: Se incluyó a 270 pacientes con EII cuya edad actual fue de 49 ± 16 años, con 147 mujeres (54,4%) y 123 hombres (45,6%), de los cuales 200 tenían diagnóstico de CUCI (74,1%), 64 de EC (23,7%), 2 de CI (0,7%) y 4 de CuCrohn (1,5%). La frecuencia de TB latente fue del 25,6% y la de TB activa del 2,6%. Los factores asociados al desarrollo de TB latente fueron el uso de corticoesteroides sistémicos hasta un año anterior al tamizaje de TB (p < 0,001; RM = 3,4; IC95%, 1,8-6,1), así como la presencia de COMBE positivo (p < 0,001; RM = 85,4; IC95%, 20,1-362,4). La exposición a biomasa, el antecedente de tabaquismo y el uso previo de terapia antifactor de necrosis tumoral hasta un año antes del tamizaje de TB no se relacionaron con el desarrollo de TB, latente o activa. Las características demográficas y clínicas se ilustran en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de pacientes con EII con tamizaje para tuberculosis y factores de riesgo asociados. (**Dom061**)

Características clínicas y demográficas	TB latente n = 69	Sin TB n = 190	TB activa n = 7	Indeterminado n = 6	Valor de p (TB latente)
Sexo al nacimiento	**Mujer** 47,8% **Hombre** 52,2%	**Mujer** 56,3% **Hombre** 43,6%	**Mujer** 57,1% **Hombre** 42,8%	**Mujer** 50% **Hombre** 50%	0,2
Edad al diagnóstico y tamizaje de TB	42,7 ± 16,1	41,6 ± 16,5	45,8 ± 20,1	42 ± 11,2	NS
COMBE positivo	97,1%	22,1%	100%	100%	**< 0,001**
Tipo de EII	**CUCI** 73,9% **EC** 24,6% **CI** 1,4%	**CUCI** 72,6% **EC** 24,7% **CI** 0,5% **CuCrohn** 2,1%	**CUCI** 71,4% **EC** 28,6%	**CUCI** 100%	**CUCI** 1,0 **EC** 0,8 **CI** 0,4 **CuCrohn** 0,5
Localización Crohn (Clasificación de Montreal)	**L1** 5,8% **L2** 2,9% **L3** 13% **L4** 1,4%	**L1** 10% **L2** 5,2% **L3** 8,4% **L4** 1%	**L1** 28,6%	NA	**CUCI** 0,2 **EC** 0,7 **CI** 0,1 **CuCrohn** 1,0
Comportamiento Crohn (Clasificación de Montreal)	**B1** 10,1% **B2** 10,1% **B3** 2,9%	**B1** 7,9% **B2** 12,1% **B3** 4,7%	**B2** 14,3% **B3** 14,3%	NA	**B1** 0,3 **B2** 0,7 **B3** 0,7
Localización CUCI	**E1** 2,9% **E2** 5,8% **E3** 50,7%	**E1** 2,1% **E2** 8,9% **E3** 53,7%	**E3** 57,1%	**E3** 83,3%	**E1** 0,6 **E2** 0,7 **E3** 1,0
Actividad endoscópica CUCI	**Mayo 0** 7,2% **Mayo 1** 15,9% **Mayo 2** 17,4% **Mayo 3** 18,8%	**Mayo 0** 13,7% **Mayo 1** 16,8% **Mayo 2** 19,5% **Mayo 3** 14,7%	**Mayo 0** 14,3% **Mayo 2** 28,5% **Mayo 3** 14,3%	**Mayo 0** 16,6% **Mayo 1** 33,3% **Mayo 2** 33,3%	**Mayo 0** 0,2 **Mayo 1** 1,0 **Mayo 2** 1,0 **Mayo 3** 0,2

Uso de corticoesteroides sistémicos	71%	43,7%	28,6%	16,6%	**< 0,001**
Tabaquismo	36,2%	27,89%	28,6%	50%	0,4
Exposición a biomasa	11,6%	13,15%	14,3%	16,6%	0,5

TB, tuberculosis; EC, enfermedad de Crohn; CI, colitis indeterminada; NA, no aplica; NS, no significativo.

Conclusiones: La frecuencia de TB latente fue del 25,6% y de TB activa del 2,6%. Los factores asociados al desarrollo de TB latente fueron el uso de corticoesteroides sistémicos y el antecedente de COMBE positivo en pacientes mexicanos con EII.
Financiamiento: Ninguno.

Dom062

CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

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

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad crónica e incurable que afecta primordialmente al tubo digestivo; sin embargo, la respuesta inapropiada del sistema inmunológico en aquellos que requieren terapias avanzadas para lograr un mejor control de la enfermedad, como la terapia biológica y las moléculas pequeñas, puede exponerlos a mayor riesgo de infecciones. Por ello se recomienda a los pacientes con EII la actualización apropiada y personalizada de su esquema de vacunación.
Objetivo: Evaluar el cumplimiento del esquema de vacunación, así como los factores que afectan su cumplimiento en la aplicación de vacunas en pacientes mexicanos con EII.
Material y métodos: Es un estudio transversal que incluyó a pacientes de la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición en el periodo de marzo a junio de 2026 que contaran con el diagnóstico de EII de al menos seis meses. Se solicitó a los pacientes contestar un cuestionario acerca de las vacunas con las que contaban al momento de la encuesta, de acuerdo con las recomendaciones de la European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) y la Crohn's and Colitis Foundation. En aquellos que refirieron no haber recibido una vacuna en específico, se solicitó explicar la razón que hizo imposible la administración de ésta. Asimismo, se recabaron datos socioeconómicos, demográficas y clínicos. El análisis de datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico IBM SPSS v. 27.
Resultados: Se encuestó a 107 pacientes diagnosticados con EII, cuya edad al momento de la encuesta fue de 47 ± 17 años, con 60 mujeres (56,1%) y 47 hombres (43,9%), de los cuales 68 padecían CUCI (63,6%), 35 EC (32,7%) y 4 CUCrohn (3,7%). El 82,1% de los pacientes no había recibido inmunización contra el virus del papiloma humano (VPH), 77,4% contra el virus de la varicela zóster (VVZ), 61,7% contra el virus de la hepatitis B (VHB), 55,7% contra neumococo, 43% contra tétanos en los últimos 10 años, y el 35,5% contra influenza y 31,8% contra SARS-CoV-2/COVID-19 de manera anual. En general, las principales razones por las que los pacientes no se han aplicado estas vacunas son: no saber que debían aplicarse hasta en un 26,2% de los casos, percepción de ser innecesarias o no brindar beneficios a su salud en un 15,7%, no estar indicadas aún por un profesional de salud en el 14,7%, desabasto en centros de salud en un 10,7%, no encontrarse en la cartilla de vacunación nacional en 5,9%, no ser ofrecidas en campañas o durante visitas médicas en 5,8%, problemas de tiempo o económicos para el traslado a centros de vacunación hasta en un 4,9%, creencia de no poder aplicarse debido a la EII en 4,8%, efectos secundarios previos en 5,6%, miedo a efectos secundarios sin haberlos presentado previamente en 1,9%, y sólo el 1% debido a contraindicación médica o por no contar con seguro médico. La proporción de pacientes vacunados y no vacunados se ilustran en la **Tabla 1**.
Conclusiones: Se identificó un cumplimiento heterogéneo del esquema de vacunación recomendado en pacientes con EII.
Financiamiento: Ninguno.

Dom063

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL POR MEDIO DE LA PRUEBA AUTOAPLICABLE IBD-KNOW EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

Introducción: La medición del nivel de conocimiento de los pacientes acerca de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que padecen es una herramienta

Tabla 1. Cumplimiento del esquema de vacunación en pacientes con EII por tipo de vacuna y subtipo de EII. (**Dom062**)

	COVID-19	VPH	Influenza	Neumococo	Herpes zóster	Hepatitis B	Tétanos
Sexo al nacimiento				**Mujeres**			
Mujeres, n = 60	**Vacunadas:** 73,33%	**Vacunadas:** 13,33%	**Vacunadas:** 66,66%	**Vacunadas:** 48,33%	**Vacunadas:** 18,33%	**Vacunadas:** 35%	**Vacunadas:** 55%
Hombres, n = 47	**No vacunadas:** 26,66%	**No vacunadas:** 86,66%	**No vacunadas:** 26,66%	**No vacunadas:** 50%	**No vacunadas:** 80%	**No vacunadas:** 65%	**No vacunadas:** 45%
				No recuerdan: 1,66%	**No recuerdan:** 1,66%		
				Hombres			
	Vacunados: 61,7%	**Vacunados:** 21,27%	**Vacunados:** 61,7%	**Vacunados:** 36,17%	**Vacunados:** 25,53%	**Vacunados:** 42,55%	**Vacunados:** 55,31%
	No vacunados: 38,2%	**No vacunados:** 76,59%	**No vacunados:** 38,2%	**No vacunados:** 63,82%	**No vacunados:** 74,46%	**No vacunados:** 57,44%	**No vacunados:** 40,42%
		No recuerdan: 2,12%					
Tipo de EII (vacunados)	**CUCI:** 64,7% **EC:** 74,28% **CUCrohn:** 75%	**CUCI:** 14,7% **EC:** 22,85% **CUCrohn:** 0%	**CUCI:** 58,82% **EC:** 71,42% **CUCrohn:** 75%	**CUCI:** 41,17% **EC:** 45,71% **CUCrohn:** 50%	**CUCI:** 22,05% **EC:** 17,14% **CUCrohn:** 50%	**CUCI:** 36,76% **EC:** 40% **CUCrohn:** 50%	**CUCI:** 51,47% **EC:** 60% **CUCrohn:** 75%
CUCI, n = 68							
EC, n = 35							
CUCrohn, n = 4							

EII, enfermedad inflamatoria intestinal; CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; EC, enfermedad de Crohn; VPH, virus del papiloma humano. Tabla de autoría propia.

esencial para identificar áreas de oportunidad para la educación en salud y así diseñar estrategias educativas, optimizar tratamientos y prevenir exacerbaciones. Es relevante la evaluación del conocimiento del paciente con EII, ya que puede ayudar a mejorar el acceso a servicios de salud, apoyo social y comorbilidades, así como obtener buenos desenlaces clínicos.
Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento en pacientes mexicanos con EII, así como los factores asociados a los puntajes obtenidos en la prueba IBD-KNOW.
Material y métodos: Es un estudio transversal en el cual se incluyó a pacientes de la clínica de EII en un hospital de tercer nivel de atención dentro del periodo de marzo a junio de 2026 que contaran con el diagnóstico de EII desde al menos seis meses. Se solicitó a los participantes contestar el cuestionario de 24 preguntas IBD-KNOW, traducido y validado al español, así como variables socioeconómicas. El análisis estadístico se realizó con el paquete IBM SPSS v. 27.
Resultados: Se incluyó a un total de 107 pacientes con diagnóstico de EII cuya edad actual fuera de 47 ± 17 años, con 60 mujeres (56,1%) y 47 hombres (43,9%), de los cuales 68 tenían CUCI (63,6%), 35 Crohn (32,7%) y 4 CUCrohn (3,7%), quienes obtuvieron una media de 11,5 respuestas correctas de un total de 24; el puntaje mínimo obtenido fue de una respuesta correcta y el máximo de 22 respuestas correctas. El factor asociado a puntajes < 12 de 24 respuestas correctas en la prueba de conocimiento IBD-KNOW fueron ingresos mensuales < 20 mil pesos mexicanos por hogar (p = 0,01; RM = 2,7; IC95%, 1,2-6,0). Ser profesionista se relaciona con mayores puntajes en la prueba IBD-KNOW (p = 0,04; RM = 0,71; IC95%, 0,5-1,0). Sin embargo, no se encontraron asociaciones significativas entre los puntajes obtenidos con exacerbaciones graves o necesidad de cirugías relacionadas con la EII. Los porcentajes de respuestas correctas e incorrectas obtenidas por subtipo de EII por cada pregunta de la prueba pueden visualizarse en la **Tabla 1**.
Conclusiones: El nivel de conocimiento promedio fue de 12 de 24 respuestas, lo cual indica falta de conocimiento de la EII por parte del paciente y se vincula con un menor ingreso mensual y escolaridad.
Financiamiento: Ninguno.

Dom064

CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EVALUADA MEDIANTE EL PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX (PSQI) Y SUS FACTORES ASOCIADOS

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

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), como colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), enfermedad de Crohn (EC) y CUCrohn, a menudo reportan fatiga y problemas durante o al intentar conciliar el sueño. La mala calidad del sueño en pacientes con EII se ha vinculado con peor calidad de vida y mayor actividad de la enfermedad, por lo que la identificación de factores de riesgo asociados a una peor calidad del sueño es de relevancia clínica.
Objetivo: Evaluar la frecuencia de trastornos del sueño, la calidad del sueño y sus factores asociados en pacientes mexicanos con EII.
Material y métodos: Es un estudio transversal en el cual se incluyó a pacientes con diagnóstico de EII con al menos seis meses de diagnóstico, encuestados dentro del periodo de marzo a junio de 2026 en la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Se solicitó a los pacientes contestar el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) validado al español, además de preguntas respecto de factores socioeconómicos y demográficos personales asociados a la calidad y problemas del sueño reportados por los pacientes con EII. El análisis de datos se efectuó mediante el paquete estadístico IBM SPSS v. 27.
Resultados: Se incluyó a 108 pacientes con EII cuya edad actual era de 47 ± 17 años, con 60 mujeres (55,6%) y 48 hombres (44,4%), de los cuales 70 tenían CUCI (64,8%), 34 EC y 4 CUCrohn (3,7%). Todos los encuestados tuvieron

Tabla 1. Porcentajes de respuestas correctas e incorrectas obtenidas por subtipo de EII por cada pregunta de la prueba IBD-KNOW en pacientes mexicanos en un hospital de tercer nivel. (**Dom063**)

	CUCI, n = 68		Enfermedad de Crohn, n = 35		CUCrohn, n = 4	
Pregunta 1	C = 32,3%	I = 64,7%	C = 42,9%	I = 57,1%	C = 75%	I = 25%
Pregunta 2	C = 86,8%	I = 13,2%	C = 77,1%	I = 22,9%	C = 100%	I = 0%
Pregunta 3	C = 26,5%	I = 73,5%	C = 31,4%	I = 68,6%	C = 25%	I = 75%
Pregunta 4	C = 10,3%	I = 89,7%	C = 17,1%	I = 82,9%	C = 25%	I = 75%
Pregunta 5	C = 48,5%	I = 51,5%	C = 48,6%	I = 51,4%	C = 50%	I = 50%
Pregunta 6	C = 63,2%	I = 36,8%	C = 82,9%	I = 17,1	C = 75%	I = 25%
Pregunta 7	C = 61,8%	I = 38,2%	C = 62,9%	I = 37,1%	C = 50%	I = 50%
Pregunta 8	C = 45,6%	I = 54,4%	C = 54,3%	I = 45,7%	C = 50%	I = 50%
Pregunta 9	C = 75%	I = 25%	C = 88,6%	I = 11,4%	C = 75%	I = 25%
Pregunta 10	C = 47%	I = 53%	C = 77,1%	I = 22,9%	C = 75%	I = 25%
Pregunta 11	C = 58,8%	I = 41,2%	C = 37,1%	I = 62,9%	C = 25%	I = 75%
Pregunta 12	C = 57,4%	I = 42,6%	C = 51,4%	I = 48,6%	C = 25%	I = 75%
Pregunta 13	C = 82,4%	I = 17,6%	C = 65,7%	I = 34,3%	C = 75%	I = 25%
Pregunta 14	C = 76,5%	I = 23,5%	C = 77,1%	I = 22,9%	C = 100%	I = 0%
Pregunta 15	C = 36,8%	I = 63,2%	C = 37,1%	I = 62,9%	C = 25%	I = 75%
Pregunta 16	C = 54,4%	I = 45,6%	C = 62,9%	I = 37,1%	C = 75%	I = 25%
Pregunta 17	C = 50%	I = 50%	C = 45,7%	I = 54,3%	C = 50%	I = 50%
Pregunta 18	C = 10,3%	I = 89,7%	C = 17,1%	I = 82,9%	C = 0%	I = 100%
Pregunta 19	C = 69,1%	I = 30,9%	C = 42,9%	I = 57,1%	C = 100%	I = 0%
Pregunta 20	C = 20,6%	I = 79,4%	C = 20%	I = 80%	C = 25%	I = 75%
Pregunta 21	C = 26,5%	I = 73,5%	C = 57,1%	I = 42,9%	C = 50%	I = 50%
Pregunta 22	C = 22%	I = 78%	C = 20%	I = 80%	C = 0%	I = 100%
Pregunta 23	C = 16,2%	I = 83,8%	C = 20%	I = 80%	C = 0%	I = 100%
Pregunta 24	C = 61,8%	I = 38,2%	C = 77,1%	I = 22,9%	C = 75%	I = 25%

CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; n, número de muestra; C, porcentaje de respuestas correctas; I, porcentaje de respuestas incorrectas. Tabla de autoría propia.

una hora promedio de acostarse de 22,9 ± 1,8 horas y una hora de levantarse de 7 ± 1,7 horas. Se encontró una asociación entre el sexo femenino y el insomnio (RM = 2,4; p = 0,04; IC95%, 1,07-5,61), y por el tipo de oficio, principalmente los trabajadores de transporte y seguridad (RM = 4,07; p = 0,06; IC95%, 2,9-5,6). Se reportó mayor riesgo de apnea del sueño en pacientes con CUCI (RM = 3,6; p = 0,01; IC95%, 1,2-10,5). Las mujeres con EII tuvieron mayor riesgo de dificultad para conciliar el sueño debido al dolor relacionado con la EII (RM = 3,8; p = 0,001; IC95%, 1,7-8,6), así como desempleados y amas de casa (RM = 2,39; p = 0,03; IC95%, 1,08-5,28). Las horas de descanso, latencia del sueño y los problemas del sueño reportados en porcentaje se ilustran en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Se encontró una calidad del sueño mala o bastante mala en el 31,5% de los pacientes con EII y el uso de medicamentos para dormir en el 25,9%. El insomnio está asociado al sexo femenino, así como trabajar en transporte o seguridad, mientras que el sexo femenino, el desempleo y amas del hogar se asociaron con mayor riesgo de dificultades para conciliar el sueño debido al dolor por EII.

Financiamiento: Ninguno.

Dom065

MÁS ALLÁ DE LA ACTIVIDAD INTESTINAL: IMPACTO RELACIONAL Y ESTILOS DE APEGO EMOCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Haro-Limón, J. G. López-Gómez, K. G. González-Peña, C. L. C. Rojas-Zavala, R. A. Cruz-Nieves, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una condición crónica y recidivante cuyo impacto rebasa la actividad intestinal. Aunque la evaluación habitual se centra en síntomas, biomarcadores, endoscopia y tratamiento, la repercusión en la esfera relacional, intimidad y estilos de apego suele explorarse poco en la consulta gastroenterológica.

Objetivo: Evaluar la esfera relacional y los estilos de apego emocional en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal mediante DAS-32 y ECR-R, y describir su distribución según actividad de la enfermedad, evolución clínica, tratamiento y características de pareja.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se incluyó a pacientes adultos de una cohorte mexicana con diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) o enfermedad de Crohn. Se registraron variables clínicas y sociodemográficas: edad, sexo, tipo y duración de la EII, actividad clínico-endoscópica según los índices disponibles (Mayo, Rutgeerts, SES-CD y CDAI), hospitalizaciones, cirugía previa, tratamiento actual y línea terapéutica. También se documentaron variables relacionales: presencia y duración de pareja, percepción de influencia de la EII en las relaciones y causa atribuida. La esfera relacional se evaluó mediante DAS-32 y se consideraron ajuste adecuado ≥ 114 puntos, desajuste diádico < 107 y desajuste grave ≤ 80. El apego adulto se evaluó con ECR-R y se clasificó en seguro, ansioso, evitativo o temeroso. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyó a 31 pacientes con EII y edad media de 48,6 ± 18,3 años; 64,5% correspondió a mujeres. El 54,8% tuvo CUCI y 45,2% enfermedad de Crohn, con duración media de 8,8 ± 7,8 años. El 54,8% presentó actividad clínico-endoscópica relevante y 83,9% recibía terapia avanzada. El 58,1% refirió pareja actual; estos pacientes fueron de mayor edad, mayor duración de EII y menor actividad respecto de quienes no tenían pareja. El DAS-32 fue evaluable en 20 pacientes: 65,0% presentó ajuste relacional adecuado y 35,0% desajuste diádico, incluido un 20,0% con desajuste grave. El ajuste adecuado se observó en pacientes con más años de EII y mayor duración de pareja, sin depender exclusivamente de menor actividad intestinal. El ECR-R fue clasificable en 25 pacientes: predominó el estilo evitativo (44,0%), seguido del seguro (40,0%), temeroso (12,0%) y ansioso (4,0%). El apego seguro tampoco se concentró exclusivamente en pacientes con menor actividad. El perfil clínico-relacional según la pareja actual, DAS-32 y ECR-R se resume en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Horas de descanso, latencia del sueño y problemas relacionados al sueño reportados por pacientes mexicanos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) en hospital de tercer nivel. (**Dom064**)

Horas de descanso, latencia del sueño y problemas del sueño reportados por pacientes con EII			
	CUCI, n = 70	**EC, n = 34**	**CUCrohn, n = 4**
Cantidad de horas de descanso verdadero	**< 4 horas** 4,3% **4-6 horas** 45,7% **7-8 horas** 45,7% **> 8 horas** 4,3%	**4-6 horas** 50% **7-8 horas** 38,2% **> 8 horas** 11,7%	**4-6 horas** 25% **7-8 horas** 75%
Tiempo que tarda en dormirse	**1-10 min** 24,2% **11-30 min** 40% **31-60 min** 22,8% **61-90 min** 2,9% **> 90 min** 10%	**1-10 min** 29,4% **11-30 min** 32,3% **31-60 min** 14,7% **61-90 min** 2,9% **> 90 min** 20,5%	**1-10 min** 25% **11-30 min** 50% **31-60 min** 25%
Insomnio	35,6%	38,2%	25%
Despertares nocturnos	85,7%	45,7%	75%
Apnea del sueño	35,7%	14,7%	-
Tos y ronquidos ruidosos	45,7%	35,3%	100%
Sensación de frío	54,3%	47%	50%
Sensación de calor	47%	61,7%	75%
Pesadillas	44,3%	52,9%	25%
Dolor nocturno	65,7%	47%	50%
Calidad del sueño	**Bastante buena** 11,4% **Buena** 57,1% **Mala** 27,1% **Bastante mala** 4,3%	**Bastante buena** 11,7% **Buena** 55,9% **Mala** 23,5% **Bastante mala** 8,9%	**Bastante buena** 25% **Buena** 50% **Mala** 25%
Uso de medicamentos para dormir	27,1%	20,5%	50%
Somnolencia diurna al realizar actividades	54,3%	47%	50%
Dolor articular asociado a EII	15,7%	3%	-
Urgencia para evacuar/diarrea	4,28%	5,9%	25%
Micción por ingesta de agua y medicamentos durante la noche	4,28%	8,82%	-
Cuidados de ileostomía	-	5,9%	50%

CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; n, número de muestra. Tabla de autoría propia.

Tabla 1. Perfil clínico-relacional de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. (**Dom065**)

Variable	Cohorte total (n = 31)	Pareja actual (n = 18)	Sin pareja actual (n = 13)	DAS-32 adecuado (n = 13/20)	Apego seguro (n = 10/25)
Perfil clínico					
Edad, años	48,6 ± 18,3	55,9 ± 14,4	38,4 ± 18,7	55,5 ± 14,7	46,0 ± 17,5
Sexo femenino	20/31 (64,5%)	10/18 (55,6%)	10/13 (76,9%)	8/13 (61,5%)	6/10 (60,0%)
CUCI	17/31 (54,8%)	9/18 (50,0%)	8/13 (61,5%)	8/13 (61,5%)	8/10 (80,0%)
Duración de EII, años	8,8 ± 7,8	10,9 ± 8,4	5,8 ± 5,9	12,1 ± 9,1	8,2 ± 8,2
Actividad clínico-endoscópica relevante	17/31 (54,8%)	7/18 (38,9%)	10/13 (76,9%)	6/13 (46,2%)	7/10 (70,0%)
Tratamiento y evolución					
Terapia avanzada	26/31 (83,9%)	15/18 (83,3%)	11/13 (84,6%)	12/13 (92,3%)	9/10 (90,0%)
Línea terapéutica ≥ 2	15/31 (48,4%)	10/18 (55,6%)	5/13 (38,5%)	8/13 (61,5%)	6/10 (60,0%)
Hospitalización ≥ 1	22/31 (71,0%)	12/18 (66,7%)	10/13 (76,9%)	10/13 (76,9%)	8/10 (80,0%)
Cirugía previa	10/31 (32,3%)	7/18 (38,9%)	3/13 (23,1%)	6/13 (46,2%)	3/10 (30,0%)
Esfera relacional y apego					
Años con pareja actual	25,0 ± 19,8	25,0 ± 19,8	NA	27,6 ± 20,2	26,7 ± 20,5
DAS-32 total	110,5 ± 25,2	112,3 ± 24,9	94,5 ± 30,4	126,6 ± 7,3	119,6 ± 20,2
DAS-32 adecuado	13/20 (65,0%)	12/18 (66,7%)	1/2 (50,0%)	13/13 (100,0%)	7/8 (87,5%)
Estilo ECR-R predominante	Evitativo: 11/25 (44,0%)	Evitativo: 8/18 (44,4%)	Seguro: 4/7 (57,1%)	Seguro: 7/13 (53,8%)	Seguro: 10/10 (100,0%)
Influencia percibida de la EII en relaciones	8/30 (26,7%)	4/18 (22,2%)	4/12 (33,3%)	1/13 (7,7%)	2/10 (20,0%)

EII, enfermedad inflamatoria intestinal; CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; DAS-32, Dyadic adjustment scale; ECR-R, Experiences in close relationships-revised. Variables continuas: media ± desviación estándar; variables categóricas: n/N (%). DAS-32 fue evaluable en 20 pacientes y ECR-R en 25. NA se consideró no aplicable. La influencia percibida se evaluó en 30 pacientes; las causas más frecuentes fueron temor al rechazo, hospitalizaciones y ansiedad/depresión. Interpretación: la pareja actual se observó en pacientes de mayor edad, mayor evolución de EII y menor actividad; el DAS-32 adecuado y el apego seguro no se concentraron exclusivamente en menor actividad.

El 26,7% refirió influencia de la EII en sus relaciones, principalmente por temor al rechazo, hospitalizaciones y ansiedad/depresión.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con EII, tener pareja actual fue más frecuente en pacientes de mayor edad, mayor evolución de la enfermedad y menor actividad clínico-endoscópica. El ajuste relacional adecuado y el apego seguro no se concentraron exclusivamente en pacientes con menor actividad, lo que sugiere la influencia de factores relacionales acumulados, como años de pareja y estabilidad previa. El estilo evitativo fue el apego predominante, mientras que los estilos temeroso y ansioso fueron menos frecuentes. El uso de DAS-32 y ECR-R puede complementar la evaluación integral de la EII e identificar necesidades no capturadas por los desenlaces clínico-endoscópicos habituales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom066

PERSISTENCIA TERAPÉUTICA Y REMISIÓN CLÍNICA CON USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA

M. M. Alamilla-Pérez, M. A. Rocha-Ramos, L. E. Cardona-Rodríguez, J. G. Gómez-López, T. Cortés-Espinosa, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

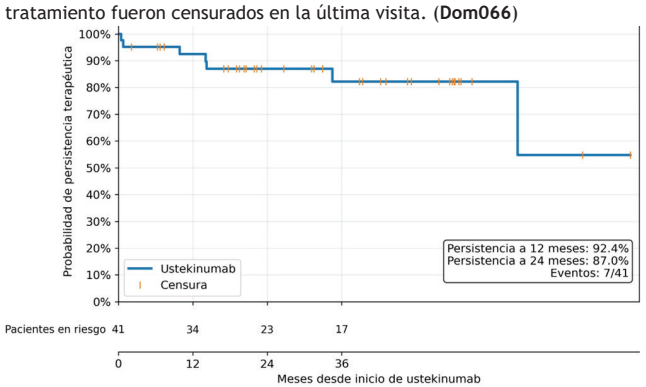
Introducción: El ustekinumab es una terapia biológica dirigida contra la vía de interleucina 12/23 utilizada en la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). En la práctica clínica, la persistencia terapéutica integra eficacia, seguridad, tolerabilidad y continuidad del tratamiento; sin embargo, existen pocos datos de vida real en la población mexicana.

Objetivo: Determinar la persistencia terapéutica de ustekinumab a 24 meses y la proporción de pacientes en remisión clínica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y de vida real que incluyó a pacientes con EC y CU que iniciaron ustekinumab entre mayo de 2019 y marzo de 2026, con corte de seguimiento hasta junio de 2026. La persistencia se definió como permanencia en tratamiento desde el inicio de ustekinumab hasta suspensión definitiva, cambio de terapia o última visita documentada. El evento para Kaplan-Meier fue suspensión o cambio de ustekinumab; los pacientes que continuaban en tratamiento fueron censurados en la última visita. La remisión clínica se definió como Harvey-Bradshaw ≤ 4 en Crohn, Mayo parcial ≤ 2 en colitis ulcerosa o remisión documentada en expediente. Se realizaron estadística descriptiva, análisis de Kaplan-Meier y comparación exploratoria con prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se incluyó a 41 pacientes, 18 (43,9%) con EC y 23 (56,1%) con CU. La edad media fue 45,0 ± 16,8 años, 24 (58,5%) fueron mujeres y la mediana de duración de la enfermedad fue de 8 años (RIQ 5-11). Hasta 35 pacientes (85,4%) habían recibido biológico previo, 34 (82,9%) anti-TNF y 12 (29,3%) vedolizumab. La mediana de seguimiento con ustekinumab fue de 31,5 meses (RIQ 17,7-51,7). Al cierre, 34 pacientes (82,9%) continuaban con ustekinumab y 7 (17,1%) lo suspendieron. La persistencia calculada por Kaplan-Meier fue de 92,4% a 12 meses y 87,0% a 24 meses (**Figura 1**). La

Figura 1. Persistencia terapéutica de ustekinumab calculada mediante Kaplan-Meier. La persistencia fue de 92,4% a 12 meses y 87,0% a 24 meses. El evento correspondió a suspensión o cambio de terapia; los pacientes en tratamiento fueron censurados en la última visita. (**Dom066**)



remisión clínica global al cierre del seguimiento fue de 68,3% (28/41), 61,1% en EC y 73,9% en CU (p = 0,503). Entre quienes continuaban con ustekinumab, 25/34 (73,5%) estaban en remisión clínica. Los motivos de suspensión fueron pérdida secundaria de respuesta (n = 4), problema administrativo (n = 2) y falla primaria (n = 1). La hospitalización relacionada con EII ocurrió en 7 pacientes (17,1%) y cirugía posterior a ustekinumab en 2 (4,9%). No hubo diferencia significativa en suspensión entre Crohn y colitis ulcerosa (11,1% vs. 21,7%; p = 0,438).

Conclusiones: En esta cohorte de vida real, el ustekinumab mostró alta persistencia terapéutica a 24 meses y una proporción clínicamente relevante de remisión clínica al cierre del seguimiento, tanto en EC como en CU. Estos hallazgos apoyan su utilidad como estrategia terapéutica sostenida en EII en un centro de referencia.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom067

CARGA EXTRAINTESTINAL CLÁSICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: PERFIL CLÍNICO EN UNA COHORTE DE UN CENTRO MEXICANO DE TERCER NIVEL

M. M. Alamilla-Pérez, M. A. Rocha-Ramos, J. I. Hernández-Honorato, L. E. Cardona-Rodríguez, T. Cortés-Espinosa, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC), puede presentar manifestaciones extraintestinales (MEI) con compromiso reumatológico, dermatológico, ocular, oral y hepatobiliar. En estudios retrospectivos, la frecuencia de MEI depende de la definición utilizada, ya que pueden confundirse con complicaciones de la EII, eventos adversos del tratamiento o condiciones asociadas de mecanismo incierto. La Organización Europea de Crohn y Colitis (ECCO) diferencia las MEI verdaderas de estas entidades, por lo que una clasificación estricta permite evitar sobreestimación. En México, la evidencia institucional sobre MEI clásicas aún es limitada.

Objetivo: Determinar la frecuencia de MEI clásicas documentadas como antecedente en pacientes con EII atendidos en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre y comparar el perfil clínico, fenotípico y terapéutico entre pacientes con y sin MEI clásicas.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Se revisaron expedientes de pacientes adultos con diagnóstico confirmado de CU o EC atendidos en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre entre 2020 y 2026. Se consideró MEI clásica la presencia documentada en expediente, en cualquier momento de la evolución, de manifestaciones reumatológicas inflamatorias, dermatológicas clásicas, orales, oculares o hepatobiliares. No se incluyeron psoriasis aislada, hidradenitis, trombosis, osteoporosis, nefrolitiasis, colelitiasis, eventos adversos ni condiciones asociadas no clasificadas como MEI verdaderas. Se comparó a pacientes con y sin MEI clásicas mediante prueba exacta de Fisher para variables categóricas y U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Se consideró significativo un valor de p < 0,05.

Resultados: Se incluyó a 126 pacientes, 81 con CU (64,3%) y 45 con EC (35,7%). La edad mediana fue de 56,5 años (RIQ 42,3-67,0), 63 fueron mujeres (50,0%) y la mediana de evolución fue de 9 años (RIQ 5,0-16,8). Noventa y cinco pacientes (75,4%) recibían tratamiento biológico actual. Treinta presentaron al menos una MEI clásica (23,8%): 19/81 con CU (23,5%) y 11/45 con EC (24,4%); p = 1,000. La mayoría presentó una sola MEI (26/30; 86,7%), mientras que 3 (10,0%) tuvieron dos y 1 (3,3%) presentó tres. La distribución de MEI clásicas según el subtipo de EII se muestra en la **Tabla 1**. Las MEI más frecuentes fueron reumatológicas (15,9%), hepatobiliares (6,3%) y oculares (4,0%). Los pacientes con MEI clásicas fueron más jóvenes al corte (50,5 vs. 60,0 años; p = 0,027) y al diagnóstico de EII (37,5 vs. 44,0 años; p = 0,036). No hubo diferencias significativas en sexo, tiempo de evolución o subtipo de EII. El uso de tratamiento biológico actual fue mayor en pacientes con MEI clásicas, sin diferencia significativa (86,7% vs. 71,9%; p = 0,144). En EC, la localización ileocolónica fue más frecuente en pacientes con MEI clásicas (81,8% vs. 44,1%; p = 0,040).

Conclusiones: En esta cohorte mexicana de pacientes con EII, cerca de una cuarta parte presentó antecedente documentado de MEI clásicas, con predominio reumatológico. La frecuencia fue similar entre CU y EC, pero los pacientes con MEI clásica fueron más jóvenes al corte y al diagnóstico. En EC, las MEI clásicas se asociaron con localización ileocolónica. Una definición estricta evita sobreestimar la carga extraintestinal y favorece una búsqueda clínica intencionada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Distribución de manifestaciones extraintestinales clásicas según el subtipo de enfermedad inflamatoria intestinal. (**Dom067**)

Variable	Total, n = 126	CU, n = 81	EC, n = 45
MEI clásica global	**30 (23,8%)**	**19 (23,5%)**	**11 (24,4%)**
Reumatológicas	**20 (15,9%)**	**14 (17,3%)**	**6 (13,3%)**
Artralgias inflamatorias	9 (7,1%)	6 (7,4%)	3 (6,7%)
Artritis periférica	6 (4,8%)	5 (6,2%)	1 (2,2%)
Espondiloartritis	4 (3,2%)	3 (3,7%)	1 (2,2%)
Sacroileítis	1 (0,8%)	0 (0%)	1 (2,2%)
Hepatobiliares	**8 (6,3%)**	**5 (6,2%)**	**3 (6,7%)**
Colangitis esclerosante primaria	8 (6,3%)	5 (6,2%)	3 (6,7%)
Oculares	**5 (4,0%)**	**2 (2,5%)**	**3 (6,7%)**
Uveítis	4 (3,2%)	1 (1,2%)	3 (6,7%)
Episcleritis	1 (0,8%)	1 (1,2%)	0 (0%)
Orales	**1 (0,8%)**	**1 (1,2%)**	**0 (0%)**
Úlceras aftosas	1 (0,8%)	1 (1,2%)	0 (0%)
Dermatológicas clásicas	**1 (0,8%)**	**1 (1,2%)**	**0 (0%)**
Eritema nodoso	1 (0,8%)	1 (1,2%)	0 (0%)

Dom068

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

C. Miranda-Sosa, P. A. Ávila-Maldonado, E. Juárez-Valdés, S. M. Mejía-Loza, E. A. San-Vicente-Parada, R. Ramírez-Marcial, M. Pinacho-Juárez, H. A. Cabello-Valdés, S. L. Zapata-Ortega, Hospital Juárez de México

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, es un trastorno inflamatorio crónico caracterizado por un curso recurrente de actividad y remisión que afecta principalmente a adultos en edad productiva. Además de las manifestaciones gastrointestinales, la EII se asocia con deterioro de la calidad de vida, limitaciones en la participación social y repercusiones laborales derivadas de la carga física y emocional de la enfermedad. Aunque el control de la actividad inflamatoria constituye uno de los principales objetivos terapéuticos, la relación entre la actividad clínica y la calidad de vida ha sido escasamente evaluada en la población mexicana.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la actividad clínica, la calidad de vida y el impacto en las actividades sociales y la productividad laboral en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el Hospital Juárez de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico en pacientes adultos con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el Hospital Juárez de México. La actividad clínica se evaluó mediante el índice de Mayo parcial para colitis ulcerosa y el índice de Harvey-Bradshaw para enfermedad de Crohn. La calidad de vida se determinó mediante el cuestionario IBDQ-9 y el impacto laboral y social mediante el cuestionario WPAI-IBD modificado. Se compararon los pacientes en remisión clínica con los pacientes en enfermedad activa mediante la prueba de U de Mann-Whitney; las variables categóricas se analizaron con x^2 y las correlaciones mediante el coeficiente de Spearman. Se construyó un modelo de regresión logística binaria ajustado por edad y sexo para identificar factores asociados con la actividad clínica. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05.

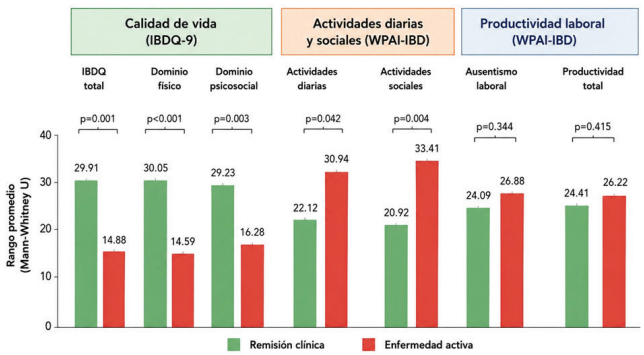
Resultados: Se incluyó a 49 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, con una edad media de 44,8 años; el 51% correspondió a mujeres y el

87% presentaba colitis ulcerosa. El 67,3% de los pacientes se encontraba en remisión clínica y el 32,7% presentaba enfermedad activa. Los pacientes con enfermedad activa presentaron una calidad de vida significativamente menor que aquéllos en remisión clínica, tanto en el puntaje global del IBDQ-9 (U = 102,0; p = 0,001) como en los dominios físico (U = 97,5; p < 0,001) y psicosocial (U = 124,5; p = 0,003). Asimismo, mostraron un mayor deterioro en las actividades diarias (U = 169,0; p = 0,042) y sociales (U = 129,5; p = 0,004), sin diferencias significativas en el ausentismo ni en la productividad laboral global (todos p > 0,05). En pacientes con colitis ulcerosa, la actividad clínica mostró una correlación negativa moderada con el puntaje total del IBDQ-9 (ρ = -0,510; p < 0,001), el dominio físico (ρ = -0,537; p < 0,001) y el dominio psicosocial (ρ = -0,446; p = 0,003) (**Figura 1**). En el análisis multivariado, el puntaje total del IBDQ-9 se asoció de forma independiente con la actividad clínica (OR = 0,84; IC95%, 0,75-0,95; p = 0,004).

Conclusiones: La actividad clínica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal se asoció con un deterioro significativo de la calidad de vida, particularmente en los dominios físico y psicosocial, así como con una mayor limitación de las actividades diarias y sociales. En esta cohorte, la actividad clínica no se relacionó con un mayor ausentismo laboral ni con un deterioro de la productividad laboral global. El IBDQ-9 se asoció de forma independiente con la actividad clínica, lo que respalda su utilidad como una herramienta complementaria para la evaluación integral y el seguimiento de estos pacientes con EII.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Comparación: remisión clínica vs. enfermedad activa. (**Dom068**)



Valores expresados como rango promedio. Un mayor puntaje en IBDQ-9 indica mejor calidad de vida. En WPAI-IBD, un mayor puntaje indica mayor deterioro.

Dom069

EXPERIENCIA EN VIDA REAL DEL TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO DE TERCER NIVEL

N. N. Parra-Holguín, I. Borbolla-Schega, J. K. Yamamoto-Furusho, Grupo Colaborativo: Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El ustekinumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la subunidad p40 compartida por las interleucinas 12 y 23, cuya eficacia y seguridad han sido demostradas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Sin embargo, la evidencia sobre su eficacia en condiciones de vida real, particularmente en población mexicana y en pacientes previamente expuestos a otras terapias avanzadas, todavía es limitada en esta población.

Objetivo: Evaluar la eficacia del ustekinumab en pacientes con EII, así como describir la respuesta y remisión clínica, bioquímica, endoscópica y radiológica durante 48 semanas de seguimiento.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y de vida real realizado en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de EII tratados con ustekinumab. Se recopilaron variables clínicas y demográficas de los expedientes electrónicos. Se evaluaron la respuesta clínica y bioquímica a la semana 12, la remisión clínica y bioquímica a la semana 24, así como la remisión endoscópica por colonoscopia y transmural mediante el índice MARIA a través de enterorresonancia a la semana 48. Se usó el programa estadístico SPSS versión 31 y se tomó un valor de p < 0,05 como significativo.

Resultados: Se incluyó a 40 pacientes, de los cuales 26 (65%) fueron mujeres y 14 (35%) hombres; 17 (42,5%) tenían CUCI y 23 (57,5%) EC. La mediana de edad fue de 39,5 años (rango, 19-81), la edad al diagnóstico de 32 años (10-66) y el tiempo de evolución de 6 años (1-25). El 45% había recibido previamente 5-ASA, el 47,5% anti-TNF, el 12,5% vedolizumab y el 60% inmunomoduladores. El ustekinumab se indicó como primera, segunda y tercera líneas de tratamiento en el 47,5%, 42,5% y 10% respectivamente. A la semana 12, 38 pacientes (95%) alcanzaron respuesta clínica y 33 (82,5%) respuesta bioquímica. A la semana 24, 33 (82,5%) presentaron remisión clínica y 30 (75%) remisión bioquímica. A la semana 48, 22 (55%) alcanzaron remisión endoscópica en EII. En relación con la EC, 13 pacientes con EC evaluados mediante enterorresonancia con el índice saMARIA, siete (53,8%) presentaron remisión transmural a la semana 48 y 4 (23,5%) de los pacientes con CUCI tuvieron remisión histológica a las 48 semanas. No se encontraron diferencias significativas en edad actual, edad al diagnóstico ni tiempo de evolución respecto de los desenlaces evaluados. La falla primaria antes de anti-TNF se asoció con menor probabilidad de alcanzar remisión endoscópica (RM = 0,08; IC95%, 0,009-0,747; p = 0,02), mientras que la falla secundaria se asoció con un mayor riesgo de dicho desenlace (RM = 12,5; IC95%, 1,33-116,79; p = 0,02). Durante los 12 meses de seguimiento, 34 pacientes (85%) continuaron con ustekinumab y sólo seis pacientes (15%) presentaron falla primaria.

Conclusiones: El ustekinumab mostró alta eficacia clínica y bioquímica tanto en la inducción como en el mantenimiento, así como una persistencia terapéutica del 85% a los 12 meses. En más de la mitad de los pacientes se alcanzó remisión endoscópica en EII y transmural en EC.

Financiamiento: Ninguno.

Dom070

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS A MAYOR ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN EL OCCIDENTE DE MÉXICO

M. D. C. Ávila-Langarica, F. Argüelles-Arias, W. R. Rivera-Altamirano, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La EII es una enfermedad crónica de evolución incierta. Se puede presentar como episodios únicos de diferente gravedad, seguir un curso prolongado con exacerbaciones y remisiones, o bien presentar sintomatología persistente.

Objetivo: Identificar factores asociados a mayor estancia hospitalaria y gravedad clínica en pacientes hospitalizados por enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y métodos: Se realizará revisión de expedientes electrónicos de los pacientes con diagnóstico de CUCI o EC durante el periodo de tiempo de enero de 2021 a febrero de 2026.

Resultados: Se evaluó a 27 sujetos, de los que el 63,0% (n = 17) reportó CUCI y el 37,0% (n = 10) EC. El 63,0% (n = 17) de los sujetos fue de sexo femenino y 37,0% (n = 10) de sexo masculino; 52,9% (n = 9) de los sujetos con CUCI fue de sexo masculino y 47,1% (n = 8) de sexo femenino, mientras que en el caso de EC, el 90,0% (n = 9) correspondió al sexo femenino y 10,0% (n = 1) al masculino, (p = 0,042). Se reportó sangrado como motivo de ingreso en el 37,0% (n = 10) de lo sujetos, diarrea en el 40,7% (n = 11), dolor abdominal en el 48,1% (n = 13) y fiebre en el 3,7% (n = 1). El 70,6% (n = 12) de los pacientes con CUCI reportó enfermedad leve por escala de Truelove & Witts, mientras que el 29,4% (n = 5) señaló enfermedad moderada. En el caso de los individuos con EC, el 80,0% (n = 8) mostró enfermedad moderada de acuerdo con el instrumento Crohn Disease Activity Index (CDAI), el 10,0% (n = 1) tenía enfermedad en remisión y 10,0% (n = 1) enfermedad leve. Los sujetos presentaron una mediana para días de estancia intrahospitalaria de 4,0. Se reportó tratamiento actual en el 81,5% (n = 22) de los sujetos, 82,4% (n = 14) de los enfermos con CUCI, y 80,0% (n = 8) de los pacientes con EC. El 66,7% (n = 18) de los enfermos reportó usar mesalazina, 40,7% (n = 11) azatioprina, 3,7% (n = 1) infliximab, 7,4 (n = 2) certolizumab y 14,8% (n = 4) prednisona. El 70,4% (n = 19) de los individuos tenía comorbilidades, 70,6% (n = 12) de los sujetos con CUCI y 70,0% (n = 7) de los sujetos con EC. El 14,8% (n = 4) de los

enfermos refirió diabetes mellitus tipo 2, 28,6% (n = 8) hipertensión arterial sistémica, 37,0% (n = 10) infecciones y 3,7% (n = 1) hipotiroidismo. El 81,5% (n = 22) de lo pacientes refirió uso de inmunosupresores, 82,4% (n = 14) de los enfermos con CUCI y 80,0% (n = 8) de los sujetos con EC; en el caso del uso de biológicos, éstos se reportaron en el 3,7% (n = 1) de personas con CUCI.
Se registró infección en el 37,0% (n = 10) de los pacientes, 41,2% (n = 7) de los sujetos con CUCI y 30,0% (n = 3) de los individuos con EC, asociación no estadísticamente significativa (p = 0,692). Se evaluó la relación entre DEIH y los niveles de PCR y se encontró una relación positiva para mayores niveles de PCR en personas con mayores días de estancia intrahospitalaria (p = 0,001). Se encontró significancia estadística para mayores días de estancia intrahospitalaria en sujetos con CUCI moderada por instrumento de Truelove & Witts (p = 0,049).
Se encontró significancia estadística para mayor temperatura a mayores días de estancia intrahospitalaria (p = 0,012).
Conclusiones: Se encontró una asociación positiva para mayores niveles de proteína C reactiva y mayor estancia intrahospitalaria. En enfermos con CUCI moderada se encontró una significancia estadística para una mayor estancia hospitalaria, así como en personas con mayor temperatura.
El 63,0% de los pacientes correspondió al sexo femenino y 37,0% al masculino, con una mediana para edad de 44,0 años. El 70,4% de los individuos sufrió comorbilidades y la más prevalente fue la infección con un 41%.
Financiamiento: Este trabajo recibió patrocinio total de la institución pública (Instituto Mexicano de Seguro Social).

Dom071

FACTORES PREDICTORES PARA DESNUTRICIÓN Y SARCOPENIA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA: COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS

Y. Ramos-Mérida, S. E. Martínez-Vázquez, M. Bastida-Osorio, Y. López-Pérez, F. D. Gutiérrez-Herrera, I. Bravo-Espinoza, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La desnutrición (DN) y la sarcopenia (S) son complicaciones frecuentes en la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y se asocian con mayor mortalidad y deterioro funcional. La aplicación de los criterios GLIM y EWGSOP2 en pacientes con CUCI tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios es reciente y los datos son escasos.
Objetivo: Evaluar los factores predictores para desnutrición y sarcopenia en pacientes con CUCI hospitalizados y ambulatorios mediante los criterios GLIM y EWGSOP2.
Material y métodos: Estudio transversal en mayores de 18 años con CUCI confirmada, atendidos en la clínica de EII del INCMNSZ y que se hospitalizaron por recaída grave o algún otro evento relacionado con CUCI. Se excluyó a los pacientes con colectomía, cáncer activo o reciente, embarazo y enfermedades que alteraran el estado inflamatorio o la composición corporal. El riesgo de DN se identificó con NRS-2002 y se confirmó con criterios GLIM. La sarcopenia se evaluó con las recomendaciones de la EWGSOP2. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, según fuera la distribución de los datos, y x^2 de Pearson o prueba exacta de Fisher para las variables categóricas, según correspondiera. Posteriormente se construyeron modelos de regresión logística con las variables que mostraron asociación significativa y se tomó un valor de $p \leq 0,05$ como significativo.
Resultados: Se evaluó a un total de 52 pacientes con CUCI pareados por sexo, edad y año de diagnóstico (26 por grupo) en los que se observó que la frecuencia de sarcopenia fue más alta en el grupo de hospitalización (65,4% vs. 30,8%; p = 0,01), así como la sarcopenia grave (39,1% vs. 11,5%; p = 0,02). La desnutrición fue significativamente mayor en pacientes hospitalizados, tanto por criterios GLIM (46,2% vs. 0%; p < 0,001) como por NRS-2002 (36% vs. 3,8%; p = 0,004). Los criterios GLIM detectan mayor número de casos. En el análisis de regresión logística univariada, la albúmina sérica (RM = 0,18; IC95%, 0,06-0,54; p = 0,002), la escala de Truelove y Witts (RM = 5,89; IC95%, 1,82–19,12; p = 0,003), la velocidad de sedimentación globular (RM = 1,06; IC95%, 1,01–1,11; p = 0,03) y el ángulo de fase (RM = 0,50; IC95%, 0,28-0,90; p = 0,02) se asociaron con la presencia de desnutrición. Para la sarcopenia, la proteína C reactiva (RM = 1,23; IC95%, 1,01–1,51; p = 0,04) y el ángulo de fase (RM = 0,12; IC95%, 0,03–0,44; p = 0,001) mostraron una asociación significativa. Se obtuvieron dos modelos predictores, uno con IMC y albúmina para desnutrición (IMC: B = −0,047; IC95%, −0,086 a −0,008; p = 0,021; albúmina: B = −0,280; IC95%, −0,533 a −0,028; p = 0,03) y el otro con IMC y PCR para sarcopenia (IMC: B = −0,074; IC95%, −0,123 a −0,024; p = 0,006; PCR: B = 0,042; IC95%, 0,006 a 0,077; p = 0,023).
Conclusiones: En este estudio, el modelo con los factores IMC y albúmina predice mejor la desnutrición, mientras que el modelo con los factores IMC y PCR predice mejor la sarcopenia. En pacientes hospitalizados con CUCI es preferible usar criterios GLIM para diagnosticar desnutrición y sarcopenia, las cuales fueron frecuentes durante la hospitalización.
Financiamiento: El presente estudio no recibió financiamiento.

Dom072

COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y UTILIDAD CLÍNICA DE LAS ESCALAS ENDOSCÓPICAS TIGER, UCEIS Y MES EN COLITIS ULCEROSA

J. A. Merino-Rivera, E. G. Salgado-Parra, O. Contreras-Rivas, ISSSTE Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos

Introducción: La evaluación endoscópica de la actividad inflamatoria mucosa es fundamental desde el diagnóstico y sobre todo para el seguimiento en la colitis ulcerosa. Entre las escalas más usadas se encuentran el Mayo endoscopic subscore (MES) y el Ulcerative colitis endoscopic index of severity (UCEIS), que evalúan el segmento más afectado. Sin embargo, en los últimos años surgió el Toronto Inflammatory bowel disease global endoscopic reporting (TIGER), que se distingue por valorar la extensión anatómica de la afectación mucosa. Existe escasa evidencia comparativa sobre el desempeño diagnóstico en la población mexicana.
Objetivo: Comparar el rendimiento diagnóstico y la utilidad clínica de las escalas TIGER, MES y UCEIS para la evaluación endoscópica de pacientes con colitis ulcerosa.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal en pacientes adultos con colitis ulcerosa, en un solo centro. A partir de reportes e imágenes endoscópicas se calcularon las escalas MES, UCEIS y TIGER. Se evaluaron correlación (Spearman), concordancia (κ de Cohen ponderado), curvas ROC, área bajo la curva (DeLong) y análisis por subgrupos de la asociación con extensión de la enfermedad (Clasificación de Montreal) mediante Kruskal–Wallis. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.
Resultados: Se evaluaron 92 colonoscopias, de las cuales siete se excluyeron por no cumplir criterios de elegibilidad, por lo que se incluyó a 85 pacientes. La mediana de edad fue de 52 años (RIC, 39–65), con distribución similar por sexo. La mayoría presentó actividad clínica leve (51,8%) y enfermedad extensa (Montreal E3, 44,7%). Las tres escalas mostraron correlación significativa entre sí: MES-UCEIS (ρ = 0,84), TIGER-UCEIS (ρ = 0,76) y TIGER-MES (ρ = 0,63), todas con p < 0,001. El κ ponderado fue de 0,62 para TIGER-MES, 0,55 para MES-UCEIS y 0,34 para TIGER-UCEIS. En el análisis de desempeño diagnóstico, MES ≥ 1 mostró la mayor sensibilidad (96,6%) con baja especificidad (30,8%), mientras que UCEIS ≥ 5 presentó la mayor especificidad (92,3%). TIGER mostró un equilibrio entre sensibilidad (77,9%) y especificidad (80,8%). Los valores de sensibilidad y especificidad se calcularon con el puntaje de Mayo clínico como referencia clínica, para los distintos puntos de corte validados; se muestran en la **Tabla 1**. La comparación de las curvas ROC no mostró diferencias estadísticamente significativas entre las tres escalas. En el análisis por extensión anatómica, únicamente TIGER mostró incremento progresivo del puntaje conforme aumentó la extensión de la enfermedad según la clasificación de Montreal (E1: 105; E2: 216; E3: 318,5), mientras que MES y UCEIS no discriminaron entre los subgrupos.

Tabla 1. Sensibilidad y especificidad de las escalas endoscópicas. (**Dom072**)

Escala endoscópica	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Principal fortaleza
MES ≥ 1	96,6	30,8	Alta sensibilidad
UCEIS ≥ 5	55,9	92,3	Alta especificidad
TIGER ≥ 100	77,9	80,8	Evalúa extensión anatómica

Conclusiones: TIGER, MES y UCEIS mostraron un rendimiento diagnóstico comparable para identificar actividad clínica en pacientes con colitis ulcerosa, sin diferencias significativas entre sus curvas ROC. Sin embargo, TIGER fue la única escala capaz de reflejar la extensión anatómica de la enfermedad según la clasificación de Montreal, lo que sugiere que puede aportar información complementaria a las escalas endoscópicas convencionales y podría ser de utilidad cuando la extensión anatómica influye en la toma de decisiones clínicas.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom073
CONCORDANCIA ENTRE MODELOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA Y CONSENSO DE EXPERTOS PARA CÁLCULO DEL UCEIS

J. A. Garay-Ortega, M. I. Torres-Ruiz, R. Y. López-Pérez, J. L. De-León-Rendón, J. C. Silis-Cravioto, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La evaluación endoscópica constituye un pilar fundamental en el manejo de la colitis ulcerosa, ya que permite determinar la actividad inflamatoria, establecer objetivos terapéuticos y monitorizar la respuesta al tratamiento. El Ulcerative colitis endoscopic index of severity (UCEIS) es uno de los índices validados más utilizados para este propósito; sin embargo, su aplicación todavía depende de la experiencia del observador y presenta variabilidad interobservador. Los avances recientes en inteligencia artificial generativa multimodal han permitido el análisis de imágenes médicas con un desempeño cada vez mayor en diversas áreas de la gastroenterología. Entre las estrategias que podrían optimizar su rendimiento destaca el aprendizaje en contexto (In-context learning, ICL), técnica mediante la cual el modelo mejora sus respuestas al recibir ejemplos representativos sin requerir un nuevo entrenamiento. A pesar de su potencial, la evidencia sobre el impacto de esta estrategia en la interpretación de imágenes endoscópicas de colitis ulcerosa aún es limitada.
Objetivo: Evaluar la concordancia entre cuatro modelos de inteligencia artificial (IA) generativa multimodal (ChatGPT, Grok, Gemini y Claude) y un consenso de expertos para el cálculo del Índice endoscópico de gravedad de la colitis ulcerosa (UCEIS), así como determinar el impacto del aprendizaje en contexto.
Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, ciego y multilector-multicaso que incluyó 40 casos de colitis ulcerosa con imágenes endoscópicas anonimizadas. Cuatro expertos establecieron un consenso como estándar de referencia. Los modelos evaluaron los casos antes y después de una estrategia de validación cruzada de cuatro rondas utilizando 10 casos como aprendizaje y 30 para evaluación. La concordancia se analizó mediante κ ponderado cuadrático y Gwet AC2 con intervalos de confianza al 95%, con uso de *bootstrap* pareado para comparar los cambios preexposición y posexposición.
Resultados: La concordancia interobservador entre expertos fue elevada (AC2 = 0,862). Entre las IA, la concordancia global aumentó de AC2 = 0,802 a 0,854 tras el entrenamiento, sin diferencia significativa. Todos los modelos mejoraron su concordancia con el consenso de expertos; únicamente Gemini y Claude mostraron incrementos significativos mediante AC2, mientras que Claude fue el único con mejoría significativa en κ ponderado. El componente sangrado presentó mejoría significativa en los cuatro modelos, mientras que el patrón vascular mostró resultados heterogéneos y el de erosiones/úlceras permaneció estable.
Conclusiones: Los modelos de IA generativa alcanzaron una elevada concordancia con el consenso de expertos para el cálculo del UCEIS. El aprendizaje en contexto mejoró el desempeño de forma dependiente del modelo y del componente evaluado y destacaron Claude y Gemini como los sistemas con mayor beneficio tras la exposición.
Financiamiento: Personal.

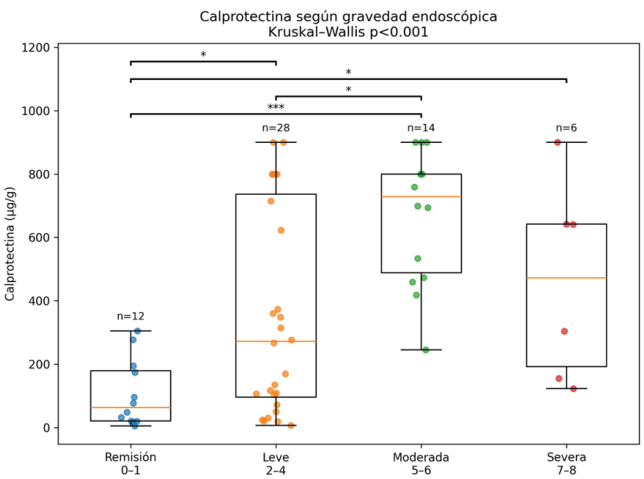
Dom074

CORRELACIÓN Y DESEMPEÑO DIAGNÓSTICO DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA IDENTIFICAR ACTIVIDAD ENDOSCÓPICA MEDIDA POR UCEIS EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

N. Guzmán-Rodríguez, C. L. Valdez-Contreras, S. Zavala-Villegas, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional

Introducción: La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica cuyo objetivo terapéutico es alcanzar la cicatrización de la mucosa. La evaluación de la actividad endoscópica mediante colonoscopia constituye el estándar de referencia para valorar la inflamación intestinal; sin embargo, se trata de un procedimiento invasivo, costoso y de disponibilidad limitada para el seguimiento seriado de los pacientes. En este contexto, la calprotectina fecal ha emergido como el biomarcador no invasivo con mejor desempeño para calcular la inflamación intestinal, aunque los puntos de corte para identificar actividad endoscópica todavía son motivo de debate y requieren validación en cada población.
Objetivo: Evaluar la correlación entre los niveles de calprotectina fecal y la actividad endoscópica medida mediante el UCEIS, así como determinar la capacidad diagnóstica de diferentes puntos de corte para identificar actividad endoscópica en pacientes con colitis ulcerosa.
Material y métodos: Se incluyó a 85 pacientes con colitis ulcerosa atendidos en un hospital de tercer nivel. Setenta y tres (85,9%) contaban con una determinación válida de calprotectina fecal y 60 disponían simultáneamente de calprotectina y UCEIS. La remisión endoscópica se definió como UCEIS 0-1 y la actividad endoscópica como UCEIS ≥ 2. Se utilizaron las pruebas de Spearman, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis con ajuste de Holm, x^2 y curvas ROC.
Resultados: Se observó una correlación positiva moderada entre la calprotectina fecal y el UCEIS (ρ = 0,546; p < 0,001), lo cual indica que los niveles del biomarcador aumentan conforme se incrementa la actividad endoscópica. Los pacientes con actividad endoscópica presentaron concentraciones significativamente mayores de calprotectina que aquéllos en remisión (Mann-Whitney, p = 0,00039). Además, se observaron diferencias entre las categorías de gravedad endoscópica (Kruskal-Wallis, p = 0,00012) (**Figura 1**). El análisis *post hoc* mostró diferencias entre remisión y actividad leve, moderada y grave, así como entre actividad leve y moderada; no se observaron diferencias entre actividad moderada y grave ni entre actividad leve y grave; cabe notar que el grupo con actividad grave incluyó un número reducido de pacientes.
Se encontró una asociación significativa entre los grupos de calprotectina y la actividad endoscópica (x^2, p = 0,0075). La curva ROC mostró una buena capacidad discriminativa para identificar actividad endoscópica (AUC = 0,833; IC95%, 0,712-0,932). Se identificó un punto de corte óptimo de 314 µg/g para detectar actividad endoscópica, con una sensibilidad del 60,4% y una especificidad del 100%.
Conclusiones: La calprotectina fecal mostró una asociación moderada con el UCEIS y una buena capacidad discriminativa para identificar actividad endoscópica. Los niveles de calprotectina fueron significativamente mayores en pacientes con actividad endoscópica que en aquéllos en remisión y aumentaron conforme se incrementó la gravedad endoscópica. Estos resultados respaldan el uso de la calprotectina fecal como un biomarcador no invasivo útil para estimar la actividad inflamatoria en pacientes con colitis ulcerosa, aunque no sustituye la evaluación endoscópica.
Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Calprotectina según la gravedad endoscópica (Kruskal-Wallis, p < 0,001). Los puntos representan a pacientes individuales y las cajas muestran la mediana y el rango intercuartílico. Las líneas superiores indican las comparaciones significativas del análisis *post hoc* con ajuste de Holm (*p < 0,05; **p < 0,001). (**Dom074**)



Dom075

ALIMENTACIÓN EN LA LACTANCIA MATERNA Y LA EDAD DE DIAGNÓSTICO EN ADULTOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

S. Yarza-Regalado, M. A. Santoyo-Chávez, J. I. Carrillo-Rojas, R. Baños-Vázquez, N. Bueno-Hernández, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que abarca la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), surge de una compleja interacción entre factores genéticos y ambientales. Dentro de estos últimos, la lactancia materna (LM) se ha descrito en múltiples estudios como un factor determinante al modular la susceptibilidad del hospedero a la inflamación crónica y al daño tisular. La LM actúa como un factor protector clave que guía el desarrollo del sistema inmune de la mucosa y el establecimiento de la microbiota intestinal, y que su ausencia o interrupción prematura altera esta ventana crítica del desarrollo, lo que predispone a individuos genéticamente vulnerables al diagnóstico temprano de EII. Sin embargo, no existen estudios concluyentes en México.
Objetivo: Evaluar la asociación entre el tipo y la duración de la LM en la primera infancia y la edad de diagnóstico.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal multicéntrico en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de EC o CUCI de mayo a julio de 2026. La evaluación de la LM se obtuvo mediante un cuestionario complementario anterior al calendario de historia clínica (CHC) y un CHC adaptado a EII. Se reconstruyó la alimentación en la primera infancia (12 meses) y se evaluaron el tipo de lactancia y la duración. Se recolectaron variables demográficas, familiares y ambientales. La edad de diagnóstico de EC o CUCI se clasificó en temprana (< 30 años) y tardía (≥ 30 años). Se realizó un análisis estadístico mediante la prueba x^2 sobre los datos de la primera infancia reportados.
Resultados: Se incluyó a 64 pacientes, de los cuales 37 (57,81%) presentaron CUCI y 27 (42,19%) EC. La edad media fue de 50,12 ± 16,46 años, con predominio del sexo femenino (68,75%). Para las variables antropométricas, el peso medio fue de 67,61 ± 14,57 kg, la talla de 1,62 ± 0,10 cm y el índice de masa corporal (IMC) de 25,82 ± 4,82 kg/m². Respecto de la alimentación durante la primera infancia (**Tabla 1**), el 60,94% recibió LM exclusiva y el 20,31% alimentación mixta, por lo que el 81,25% estuvo expuesto a LM los primeros seis meses de vida. La duración de la LM fue mayor a seis meses en el 54,69% de la población. El 29,23% de los pacientes tuvo un diagnóstico de EII temprano antes de los 30 años. Al evaluar la asociación entre la duración de la LM (≤ 6 vs. > 6 meses) y el diagnóstico temprano de EII (< 30 años), no se observaron diferencias estadísticamente significativas (x^2 = 0,017; OR = 1,08; IC95%, 0,34–3,44). Asimismo, la mediana de duración de la LM fue de 12 meses tanto en pacientes con EC como en CUCI, sin diferencias significativas entre ambos grupos (p = 0,318).
Conclusiones: La duración de la LM durante la primera infancia no se asoció significativamente con un diagnóstico temprano de EII ni difirió entre pacientes con EC o CUCI. En esta población, una menor duración o una interrupción temprana de la LM no mostraron evidencia de incrementar la probabilidad de un diagnóstico temprano de EII (< 30 años). Estudios con mayor tamaño muestral son necesarios para confirmar estos hallazgos.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características demográficas, antropométricas y de lactancia según el diagnóstico de EII. (**Dom075**)

Variable	Total n = 64	CUCI n = 37	Enfermedad de Crohn n = 27
Edad (años)	50,12 ± 16,46	48,22 ± 15,60	52,74 ± 17,54
Sexo (%)			
Femenino	68,75	67,57	70,37
Masculino	31,25	32,43	29,63
Peso (kg)	67,61 ± 14,57	68,01 ± 13,77	67,09 ± 15,82
Talla (cm)	161,62 ± 9,88	162,58 ± 9,79	160,33 ± 10,04
Talla (m)	1,62 ± 0,10	1,63 ± 0,10	1,60 ± 0,10
IMC (kg/m²)	25,82 ± 4,82	25,77 ± 4,93	25,88 ± 4,76
Lactancia materna (%)			
Sólo seno materno	60,94	64,86	55,56
Seno materno + fórmula	20,31	24,32	14,81
Sólo fórmula	7,81	2,70	14,81
No sabe	10,94	8,11	14,81
Duración de lactancia > 6 meses	54,69	48,65	62,96
Duración de lactancia > 12 meses	50,00	40,54	62,96
Edad de diagnóstico			
Menor a 30 años	29,23	30,56	27,59
Mayor a 30 años	70,77	69,44	72,41

CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; IMC, índice de masa corporal. Las variables continuas (edad, peso, talla e IMC) se expresan como media ± desviación estándar. Las variables categóricas (sexo, tipo de lactancia materna, duración de lactancia y edad de diagnóstico) se presentan como porcentaje (%).

Dom076

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN PERIANAL COMPLEJA: RESPUESTA CLÍNICA DE UN CENTRO DE REFERENCIA

M. R. Esquivel-Steffanoni, A. Reyes-López, A. Guinea-Lagunes, S. Basave-Falcó, J. M. Fortanelli-Ríos, M. V. Martínez-Vega, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De-León-Rendón, Grupo Colaborativo: Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad de Crohn perianal (ECP) representa una de las manifestaciones fenotípicas más graves y debilitantes de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Esta condición asocia una elevada morbilidad, impacto negativo en la calidad de vida y un reto terapéutico considerable debido a la recurrencia de las lesiones y el riesgo de incontinencia esfinteriana. El abordaje idóneo en la actualidad no contempla la terapia médica o quirúrgica de forma aislada, sino que combina terapias avanzadas (biológicos e inmunomoduladores) junto con una cirugía selectiva de soporte. Para cuantificar la eficacia de este enfoque, resulta indispensable evaluar la respuesta mediante índices validados: el Perianal disease activity index (PDAI), focalizado en la morbilidad anoperineal, y el índice de Harvey-Bradshaw (HB), orientado a la actividad inflamatoria sistémica y luminal.
Objetivo: Determinar la prevalencia institucional de la enfermedad de Crohn perianal en un centro de referencia de tercer nivel, así como evaluar el impacto del tratamiento combinado (médico-quirúrgico) sobre la actividad clínica global y la tasa de resolución definitiva de las fístulas perianales.
Material y métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo y observacional en una cohorte de pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad de Crohn. Se analizaron las características anatómicas de las fístulas perianales mediante resonancia magnética nuclear (RMN) y se utilizó la clasificación radiológica del Hospital St. James. Las variables continuas pretratamiento y postratamiento se evaluaron mediante las escalas PDAI y HB y los resultados se registraron a través de medianas y rangos intercuartílicos (RIC) dada la distribución de la muestra.
Resultados: Se identificó una prevalencia de ECP del 20% (n = 22); tras excluir tres casos por datos incompletos, se evaluó una cohorte de 19 pacientes (mediana de 49 años; 52,6% de hombres). Un 15,8% presentó fístulas abdominales simultáneas. La RMN confirmó una alta complejidad estructural con un franco predominio de estadios avanzados: grado 5 en 36,8% (n = 7), grado 4 en 15,8% (n = 3), grado 3 en 48,3% (n = 8), grado 2 en 5,3% (n = 1). El 47,3% (n = 9) requirió colocación de setón, y una mediana de permanencia global de 15,0 (RIC, 12,0–24,0) meses. Tras el seguimiento médico-quirúrgico, se alcanzaron una tasa de resolución completa de la fístula perianal del 21% (n = 4) y un descenso de la actividad clínica perianal, con una reducción del puntaje PDAI de una mediana de 13,0 (9,5–15,5) a 4,0 (1,5–6,5), y una disminución del índice de Harvey-Bradshaw de una mediana de 5,0 (RIC, 3,5–7,0) a 1,0 (RIC, 1,0–2,0) (**Tabla 1**).
Conclusiones: La ECP afecta a 1 de cada 5 pacientes en este centro y destaca por su complejidad estructural (63,2%, grados 4-5). El tratamiento combinado médico-quirúrgico guiado por objetivos logra la resolución del 36,8% de los casos y un óptimo control inflamatorio sostenido.
Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas. (**Dom076**)

n = 19	
Edad	49 (23-74)
Masculino	10 (52,6%)
A	
A2	12 (63,2%)
A3	7 (36,8%)
L	
L1	1 (5,3%)
L2	10 (52,6%)
L3	6 (31,6%)
L4	2 (10,5%)
B	
B1	12 (63,2%)
B2	6 (31,6%)
B3	1 (5,3%)
P	100%
Fístula enteroatmosférica abdominal	3 (15,8%)
Harvey-Bradshaw pretratamiento	5,0 [3,5-7,0]
PDAI pretratamiento	13,0 [9,5-15,5]
Caracterización de la fístula	
Clasificación de St. James	
Grado 2	1 (5,3%)
Grado 3	8 (42,3%)
Grado 4	3 (15,8%)
Grado 5	7 (36,8%)
Altura	
Alta	16 (84,2%)
Lateralidad	
Izquierda	8 (42,1%)
Bilateral	1 (5,3%)
Anterior	3 (15,8%)
Mixta	7 (36,8%)
Extensión de absceso pararrectal	5 (26,3%)
Manejo terapia avanzada	
Infliximab	3 (15,8%)
Ustekinumab	7 (36,8%)
Guselkumab	3 (15,8%)
Adalimumab	1 (5,3%)
Upadacitinib	2 (10,5%)
Sin terapia avanzada	3 (15,8%)
Biológico previo	13 (68,4%)
Manejo quirúrgico	
Procedimiento quirúrgico	11 (57,8%)
Drenaje y setón	9 (47,3%)
Fistulotomía	2 (26,3%)
Sin procedimiento	8 (42,1%)
Tiempo de permanencia con setón	15 (12-24)
Estoma	5 (26,3%)
Evaluación a respuesta	
Harvey-Bradshaw postratamiento	1,7 +/- 1,2
PDAI postratamiento	4,8 +/- 3,8
Fístula resuelta	4 (21%)

Dom077

SARCOPENIA Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN ADULTOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

M. A. Santoyo-Chávez, J. I. Carrillo-Rojas, R. Baños-Vázquez, S. Yarza-Regalado, J. L. De-León-Rendón, N. Bueno-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende principalmente dos entidades: enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). En ambas patologías se han estudiado manifestaciones extraintestinales, dentro de las cuales la sarcopenia se ha considerado dentro de éstas. La sarcopenia se define como el trastorno que se caracteriza por la pérdida de masa muscular y la funcionalidad. Durante muchos años se consideró que esta enfermedad se presentaba de forma única en pacientes geriátricos; sin embargo, la sarcopenia se ha detectado en pacientes adultos jóvenes. El desarrollo de este trastorno se ha relacionado con una ingesta dietética insuficiente, inactividad física y presencia de enfermedades inflamatorias intestinales, con un compromiso muscular observado significativamente mayor en la enfermedad de Crohn que en la CUCI.

Objetivo: Determinar la prevalencia de sarcopenia entre pacientes adultos con EII.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en el que se incluyó a pacientes con EII, mayores de 18 años de edad, de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga y del Centro Médico Nacional La Raza, donde firmaron la carta de consentimiento informado. La sarcopenia se midió mediante velocidad de la marcha de 4 metros; se consideró bajo rendimiento < 0,8 m/s según EWGSOP2 y la fuerza muscular se determinó mediante dinamometría de mano, con un promedio de 3 intentos con un minuto de descanso; se definió fuerza baja < 27 kg en hombres y < 16 kg en mujeres, se estimó la masa muscular por la fórmula de Janssen y se consideró bajo en hombres ≤ 8,50 kg/m² y en mujeres ≤ 5,75 kg/m².

Resultados: Se evaluó a 122 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (82 con CUCI y 40 con EC). Respecto de los parámetros antropométricos, el grupo con CUCI presentó una mayor talla (163,00 vs. 158,00 cm; p = 0,028) e IMC (25,6 vs. 24,3 kg/m²; p = 0,043) respecto del grupo con EC (**Tabla 1**). En cuanto a la composición corporal, los pacientes con EC mostraron un porcentaje de grasa corporal significativamente superior (42,50% vs. 37,20%; p = 0,044). Finalmente, en los parámetros de sarcopenia, el grupo con CUCI registró mayor fuerza en la dinamometría derecha (24,00 vs. 14,50 kg; p < 0,001) e índice de masa muscular esquelética (8,2 ± 1,9 vs. 7,0 ± 1,5 kg/m²; p < 0,001), con registro de una menor prevalencia de sarcopenia en comparación con EC (22% vs. 38%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables evaluadas (p > 0,05).

Tabla 1. Características clínicas, antropométricas, de composición corporal y parámetros de sarcopenia de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal según el diagnóstico. Los datos se presentan como n (%) para variables categóricas, mediana (rango intercuartílico) para variables continuas con distribución no normal y media ± desviación estándar para el índice de masa muscular esquelética (SMI), de acuerdo con su distribución. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante las pruebas x^2 o exacta de Fisher para variables categóricas y U de Mann–Whitney para variables continuas. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05. (**Dom077**)

	CUCI (n = 82)	EC (n = 40)	p
Sexo, n (%)			
Femenino	41 (50,0)	26 (65,0)	-
Masculino	41 (50,0)	14 (35,0)	-
Peso (kg)	67,50 (58,02-78,75)	69,75 (57,88-76,50)	0,974
Talla (cm)	163,00 (157,25-170,75)	158,00 (153,75-166,25)	0,028
IMC (kg/m²)	25,6 (22,8-29,7)	24,3 (21,4-27,5)	0,043
Resistencia (Ω)	578,35 (537,03-658,65)	586,25 (514,60-651,65)	0,527
Reactancia (Ω)	66,10 (57,90-73,07)	62,30 (53,50-68,92)	0,119
Ángulo de fase (°)	6,15 (5,22-7,00)	5,90 (5,41-6,71)	0,785
Composición corporal			
Circunferencia de cintura (cm)	88,00 (78,00-95,20)	91,25 (82,50-100,38)	0,125
Circunferencia de cadera (cm)	100,00 (94,00-106,00)	102,00 (94,00-111,88)	0,514
Circunferencia de brazo (cm)	29,20 (27,00-31,80)	28,85 (25,30-31,25)	0,312

Circunferencia de pecho (cm)	97,00 (90,50–105,00)	98,50 (89,90–105,25)	0,854
Circunferencia de pantorrilla (cm)	34,00 (32,00–36,50)	35,40 (33,00–38,05)	0,203
Porcentaje de grasa corporal (%)	37,20 (26,20–42,50)	42,50 (34,17–46,60)	0,044
Parámetros de sarcopenia			
Dinamometría derecha (kg)	24,00 (16,00–32,00)	14,50 (10,75–24,50)	< 0,001
Velocidad de la marcha (m/s)	4,80 (4,00–6,00)	4,56 (4,01–6,04)	0,924
Índice de masa muscular esquelética (kg/m²)	8,2 ± 1,9	7,0 ± 1,5	< 0,001
Prevalencia de sarcopenia (%)	22	38	-

CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; EC, enfermedad de Crohn; IMC, índice de masa corporal; SMI, índice de masa muscular esquelética.

Conclusiones: Los pacientes con CUCI presentaron un mejor estado antropométrico y muscular en comparación con aquéllos con EC, caracterizado por una mayor masa muscular esquelética y fuerza de prensión manual, así como una menor prevalencia de sarcopenia. Por el contrario, los pacientes con EC mostraron un perfil de composición corporal con mayor adiposidad. Dado el fenotipo más agresivo de la EC, la elevada prevalencia de sarcopenia en este grupo representa un factor de riesgo crítico que puede comprometer la respuesta al tratamiento, incrementar la tasa de complicaciones y deteriorar la calidad de vida, lo que remarca la urgencia de implementar intervenciones nutricionales tempranas y enfocadas en la preservación de la masa muscular.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom078

PERFIL CLÍNICO, DESENLACES HEPÁTICOS Y PREVALENCIA DE NEOPLASIAS EN UNA COHORTE MEXICANA DE PACIENTES CON COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

I. P. Padilla-Betancourt, S. I. Juárez-Cruz, J. M. Yáñez-Reyes, M. Esesarte-Rodríguez, J. K. Yamamoto-Furusho, R. U. Macías-Rodríguez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La colangitis esclerosante primaria (CEP) se desarrolla en aproximadamente el 2–10% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII); de forma inversa, hasta el 80% de los pacientes con CEP desarrolla EII a lo largo de su evolución. La coexistencia de EII y CEP se asocia con un mayor riesgo de neoplasias malignas; a pesar de esta asociación, los datos epidemiológicos provenientes de México y Latinoamérica aún son limitados. Objetivo: Describir las características clínicas, los desenlaces relacionados con el hígado y la presencia de neoplasias en pacientes con EII/CEP atendidos en un centro de referencia de tercer nivel en México.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 76 pacientes con EII/CEP a partir de expedientes clínicos físicos y electrónicos del INCMNSZ, correspondientes al periodo de 2010 a 2025. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante SPSS versión 27.

Resultados: Se incluyó a un total de 76 pacientes con EII/CEP, con una edad media de 50,64 ± 1,8 años; el 60,5% correspondió a hombres. La mayoría de los pacientes era mestiza (98,7%), el 39,4% era fumador y el 46,5% reportó consumo de alcohol.

La colitis ulcerosa (CU) estuvo presente en el 94,7% de los casos, predominantemente en forma de pancolitis (95,8%), mientras que la enfermedad de Crohn (EC) se identificó en el 3,9% y la EII no clasificada en el 1,3%. La actividad clínica de la enfermedad estuvo presente en el 66,2% de los pacientes. La CEP se diagnosticó después de la EII en el 65,8% de los casos, antes de la EII en el 11,8% y de manera simultánea en el 22,4%. Respecto del tratamiento, el 96,1% recibió aminosalicilatos (5-ASA), el 39,5% inmunomoduladores y el 17,1% terapia biológica; además, el 17,1% requirió tratamiento quirúrgico. Las manifestaciones extraintestinales estuvieron presentes en el 36% de los pacientes.

Se identificaron neoplasias en 16 pacientes (21,05%), incluidos colangiocarcinoma (CCA) en el 11,84%, cáncer colorrectal (CCR) en el 10,52% y carcinoma hepatocelular (CHC) en el 1,3%; no se observaron casos de carcinoma de vesícula biliar ni de cáncer de páncreas.

Entre los pacientes con neoplasias, el 62,5% correspondió a hombres, con una edad media de 49,8 ± 2,84 años, y todos presentaban colitis ulcerosa con pancolitis. La mortalidad en este subgrupo fue del 68,8%.

En los pacientes con cáncer colorrectal, la edad media al diagnóstico fue de 41,5 ± 3,63 años, con un intervalo promedio de 12 ± 3,89 años desde el diagnóstico de la EII. El CCR se localizó con mayor frecuencia en el colon izquierdo (62,5%) y el 75% de los pacientes requirió colectomía.

En los pacientes con colangiocarcinoma, la edad media al diagnóstico fue de 45,6 ± 4,71 años; la localización perihiliar fue la presentación más frecuente (55,6%). Cabe destacar que el 55,6% de los casos de CCA se diagnosticó durante el primer año posterior al diagnóstico de la CEP.

Conclusiones: Este estudio proporciona la caracterización más completa hasta la fecha de pacientes mexicanos con EII/CEP y demuestra una elevada carga de cirrosis, trasplante hepático y neoplasias. De manera notable, la frecuencia de colangiocarcinoma (11,84%) y cáncer colorrectal (10,52%) fue superior a la reportada en estudios internacionales.

Aunque el cáncer colorrectal asociado a EII/CEP suele localizarse predominantemente en el colon derecho, en esta cohorte predominó la afectación del colon izquierdo (62,5%), lo que sugiere posibles diferencias regionales en la distribución anatómica del tumor. Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar estrategias de vigilancia adaptadas a esta población y constituyen la primera caracterización clínica y oncológica integral de pacientes con EII/CEP en México y Latinoamérica.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom079

EL COSTO DEL RETRASO DIAGNÓSTICO EN LA EII: ASOCIACIÓN CON LA NECESIDAD Y COMPLEJIDAD DE LA CIRUGÍA INTESTINAL

M. C. Dolores-Bravo, G. Cabrera-Palma, S. Basave-Falcó, A. Reyes-López, M. V. Martínez-Vega, F. J. Bustillos-García, R. Y. López-Pérez, H. Rodríguez-Cruz, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), presenta una evolución crónica y potencialmente progresiva. El retraso diagnóstico favorece la acumulación de daño estructural y complicaciones estenosantes o penetrantes en la EC, y limita la posibilidad de cirugías conservadoras. El número de médicos consultados antes del diagnóstico (nomadismo médico) es un indicador adicional de fragmentación asistencial y retraso en la atención especializada.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la latencia diagnóstica, el número de médicos consultados antes del diagnóstico y la necesidad y complejidad técnica quirúrgica en pacientes con EII.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo realizado en una cohorte de 101 pacientes con EII: 71 con CUCI y 30 con EC. La latencia diagnóstica se categorizó en < 1 año o ≥ 1 año. Se definió nomadismo médico extremo como valoración por ≥ 4 médicos antes del diagnóstico. Para clasificar la complejidad terapéutica se empleó una escala ordinal exploratoria propia del estudio: grado 0, tratamiento exclusivamente médico; grado 1, cirugía proctológica; grado 2, resección intestinal con o sin anastomosis; y grado 3, procedimientos de máxima complejidad: colectomía total, reservorio o estoma definitivo. Las variables cualitativas se analizaron con x^2 de Pearson y la edad con t de Student para muestras independientes. La correlación entre latencia diagnóstica, nomadismo médico y complejidad quirúrgica se evaluó con rho de Spearman. La asociación univariada con la necesidad de cirugía intestinal se estimó mediante OR e IC95% de Wald. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Análisis realizados en IBM SPSS Statistics.

Resultados: Se incluyó a 101 pacientes (edad media, 40,3 ± 13,9 años; 50,5% de hombres; 70,3% de CUCI y 29,7% de EC). Se documentó diagnóstico erróneo previo en 79 (78,2%) y nomadismo médico extremo en 42 (41,6%). En 51 (50,5%), la latencia diagnóstica fue ≥ 1 año. La latencia diagnóstica se correlacionó de forma positiva, débil y significativa con el grado de complejidad quirúrgica (r = 0,20; p = 0,045); el nomadismo médico extremo se correlacionó con mayor latencia diagnóstica (r = 0,28; p = 0,005). En el análisis univariado, una latencia diagnóstica ≥ 1 año se asoció con cuatro veces más posibilidad de cirugía intestinal (OR, 4,00; IC95%, 1,43–11,19; p = 0,008). La EC también se asoció con mayor requerimiento quirúrgico frente a la CUCI (OR, 3,28; IC95%, 1,26–8,55; p = 0,015). El nomadismo médico extremo (OR, 2,24; IC95%, 0,70–7,17; p = 0,174) no alcanzó significación estadística con la cirugía. Veinticuatro pacientes (23,8%) requirieron cirugía intestinal; 11 (45,8%) alcanzaron grado 3 de complejidad, sobre todo en quienes tuvieron latencia diagnóstica ≥ 1 año (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características clínico-demográficas y análisis de riesgo univariado para cirugía intestinal en EII (n = 101). (**Dom079**)

Variable (n = 101)	Valor		
Sexo masculino	51 (50,5%)		
Edad, media ± DE (años)	40,3 ± 13,9		
Diagnóstico: colitis ulcerosa (CUCI)	71 (70,3%)		
Diagnóstico: enfermedad de Crohn (EC)	30 (29,7%)		
Diagnóstico erróneo previo	79 (78,2%)		
Nomadismo médico extremo (≥ 4 facultativos)	42 (41,6%)		
Latencia diagnóstica ≥ 1 año	51 (50,5%)		
Cirugía intestinal	24 (23,8%)		
Complejidad grado 3 (entre operados, n = 24)	11 (45,8%)		
Análisis de riesgo univariado para cirugía intestinal			
Factor (referencia)	**OR**	**IC95%**	**p**
Latencia diagnóstica ≥ 1 año (ref. < 1 año)	**4,00**	**1,43-11,19**	**0,008**
Diagnóstico EC (ref. CUCI)	**3,28**	**1,26-8,55**	**0,015**
Nomadismo médico ≥ 4 (ref. 1–2 médicos)	**2,24**	**0,70-7,17**	**0,174**

Variables cualitativas comparadas mediante x^2 de Pearson; edad con t de Student para muestras independientes. Correlación latencia-complejidad quirúrgica mediante rho de Spearman (ρ = 0,20; p = 0,045). OR e IC95% estimados con la prueba de Wald en IBM SPSS v.31 (categorías de referencia: latencia < 1 año, diagnóstico CUCI, nomadismo 1–2 médicos, con OR = 1 000). Tabla de elaboración propia.

Conclusiones: El retraso diagnóstico se asoció con mayor necesidad de cirugía intestinal y con procedimientos técnicamente más complejos. Una latencia ≥ 1 año cuadruplicó las posibilidades de cirugía, y la EC se asoció con un riesgo más de tres veces mayor frente a CUCI. El nomadismo médico se relacionó con mayor latencia diagnóstica, lo que sugiere una posible vía indirecta de impacto. Estos resultados respaldan estrategias de diagnóstico y referencia tempranos que permitan limitar el daño acumulativo y preservar alternativas quirúrgicas conservadoras; sin embargo, por tratarse de asociaciones univariadas, no permiten establecer independencia ni causalidad.
Financiamiento: Sin patrocinio.

Dom080

FACTORES CLÍNICO-DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS CON EL REQUERIMIENTO DE CIRUGÍA INTESTINAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: COHORTE DE UN CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA

M. D. C. Dolores-Bravo, G. Cabrera-Palma, S. Basave-Falcó, M. R. Esquivel-Steffanoni, M. V. Martínez-Vega, A. Reyes-López, J. M. Fortanelli-Ríos, R. Y. López-Pérez, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), puede presentar refractariedad al tratamiento médico o desarrollar complicaciones que requieran intervención quirúrgica. A pesar de la incorporación de terapias avanzadas, la cirugía es todavía un componente relevante del manejo integral de ambas enfermedades. Identificar las características asociadas con el requerimiento quirúrgico puede contribuir a la estratificación del riesgo y favorecer una atención multidisciplinaria oportuna.
Objetivo: Comparar las características clínico-demográficas de los pacientes con EII bajo tratamiento exclusivamente médico y de aquellos que requirieron cirugía intestinal, así como identificar los factores asociados con el requerimiento quirúrgico.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, comparativo y analítico derivado de una cohorte institucional depurada de 385 pacientes con diagnóstico definitivo de EII atendidos en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Los pacientes se clasificaron en dos grupos de acuerdo con la conducta terapéutica registrada: tratamiento exclusivamente médico y cirugía intestinal relacionada con la EII. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes, y la edad como media y desviación estándar. La edad se comparó mediante la prueba t de Student para muestras independientes. El sexo y el diagnóstico se analizaron mediante la prueba x^2 de Pearson. Las asociaciones con el requerimiento de cirugía se estimaron mediante razones de momios (OR) obtenidas de tablas de contingencia 2 × 2, con intervalos de confianza de Wald del 95% (IC95%). Se consideró estadísticamente significativo un valor bilateral de p < 0,05. Los análisis se realizaron con IBM SPSS Statistics.
Resultados: Se analizó a 385 pacientes con EII; 300 (77,9%) permanecieron bajo tratamiento exclusivamente médico y 85 (22,1%) requirieron cirugía intestinal. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución por sexo: los hombres representaron 58,8% del grupo quirúrgico y 49,3% del grupo médico (p = 0,124). La edad media también fue similar entre los pacientes que requirieron cirugía y aquéllos bajo tratamiento médico (44,5 ± 15,6 vs. 42,5 ± 15,3 años; p = 0,301). El diagnóstico de EII se asoció significativamente con el requerimiento quirúrgico (p < 0,001). De los 103 pacientes con EC, 45 (43,7%) requirieron cirugía intestinal; entre los 282 pacientes con CUCI, 40 (14,2%) fueron intervenidos. En el análisis univariado, los pacientes con EC presentaron 4,69 veces mayores posibilidades de requerir cirugía intestinal que aquéllos con CUCI (OR, 4,69; IC95%, 2,83–7,79) (**Tabla 1**).
Conclusiones: En esta cohorte institucional, 22,1% de los pacientes con EII requirió cirugía intestinal. Este desenlace se presentó tanto en CUCI como en EC; sin embargo, el diagnóstico de EC se asoció con posibilidades 4,69 veces mayores de requerir una intervención. La edad y el sexo no mostraron asociaciones significativas. Estos resultados respaldan la estratificación individual del riesgo y la integración oportuna del equipo quirúrgico en la atención multidisciplinaria de todos los pacientes con EII.
Financiamiento: Sin patrocinio.

Tabla 1. Características clínico-demográficas y análisis univariado de los factores asociados con cirugía intestinal en pacientes con EII. (**Dom080**)

Variable	Tratamiento médico (n = 300)	Cirugía intestinal (n = 85)	Total (n = 385)	OR (IC95%)	Valor de p
Edad, media ± DE, años	42,5 ± 15,3	44,5 ± 15,6	43,0 ± 15,4	—	0,301[a]
Sexo					0,124[b]
Masculino	148 (49,3%)	50 (58,8%)	198 (51,4%)	1,47 (0,90–2,39)	
Femenino	152 (50,7%)	35 (41,2%)	187 (48,6%)	Referencia	
Diagnóstico de EII					< 0,001[b]
Enfermedad de Crohn	58 (19,3%)	45 (52,9%)	103 (26,8%)	4,69 (2,83–7,79)	
CUCI	242 (80,7%)	40 (47,1%)	282 (73,2%)	Referencia	

Los datos se presentan como frecuencia absoluta y porcentaje o media ± desviación estándar, según corresponda. Los porcentajes de las columnas se calcularon dentro de cada grupo terapéutico. Al considerar como denominador el total de pacientes con cada diagnóstico, requirieron cirugía 45 de 103 pacientes con EC (43,7%) y 40 de 282 pacientes con CUCI (14,2%). [a]Prueba t de Student para muestras independientes. [b]Prueba x^2 de Pearson. Los OR y sus IC95% corresponden a análisis univariados mediante tablas de contingencia 2 × 2, con intervalos de confianza de Wald.

Dom081

CAPACIDAD FUNCIONAL DESPUÉS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EVALUACIÓN MEDIANTE HAQ EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

F. J. Bustillos-García, S. Basave-Falcó, M. V. Martínez-Vega, J. M. Fortanelli-Ríos, A. Reyes-López, G. García-Luna, M. C. Dolores-Bravo, G. Cabrera-Palma, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), puede ocasionar complicaciones que requieran tratamiento quirúrgico y afectar la autonomía física. La evaluación de la capacidad funcional en pacientes intervenidos permite identificar discapacidad residual y limitaciones en las actividades cotidianas, lo que aporta información relevante para su rehabilitación y seguimiento multidisciplinario.
Objetivo: Evaluar la capacidad funcional mediante el Health assessment questionnaire–disability index (HAQ-DI) y explorar su asociación con características demográficas, clínicas, quirúrgicas y laborales en pacientes con EII, antecedente quirúrgico y exposición previa a tratamiento farmacológico convencional.
Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico con 39 pacientes con CUCI o EC, antecedente de tratamiento convencional (corticosteroides o inmunomoduladores) y al menos un procedimiento quirúrgico por EII (colectomía, proctocolectomía, resección ileocecal o colocación de setón). La capacidad funcional se evaluó con el HAQ-DI (20 actividades en ocho dominios: vestirse, levantarse, comer, caminar, higiene, alcance, agarre y actividades habituales). Su puntuación varía de 0 a 3 (a mayor puntaje, mayor discapacidad) y se categorizó en: leve/nula (0–1), moderada a grave (> 1–2) y grave a muy grave (> 2–3). Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes, y el HAQ-DI como mediana y rango intercuartílico (RIQ). El HAQ-DI se comparó mediante U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis. Las asociaciones entre variables categóricas se evaluaron con x^2 de Pearson o prueba exacta de Fisher, y las ordinales o continuas con rho de Spearman. Se consideró significativo un valor de p bilateral < 0,05. Los análisis se realizaron con IBM SPSS Statistics.
Resultados: Se analizó a 39 pacientes: 28 (71,8%) con EC y 11 (28,2%) con CUCI; 24 (61,5%) hombres y 15 (38,5%) mujeres. El grupo etario predominante fue el de 21 a 30 años (n = 10, 25,6%). El principal tratamiento previo fue prednisona en 26 pacientes (66,7%), azatioprina en 12 (30,8%) y metotrexato en uno (2,6%). La indicación quirúrgica principal fue urgencia o actividad grave (71,8%), seguida de estenosis (20,5%). Los procedimientos fueron colectomía (53,8%), colocación de setón (30,8%), resección ileocecal (12,8%) y proctocolectomía (2,6%). La mediana del HAQ-DI fue 0,50 (RIQ, 0–0,88). Presentaron discapacidad leve/nula 32 pacientes (82,1%), moderada a grave 6 (15,4%) y grave a muy grave 1 (2,6%). No hubo diferencias significativas en el HAQ-DI según diagnóstico, cirugía o tratamiento previo (p > 0,05). Al evaluar la discapacidad según sexo, 7 de 24 hombres (29,2%) presentaron HAQ-DI > 1 frente a ninguna de las 15 mujeres (29,2% vs. 0%; Fisher, p = 0,031). Finalmente, 26 pacientes (66,7%) mantenían actividad laboral (**Tabla 1**).
Conclusiones: En esta población con EII, antecedente quirúrgico y tratamiento convencional, la mayoría presentó discapacidad leve o nula y dos tercios mantenían actividad laboral. La mayor frecuencia de discapacidad > 1 en hombres fue un hallazgo significativo, aunque exploratorio por el tamaño muestral. Los resultados muestran un perfil funcional favorable, incluso con alta frecuencia de cirugía por urgencia o actividad grave. Sin embargo, la ausencia de mediciones preoperatorias y de un grupo comparativo no permite atribuir esta capacidad funcional a la cirugía ni establecer mejoría respecto del estado previo. Se requieren estudios longitudinales con mediciones antes y después de la intervención e instrumentos específicos de calidad de vida en EII.
Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas, quirúrgicas y funcionales de los pacientes con EII (n = 39). (**Dom081**)

A. Características de la población			
Variable			**n (%) ***
Diagnóstico			
Enfermedad de Crohn			28 (71,8%)
CUCI			11 (28,2%)
Sexo			
Hombre			24 (61,5%)
Mujer			15 (38,5%)
Procedimiento quirúrgico			
Colectomía			21 (53,0%)
Colocación de setón			12 (30,8%)
Resección ileocecal			5 (12,8%)
Proctocolectomía			1 (2,6%)
B. Discapacidad funcional según sexo			
Sexo	**HAQ-DI < 1**	**HAQ-DI > 1**	**Valor de p**
Hombres (n = 24)	17 (70,8%)	7 (29,2%)	0,031
Mujeres (n = 15)	15 (100%)	0 (0%)	

*Los datos se presentan como frecuencia absoluta y porcentaje o mediana y rango intercuartílico, según corresponda. Prueba exacta de Fisher. EII, enfermedad inflamatoria intestinal; EC, enfermedad de Crohn; CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; HAQ-DI, Health assessment questionnaire–disability index; RIQ, rango intercuartílico.

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO
www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres en cartel

Domingo 22 de noviembre de 2026

ESÓFAGO

Dom082

MÁS ALLÁ DEL ÁCIDO: IMPACTO VOCAL Y CARGA LARINGOFARÍNGEA EN PACIENTES CON ERGE Y TOS CLÍNICAMENTE RELEVANTE

H. R. Ordaz-Álvarez, J. L. Vargas-Basurto, F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, M. J. J. García-Carvajal, T. Castellanos-Hernández, A. Meixueiro-Daza, F. B. Roesch-Dietlen, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se asocia clásicamente con pirosis y regurgitación; sin embargo, puede acompañarse de tos crónica, síntomas laringofaríngeos y alteraciones de la voz.
Objetivo: Comparar el impacto vocal autopercibido, la carga sintomática laringofaríngea, nasosinusal y gastrointestinal, y los parámetros objetivos de reflujo entre pacientes con ERGE confirmada con y sin tos clínicamente relevante.
Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico en pacientes con ERGE confirmada por pH-metría con impedancia entre enero de 2025 y abril de 2026. Los pacientes se clasificaron en ERGE con y sin tos clínicamente relevante, definida por un Leicester cough questionnaire < 17,53 puntos, propuesto por Koskela *et al*. Se evaluaron características sociodemográficas, pH-metría con impedancia, síntomas laringofaríngeos, nasosinusales y gastrointestinales mediante cuestionarios validados. La discapacidad vocal se evaluó mediante el cuestionario VHI-10, instrumento que cuantifica el impacto vocal autopercibido. Las variables numéricas se expresaron como medidas de tendencia central y de dispersión, según fuera su distribución, y las categóricas como frecuencias y porcentajes. Las comparaciones se realizaron con la prueba t de Student o la suma de rangos de Wilcoxon, y x^2 o exacta de Fisher para variables categóricas. Las correlaciones se evaluaron mediante Spearman. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 101 pacientes con ERGE; 38 tuvieron tos clínicamente relevante (mediana de edad de 53 años [18-70]; 65,8% de mujeres) y 63 sin tos clínicamente relevante (mediana de edad de 52 años [18-74]; 55,6% de mujeres). No hubo diferencias significativas en edad, sexo, IMC ni escolaridad. En la pH-metría no se observaron diferencias entre grupos en el tiempo con pH < 4, número de episodios de reflujo e índice de DeMeester (**Tabla 1**). Por otro lado, el grupo con tos clínicamente relevante presentó mayor COuGH refluX score total (5,5 [5-6,5] vs. 3 [2-5], p < 0,001), así como mayores puntajes en GERD-Q (12 [8-13] vs. 8 [6-11], p = 0,015), RSI total (22 [11,5-29] vs. 8 [4-17], p < 0,001), PAGI-SYM (49 [33-68] vs. 27 [12-42], p < 0,001) y SNOT-22 total (36,5 [15,75-57,25] vs. 17 [8-26], p < 0,001). En la evaluación vocal, el VHI-10 fue mayor en pacientes con tos clínicamente relevante (9 [4-18] vs. 6 [0-9], p = 0,002), con mayor proporción de discapacidad vocal moderada/grave (44,7% vs. 19%, p = 0,030). Se observaron diferencias en los rasgos de ansiedad por HADS-A (2 [2-8,5] vs. 2 [0-4], p = 0,030). Se observó que la tos clínicamente relevante se correlacionó con el COuGH refluX score (r = 0,454, p < 0,001), GERD-Q (r = 0,244, p = 0,015), PAGI-SYM (r = 0,401, p < 0,001), SNOT-22 (r = 0,459, p < 0,001), VHI-10 (r = 0,336, p = 0,001) y el puntaje total del RSI (r = 0,448, p < 0,001), así como las subescalas RSI-ronquera (r = 0,250, p = 0,012), RSI-carraspeo (r = 0,244, p = 0,014), RSI-goteo nasal (r = 0,292, p = 0,003), RSI-tos al comer (r = 0,288, p = 0,004) y RSI-tos fastidiosa (r = 0,499 p < 0,001). En el análisis univariado, la tos clínicamente relevante en pacientes con ERGE se asoció con mayor probabilidad de presentar síntomas compatibles con reflujo laringofaríngeo (OR = 4,7; IC95%, 1,9–11,6; p < 0,001), ronquera (OR = 2,9; IC95%, 1,2-7,0; p = 0,012), goteo nasal posterior (OR = 3,6; IC95%, 1,4-8,6; p = 0,003), tos al comer (OR = 3,3; IC95%, 1,4–7,9; p = 0,004) y rasgos de ansiedad (OR = 3,7; IC95%, 1,1–12,1; p = 0,023).
Conclusiones: En pacientes con ERGE confirmada, la tos clínicamente relevante identifica un fenotipo con mayor impacto vocal autopercibido y mayor carga de síntomas laringofaríngeos y gastrointestinales, sin diferencias relevantes en la carga objetiva de reflujo ácido. VHI-10, RSI, SNOT-22 y COuGH refluX score pueden ayudar a caracterizar este subgrupo y orientar un abordaje individualizado.
Financiamiento: Ninguno.

Dom083

EVALUACIÓN DINÁMICA DE LA COMPETENCIA DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA MEDIANTE CINCO MANIOBRAS PROVOCATIVAS: ¿CUÁL DISCRIMINA MEJOR LA ERGE PATOLÓGICA?

V. G. Pérez-Pérez, K. D. González-Gómez, F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, P. S. Mendívil-Sáenz, L. Bolio-Lavalle, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Medico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La elevación de una pierna durante la manometría esofágica de alta resolución se ha propuesto para evaluar dinámicamente la competencia

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Tabla 1. Comparación de características sociodemográficas, clínicas, fisiológicas, sintomáticas, psicológicas, de calidad de vida e impacto vocal autopercibido entre pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) con tos clínicamente relevante y pacientes con ERGE sin tos clínicamente relevante. La tos clínicamente relevante se definió mediante una puntuación total del Leicester cough questionnaire < 17,53 puntos. Los datos cuantitativos se presentaron como mediana y rango intercuartílico, mientras que los datos cualitativos se reportaron como frecuencias absolutas y porcentajes. La discapacidad vocal se evaluó mediante el Voice handicap index-10 (VHI-10), instrumento que cuantifica el impacto vocal autopercibido; a mayor puntaje, mayor repercusión vocal. La normalidad de la distribución se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad mediante la prueba de Levene. Según la distribución de los datos, las comparaciones entre grupos se realizaron con la prueba t de Student o la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para variables numéricas. Las variables ca tegóricas se analizaron con las pruebas x^2 o exacta de Fisher, según fuera la adecuación de los supuestos. (**Dom082**)

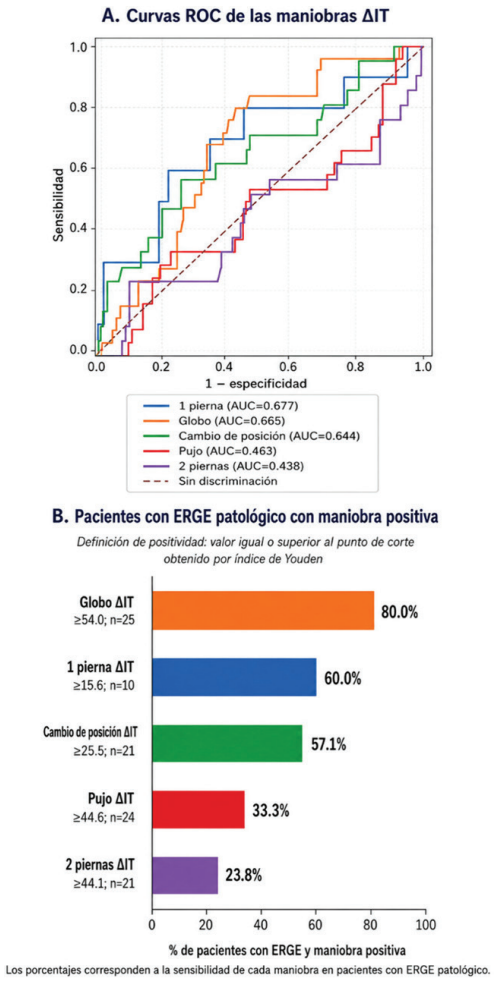
Variable	ERGE con tos clínicamente relevante n = 38	ERGE sin tos clínicamente relevante n = 63	Valor de p
Edad	53 (18-70)	52 (18-74)	0,620
Sexo			
Hombre	13 (34,2%)	28 (44,4%)	0,310
Mujer	25 (65,8%)	35 (55,6%)	
IMC	29,21 (25,17-32,7)	27,76 (24,62-31,6)	0,933
Escolaridad, n%			
Primaria	2 (5,3%)	2 (3,2%)	
Secundaria	1 (2,6%)	6 (9.5%)	0,527
Preparatoria/técnico	7 (18,4%)	12 (19%)	
Licenciatura	20 (52,6%)	26 (41,3%)	
Posgrado	7 (18,4%)	16 (25,4%)	
pH-metría con impedancia esofágica			
% de tiempo con pH < 4	9,8 (6,4-14)	9,9 (6,5-12,7)	0,533
Número de episodios de reflujo	43 (25,25-88,25)	45 (26-82)	0,840
Índice de DeMeester	34,1 (24,05-55,3)	34,8 (21,1-48,85)	0,763
Manometría esofágica de alta resolución			
Diagnóstico Chicago 4.0			
Normal	25 (65,8%)	46 (73%)	0,513
Espasmo esofágico distal	9 (23,7%)	14 (22,2%)	
Motilidad esofágica inefectiva	4 (10,5%)	3 (4,8%)	
Tipo de unión			
Tipo 1	11 (28,9%)	25 (39,7%)	0,627
Tipo 2	18 (47,4%)	26 (41,3%)	
Tipo 3	9 (23,7%)	12 (19%)	
***COuGH refluX score* (CRS)**			
Tos	1,5 (0-1,5)	0 (0-0)	< 0,001
Obesidad	2 (1,5-2)	1,5 (0-2)	0,101
Globus	0 (-1-0)	0 (-1-0)	0,193
Hernia hiatal	2,5 (0-2,5)	0 (0-2,5)	0,004
Regurgitación	1,5 (1,5-1,5)	1,5 (1,5-1,5)	0,468
Sexo masculino	0 (0-1,5)	0 (0-0)	0,041
CRS puntaje total	5,5 (5-6,5)	3 (2-5)	< 0,001
COuGH refluX			
Bajo	3 (7,9%)	25 (39,7%)	< 0,001
Intermedio	6 (15,8%)	21 (33,3%)	
Alto	29 (76,3%)	17 (27%)	
Síntomas gastrointestinales			
GERD-Q, puntaje total	12 (8-13)	8 (6-11)	0,015
RSI, puntaje total	22 (11,5-29)	8 (4-17)	< 0,001
RSI-ronquera	26 (68,4%)	28 (44,4%)	0,012
RSI-carraspeo	29 (76,3%)	34 (54%)	0,015
RSI-goteo nasal	27 (71,1%)	27 (42,9%)	0,004
RSI-disfagia	12 (31,6%)	17 (27%)	0,562
RSI-tos al comer	22 (57,9%)	19 (30,2%)	0,004
RSI-dificultad respiratoria	14 (36,8%)	17 (27%)	0,257
RSI-tos fastidiosa	24 (63,2%)	10 (15,9%)	< 0,001
RSI-atoro	21 (55,3%)	26 (41,3%)	0,134
PAGI-SYM, puntaje total	49 (33-68)	27 (12-42)	< 0,001
RSS-12	48 (18,25-90,75)	22 (12-62,25)	0,194
Síntomas nasosinusales (SNOT-22)			
SNOT-22, puntaje total	36,5 (15,75-57,25)	17 (8-26)	< 0,001
SNOT-22, nasal	10 (3-19,5)	3 (0-9)	< 0,001
SNOT-22, oído	6,5 (3,75-10)	3 (1-6)	0,001

SNOT-22, sueño	10 (5,75-16)	4 (2-8)	< 0,001
SNOT-22, funcionalidad	5 (1-10,5)	1 (0-5)	0,001
SNOT-22, emoción	3 (0-5)	0 (0-3)	0,029
SNOT-22			
Sin afectación	7 (18,4%)	21 (33,3%)	
Afectación leve	7 (18,4%)	20 (31,7%)	0,001
Afectación moderada	12 (31,6%)	20 (31,7%)	
Afectación grave	12 (31,6%)	2 (3,2%)	
Distrés psicológico y calidad de vida			
HADS-A	2 (2-8,5)	2 (0-4)	0,030
HADS-D	7 (3-13,5)	4 (2-9)	0,065
EHAS, puntaje total	26 (15,5-45,5)	28 (14-40)	0,607
PSS, puntaje total	26 (17-32)	23 (12,75-30)	0,376
SF-12v2, PCS	50,3 (44,21-54,25)	47,84 (40,35-52,83)	0,183
SF-12v2, MCS	50,7 (37,21-54,2)	52,4 (45,19-55,31)	0,267
Índice de discapacidad vocal			
VHI-10, puntaje total	9 (4-18)	6 (0-9)	0,002
VHI-10 interpretación			
Sin discapacidad	13 (34,2%)	24 (38,1%)	
Discapacidad leve	8 (21,1%)	27 (42,9%)	0,030
Discapacidad moderada	11 (28,9%)	7 (11,1%)	
Discapacidad grave	6 (15,8%)	5 (7,9%)	

IMC, índice de masa corporal; GERD-Q, Gastroesophageal reflux disease questionnaire; RSI, Reflux symptom index; PAGI-SYM, Patient assessment of upper gastrointestinal symptoms; RSS-12, Reflux symptom score-12; SNOT-22, Sino-nasal outcome test-22; EHAS, Esophageal hypervigilance and anxiety scale; HADS, Hospital anxiety and depression scale; PSS, Perceived stress scale; SF-12v2, Short form-12 versión 2; PCS, componente físico del SF-12v2; MCS, componente mental del SF-12v2; VHI-10, Voice handicap index-10; RIQ, rango intercuartílico.

de la unión esofagogástrica y apoyar la identificación de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Sin embargo, su ejecución puede verse limitada por la movilidad, coordinación o capacidad física del paciente. El cambio de posición y otras maniobras que aumentan la presión intraabdominal, como elevar ambas piernas, pujar o inflar un globo, podrían constituir alternativas útiles.
Objetivo: Comparar la capacidad de cinco maniobras provocativas (elevación de una pierna, elevación de ambas piernas, cambio de posición, inflado sostenido de un globo y pujo) para discriminar entre pacientes con y sin ERGE patológica.
Material y métodos: Estudio prospectivo en pacientes referidos para manometría esofágica de alta resolución y monitorización ambulatoria de reflujo por sospecha de ERGE. Durante la manometría se realizó la maniobra de una pierna descrita por Siboni y colegas y cuatro modificaciones: dos piernas, cambio de posición, pujo sostenido e inflado de globo. Para cada maniobra se calculó el cambio máximo respecto de la presión intragástrica basal (ΔIT) y se consideró una ejecución adecuada cuando el incremento fue ≥ 50%. La ERGE patológica se definió mediante la monitorización ambulatoria de reflujo. Se compararon variables continuas y categóricas entre grupos. Para cada maniobra se construyeron curvas ROC y se calcularon el área bajo la curva (AUC), intervalo de confianza del 95%, punto de corte mediante el índice de Youden, sensibilidad, especificidad, valores predictivos y exactitud.
Resultados: Se incluyó a 118 participantes, con edad media de 51,4 ± 14,5 años, 75 mujeres (63,6%) e índice de masa corporal de 27,4 ± 5,4 kg/m². Veinticinco pacientes (21%) tuvieron ERGE patológica y 93 (79%) exposición ácida normal. Los pacientes con ERGE presentaron mayor porcentaje de tiempo con pH < 4, mayor número de episodios de reflujo y menor impedancia basal. La proporción con incremento intragástrico ≥ 50% fue de 41,5% con una pierna, 96,6% con dos piernas, 89,8% con cambio de posición, 96,6% con pujo y 98,3% con globo. El globo mostró un AUC de 0,665 (IC95%, 0,538-0,793; p = 0,011); con un punto de corte ≥ 54,0 alcanzó sensibilidad de 80,0% y especificidad de 56,0% (**Figura 1A**). El cambio de posición mostró un AUC de 0,644 (IC95%, 0,505-0,783; p = 0,042); con un punto de corte ≥ 25,5 tuvo sensibilidad de 57,1% y especificidad de 72,9%. La elevación de una pierna presentó el AUC numéricamente mayor, 0,677, pero no fue significativa (p = 0,083) y sólo pudo analizarse en 49 pacientes. Dos piernas y pujo no discriminaron la ERGE patológica. La maniobra de globo fue positiva en la mayor proporción de pacientes con ERGE (80,0%), seguida de una pierna (60,0%) y cambio de posición (57,1%). El pujo y dos piernas identificaron una proporción considerablemente menor, 33,3% y 23,8%, respectivamente (**Figura 1B**).
Conclusiones: El inflado sostenido de un globo y el cambio de posición fueron las únicas maniobras con capacidad discriminativa. El globo ofreció la mayor sensibilidad y podría ser una alternativa cuando la elevación de una pierna no pueda realizarse adecuadamente; el cambio de posición propor-

Figura 1. A, curvas ROC de las maniobras ΔIT. B, pacientes con ERGE patológico con maniobra positiva. (**Dom083**)



cionó mayor especificidad. La elevación de ambas piernas y el pujo generaron incrementos intragástricos adecuados en la mayoría de los pacientes, pero no permitieron discriminar la ERGE. Estos hallazgos requieren validación externa antes de incorporar sus puntos de corte a la práctica clínica.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Dom084

MÁS ALLÁ DEL REFLUJO: FUNCIÓN CONTRÁCTIL Y RESERVA PERISTÁLTICA EN ESÓFAGO DE BARRETT

A. J. Jasqui-Bucay, A. L. Desales-Iturbe, Y. Zamorano-Orozco, F. Zamarripa-Dorsey, M. E. López-Acosta, F. A. Lajud-Barquín, A. S. Ríos-Del-Río, D. L. Núñez-Elizondo, Hospital Ángeles Lomas/Hospital General de Zona No. 1 Carlos MacGregor, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El esófago de Barrett se ha asociado con reflujo gastroesofágico crónico, pero su relación con la función motora esofágica y la reserva peristáltica aún no está completamente clara. La manometría de alta resolución permite evaluar la contractilidad esofágica y la respuesta a maniobras provocativas, como las degluciones rápidas múltiples y la prueba de ingesta rápida.
Objetivo: Comparar la capacidad contráctil esofágica, la reserva peristáltica y los parámetros del esfínter esofágico inferior entre pacientes con esófago de Barrett y pirosis funcional.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico que incluyó a 90 pacientes, 44 con esófago de Barrett confirmado por biopsia y 46 con pirosis funcional sin esofagitis, quienes se sometieron a manometría de alta resolución con catéter de estado sólido de acuerdo con el protocolo de Chicago V4.0 y pH-metría con impedancia mediante los criterios de Lyon 2.0. Las variables de manometría esofágica se compararon entre grupos, incluidas integral contráctil distal, latencia distal, velocidad del frente contráctil y métricas del esfínter esofágico inferior. La reserva peristáltica se evaluó con degluciones rápidas múltiples y prueba de ingesta rápida. Las variables continuas se compararon mediante la prueba U de Mann-Whitney y las variables categóricas con x^2 o prueba exacta de Fisher. Se utilizaron modelos de regresión logística para estimar la asociación entre esófago de Barrett y hernia hiatal y se registraron razones de momios no ajustadas y ajustadas por edad.
Resultados: Las características de la muestra y subgrupos se detallan en la **Tabla 1**. Los pacientes con esófago de Barrett fueron de mayor edad (61,5 vs. 53,0 años, p = 0,014). La función contráctil esofágica estuvo significativamente reducida en el esófago de Barrett, con menor integral contráctil distal media (847,5 vs. 2028,9 mmHg·s·cm, p < 0,001) y menores valores máximos (1748,0 vs. 2867,4 mmHg·s·cm, p = 0,001). La longitud del cuerpo esofágico también fue menor en este grupo (22,1 vs. 24,0 cm, p = 0,002). La reserva peristáltica evaluada mediante degluciones rápidas múltiples no difirió entre grupos (55,8% vs. 65,9%, p = 0,335), mientras que la prueba de ingesta rápida mostró una reducción limítrofe en el esófago de Barrett (90,2% vs. 100,0%, p = 0,049). No se observaron diferencias significativas en la relajación del esfínter esofágico inferior ni en las presiones residuales, aunque se observó una tendencia hacia una menor presión basal y menor presión de relajación integrada en el esófago de Barrett. Este último se asoció fuertemente con hernia hiatal diagnosticada por endoscopia (OR, 11,0; IC95%, 4,1-29,5), asociación que se mantuvo significativa tras el ajuste por edad (OR ajustada, 11,2; IC95%, 3,9-32,1). La asociación con hernia hiatal diagnosticada por manometría fue significativa en el modelo crudo (OR, 3,8; IC95%, 1,3-10,9), pero no tras el ajuste por edad (OR ajustada, 2,7; IC95%, 0,9-1,1).
Conclusiones: Los pacientes con esófago de Barrett presentaron una disminución significativa de la capacidad contráctil esofágica, con preservación relativa de la reserva peristáltica, lo que sugiere que el deterioro motor se relaciona principalmente con hipocontractilidad basal más que con pérdida completa de la respuesta adaptativa. Estos hallazgos, junto con la sólida asociación con hernia hiatal, apoyan el papel del aclaramiento esofágico deficiente como un mecanismo fisiopatológico clave en el desarrollo y mantenimiento del daño mucoso asociado al reflujo crónico.
Financiamiento: No requirió financiamiento.

Tabla 1. Características seleccionadas de la muestra de estudio y su comparación entre esófago de Barrett y pirosis funcional. (**Dom084**)

Característica	Total (n = 90)	Diagnóstico		Valor de p
		Esófago de Barrett (n = 44)	Pirosis funcional (n = 46)	
Edad, años [mediana (RIC)]	**57,0 (48,0, 65,5)**	**61,5 (50,0, 67,5)**	**53,0 (43,0, 65,0)**	**0,014[a]***
Sexo [%]				0,771[b]
Femenino	31,8	66,7	69,6	
Masculino	68,2	33,3	30,4	
EEI proximal, cm [mediana (RIC)]	41,1 (39,0, 43,6)	41,0 (37,4, 43,3)	42,0 (40,3, 44,0)	0,177[a]
EEI distal, cm [mediana (RIC)]	44,0 (42,0, 46,6)	43,4 (40,9, 46,0)	44,5 (42,7, 47,0)	0,218[a]
Longitud del EEI, cm [mediana (RIC)]	2,5 (1,9, 4,0)	2,4 (1,6, 4,0)	2,6 (2,0, 4,0)	0,409[a]
Porción intraabdominal, cm [mediana (RIC)]	1,2 (0,0, 2,5)	1,0 (0,0, 2,5)	1,4 (0,1, 2,4)	0,685[a]
Presión basal media, mmHg [mediana (RIC)]	21,7 (11,4, 29,1)	18,7 (10,1, 25,5)	23,3 (17,2, 32,8)	0,151[a]
Presión residual media IRP, mmHg [mediana (RIC)]	7,4 (3,9, 10,9)	6,9 (3,6, 8,9)	8,2 (4,1, 11,3)	0,150[a]
Relajación, % [mediana (RIC)]	57,0 (35,5, 75,5)	57,0 (36,0, 79,4)	61,0 (34,5, 75,0)	0,567[a]
Longitud del cuerpo esofágico, cm [mediana (RIC)]	**23,0 (21,4, 25,0)**	**22,1 (20,0, 23,9)**	**24,0 (22,3, 25,9)**	**0,002[a]***
DCI media, mmHg·s·cm [mediana (RIC)]	**1412,8 (671,0, 2791,7)**	**847,5 (476,2, 1818,2)**	**2028,9 (1190,0, 3001,0)**	**< 0,001[a]***
DCI más alta, mmHg·s·cm [mediana (RIC)]	**2452,7 (1154,0, 4519,5)**	**1748,0 (760,4, 3171,8)**	**2867,4 (1998,6, 5207,0)**	**0,001[a]***
Latencia distal, seg [mediana (RIC)]	7,9 (6,5, 9,3)	7,3 (6,2, 9,1)	8,1 (6,7, 9,5)	0,480[a]
Velocidad del frente contráctil, cm/seg [mediana (RIC)]	2,7 (2,2, 3,6)	2,6 (2,0, 3,7)	2,7 (2,2, 3,3)	0,649[a]
Presión basal media, mmHg [mediana (RIC)]	70,3 (49,1, 105,3)	63,7 (45,7, 89,0)	77,3 (49,1, 126,0)	0,203[a]
Presión residual media, mmHg [mediana (RIC)]	8,6 (4,2, 13,8)	9,2 (3,9, 14,1)	8,0 (5,3, 13,7)	0,774[a]
Prueba MRS: reserva peristáltica, presente [%]	60,9	55,8	65,9	0,335[b]
Prueba RDC, presente [%]	**95,2**	**90,2**	**100,0**	**0,049[c]***
Hernia hiatal por endoscopia, presente [%]	**52,2**	**79,5**	**26,1**	**< 0,001[b]***
Hernia hiatal por manometría, presente [%]	**24,4**	**36,4**	**13,0**	**0,010[b]***

EEI, esfínter esofágico inferior; IRP, presión de relajación integrada; DCI, integral contráctil distal; MRS, degluciones rápidas múltiples; RDC, prueba de ingesta rápida; cm, centímetros; mmHg, milímetros de mercurio; seg, segundos; RIC, rango intercuartílico.
[a]Prueba U de Mann-Whitney; [b]x^2 de Pearson; [c]Prueba exacta de Fisher.
*p < 0,05.

Dom085

IMPACTO DE LA POSICIÓN CORPORAL EN LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA: CAMBIOS MÉTRICOS, RECLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA E IMPLICACIONES CLÍNICAS SEGÚN CHICAGO V4.0

V. G. Pérez-Pérez, K. D. González-Gómez, Z. P. Álvarez-Tiburcio, P. S. Mendívil-Sáenz, L. Bolio-Lavalle, O. Ávila-Mercado, C. H. Parra-Nava, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La posición corporal modifica las métricas de la manometría esofágica de alta resolución. Este efecto puede ser especialmente relevante en la obesidad, en la que el aumento de la presión intraabdominal puede elevar las presiones de la unión esofagogástrica y favorecer interpretaciones discordantes. Chicago v4.0 recomienda integrar degluciones en decúbito y sedestación, pero existen pocos datos pareados en candidatos a cirugía bariátrica.
Objetivo: Comparar las métricas y la clasificación manométrica entre decúbito supino y sedestación en pacientes con obesidad mórbida evaluados antes de cirugía bariátrica, y analizar sus implicaciones clínicas.
Material y métodos: Análisis transversal de 34 pacientes con mediciones pareadas en ambas posiciones, evaluados en el período de abril de 2025 a junio de 2026 en el IIMB. Todos los sujetos se evaluaron preoperatoriamente de acuerdo con el protocolo de Chicago 4.0 modificado (10 degluciones líquidas acostados y 10 degluciones líquidas sentados) con el sistema de Medtronic. Posteriormente se les realizó pH-metría con impedancia de 24 h (Diversatek). Se utilizó estadística descriptiva y se compararon la presión basal del esfínter esofágico superior (EES) e inferior (EEI), la integral de contracción distal (DCI), la presión de relajación integrada (IRP), la integral contráctil de la unión esofagogástrica (EGJ-CI), la morfología de la unión y el patrón diagnóstico. Se utilizaron Wilcoxon pareado, McNemar exacto y kappa de Cohen.
Resultados: La edad media fue de 46,7 ± 9,4 años, 64,7% correspondió a mujeres y el índice de masa corporal mediano fue de 42,0 kg/m² (RIC, 39,4–50,0). En decúbito, 30/34 (88,2%) estudios fueron normales, 2 (5,9%) mostraron motilidad esofágica inefectiva (MEI) y 2 (5,9%) un patrón hipercontráctil; sentados, las proporciones fueron 79,4%, 14,7% y 5,9%, respectivamente. La concordancia diagnóstica fue de 91,2% (κ = 0,69). Tres pacientes pasaron de normal en decúbito a un patrón compatible con MEI sentado, sin cambios inversos; los tres carecían de síntomas esofágicos típicos y dos conservaban reserva peristáltica. La sedestación redujo el DCI de 2 122,3 [1 159,9–3 626,6] a 813,3 [445,5–1817,0] mmHg·s·cm (p < 0,001), el IRP de 9,5 [7,0–12,0] a 3,9 [1,3–9,3] mmHg (p = 0,001) y el EGJ-CI de 72,5 [53,4–102,5] a 53,2 [38,6–87,4] mmHg·cm (p = 0,013). No cambió la presión del EES y la del EEI mostró una tendencia a disminuir (p = 0,060). En pH-impedancia, la exposición ácida mediana fue de 1,6% [0,6–3,8]; 19/25 (76,0%) tuvieron exposición fisiológica, 2/25 (8,0%) inconclusa y 4/25 (16,0%) patológica. El índice de DeMeester fue patológico en 5/24 (20,8%), 3/25 (12,0%) presentaron > 80 episodios de reflujo y 11/25 (44,0%) impedancia basal < 1 500 Ω. (**Figura 1**).
Conclusiones: En candidatos a cirugía bariátrica, la sedestación reduce de forma considerable las métricas de contractilidad y relajación, y puede reclasificar como hipomotilidad a pacientes normales en decúbito. Las posiciones no deben interpretarse como estudios independientes ni con umbrales intercambiables. Las discrepancias deben integrarse con síntomas, reserva peristáltica, tránsito del bolo y pruebas complementarias antes de influir en la elección de la técnica bariátrica.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

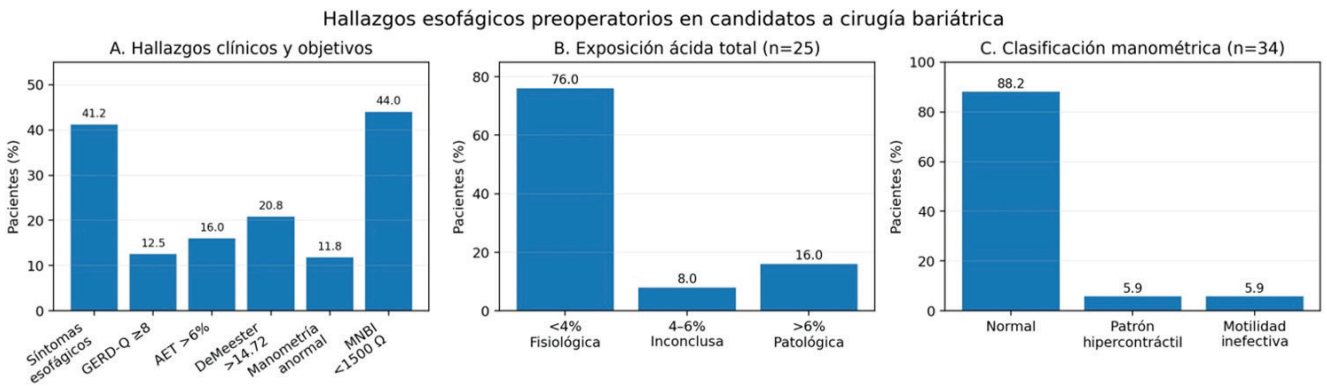
Dom086

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL SCORE DE MILÁN PARA PREDECIR ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN POBLACIÓN MEXICANA DE UN HOSPITAL PRIVADO

C. I. Madinaveitia-Sánchez, E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, Hospital Español

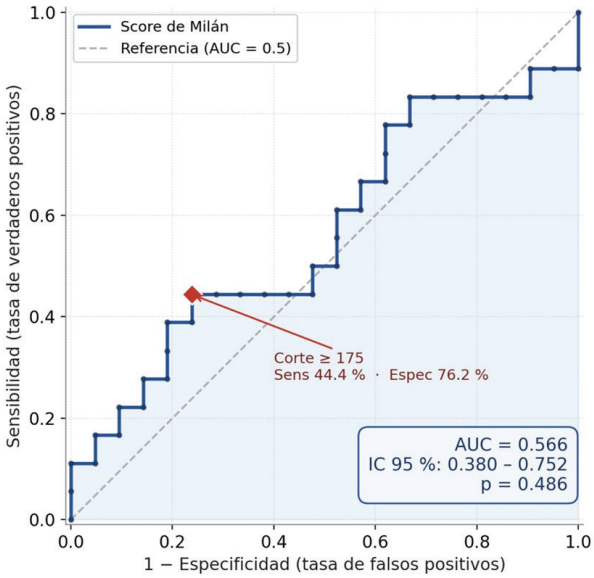
Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico se encuentra entre las patologías del tubo digestivo con mayor prevalencia tanto a nivel global como en México. Para su confirmación diagnóstica objetiva se requieren estudios como la pH-metría ambulatoria con impedancia o la endoscopia, los cuales implican costos elevados, baja tolerabilidad y acceso restringido. El score de Milán surge como una alternativa manométrica que combina cuatro variables de la manometría esofágica: motilidad esofágica inefectiva, integral contráctil de la unión esofagogástrica, morfología de la unión esofagogástrica y maniobra de elevación de la pierna recta. El objetivo es estimar el riesgo individual de ERGE objetiva. Sin embargo, su validación se realizó de forma exclusiva en la población europea, lo que limita su extrapolación directa a otros contextos demográficos.
Objetivo: Evaluar el rendimiento diagnóstico del score de Milán para predecir enfermedad por reflujo gastroesofágico en la población mexicana atendida en un hospital privado.
Material y métodos: Éste es un estudio observacional, transversal y retrolectivo, en el cual se revisaron los expedientes de pacientes adultos con MAR en quienes se hubiera realizado el protocolo completo del score de Milán y que además tuvieran pH-metría con impedancia o endoscopia digestiva alta en el mismo mes de realización de la MAR. Se utilizaron como definición de ERGE los criterios diagnósticos del Consenso de Lyon 2.0, los cuales se definen por tiempo de exposición al ácido (AET) > 6% o esofagitis erosiva grados B, C o D, esófago de Barrett o estenosis péptica. Se calcularon una curva ROC, el área bajo la curva (AUC), la sensibilidad, la especificidad, los valores predictivos y las razones de verosimilitud, además de buscar en los objetivos secundarios la correlación del reflujo con el índice de masa corporal (IMC), así como la distribución del score de Milán entre fenotipos de pH-metría (hipersensibilidad al reflujo y ERGE). El análisis estadístico se efectuó con IBM SPSS Statistics.
Resultados: Se analizó a 39 pacientes con una edad media de 52,08 ± 15,5 años, de los cuales 74,4% correspondió a mujeres; 18 de ellos (46,2%) presentaron ERGE objetivo. El AUC (**Figura 1**) del score de Milán fue de 0,566 (IC95%, 0,380–0,752), sin alcanzar significancia estadística. Con el punto de corte de 175 puntos, obtenido de la publicación original como probabilidad alta de ERGE, la sensibilidad y la especificidad fueron del 44,4% y 76,2% respectivamente. Se observó una correlación positiva significativa entre el

Figura 1. Distribución de síntomas y hallazgos objetivo preoperatorios. Los denominadores difieren: síntomas, n = 34; GERD-Q, n = 32; pH-impedancia, n = 25; DeMeester, n = 24; y manometría, n = 34. MNBI, impedancia basal nocturna/media basal según el registro disponible. (**Dom085**)



score de Milán y el IMC (Spearman = 0,490; p = 0,003). Finalmente, el score no pudo distinguir entre ERGE, hipersensibilidad al reflujo y exposición ácida normal (p = 0,859).
Conclusiones: En esta cohorte de un hospital privado en México, el score de Milán no reprodujo la capacidad discriminativa para diagnóstico de EGRE, como en su estudio original. Este estudio se realizó con una muestra pequeña y con diagnóstico de EGRE por métodos compuestos (pH-metría y endoscopia), lo que podría hacer que difiera del original y sugiere la necesidad de estudios con mayor muestra y criterios diagnósticos similares al estudio original antes de incorporar el score de Milán al algoritmo diagnóstico de ERGE en la población mexicana.
Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Curva ROC del score de Milán para el diagnóstico de ERGE. (**Dom086**)



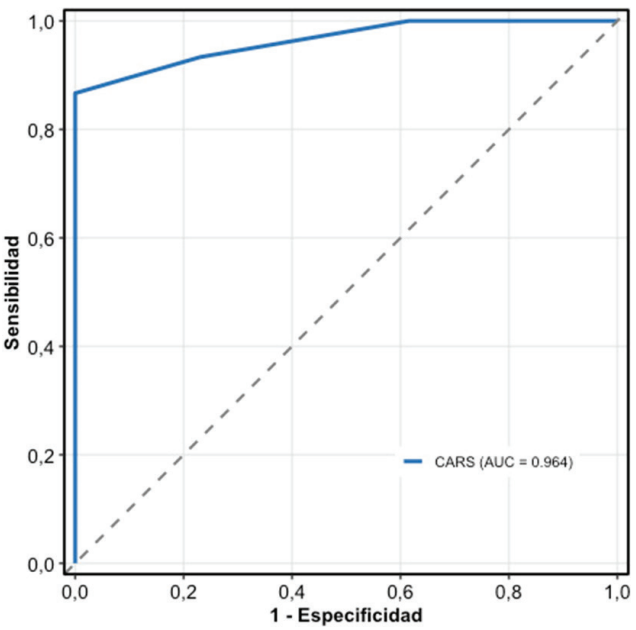
Dom087

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA ESCALA CARS EN LA PREDICCIÓN DE ACALASIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. García-Mercedes, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, D. Lagos-Prieto, R. González-Ruiz, R. Corona-Prieto, M. J. Muñoz-Jiménez, E. S. García-Jiménez, J. M. Aldana-Ledesma, E. C. Morel-Cerda, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: En los pacientes con acalasia debido a la inespecificidad clínica y baja sensibilidad endoscópica, el diagnóstico suele retrasarse. Este estudio evalúa la escala CARS como herramienta inicial para estratificar el riesgo y predecir la enfermedad, en busca de optimizar la derivación oportuna a manometría esofágica de alta resolución (MAR).
Objetivo: Presentar resultados preliminares del rendimiento diagnóstico de la escala CARS en la predicción de acalasia en pacientes con sospecha clínica, atendidos por el servicio de gastroenterología del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde (diciembre de 2024-abril de 2026). Se incluyó a adultos con sospecha de acalasia evaluados por panendoscopia y manometría de alta resolución (MAR). Se recolectaron datos demográficos y clínicos, tras aplicar cuestionarios (Eckardt y BEDQ) y calcular el puntaje endoscópico CARS. El diagnóstico y la subtipificación por MAR (Clasificación de Chicago v4) permitieron conformar dos grupos para comparar: pacientes con acalasia y sin acalasia.
Las variables cuantitativas se expresaron como medias y desviación estándar o medianas y rangos intercuartílicos; las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. Para comparar ambos grupos se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. La capacidad discriminativa de la escala CARS se evaluó mediante curvas ROC y se usó el índice de Youden para determinar el punto de corte óptimo de sensibilidad y especificidad. Se consideró significativo un valor de p < 0,05. Los análisis se procesaron en SPSS v26 y R Studio.
Resultados: Se incluyó a 28 pacientes, 67,9% de ellos mujeres; la mediana de edad fue de 59 años (36-65). En la presentación inicial predominaron disfagia (75%), regurgitación (53,6%), pirosis (50%) y dolor torácico (50%), con puntaje de 7,5 (5-12) en la escala Eckart, BEDQ de 30 (10-36) y CARS de 2 (1-5). El 50% presentó síntomas durante 12 a 36 meses. En la evaluación mediante MAR se confirmó acalasia en 15 pacientes (53,6%), con predominio de los tipos II (42,9%) y I (10,7%), de acuerdo con la Clasificación de Chicago v4. Los 13 casos restantes presentaron contractilidad ausente (46,2%), motilidad esofágica inefectiva (30,8%) y manometría normal (23,1%). No se identificaron diferencias significativas en los síntomas individuales entre ambos grupos. Sin embargo, al comparar las escalas de disfagia, los pacientes con acalasia presentaron puntajes significativamente mayores en el BEDQ (36 vs. 10, p = < 0,001) y en la escala global CARS (5 vs. 1, p = < 0,001), así como en todos sus componentes endoscópicos: retención de contenido (1 vs. 0, p = < 0,001), alteraciones anatómicas (2 vs. 0, p = < 0,001), resistencia al endoscopio (2 vs. 0, p = < 0,001) y estasis esofágica (1 vs. 0, p = 0,028). Asimismo, presentaron IRP significativamente mayor tanto en decúbito supino como en sedestación (30 vs. 3, p = < 0,001). En la construcción de la curva ROC, la escala CARS presentó AUROC = 0,964. Con un punto de corte ≥ 3 (índice de Youden 0,867), la escala alcanzó una sensibilidad del 86,7% y una especificidad del 100% (**Figura 1**).
Conclusiones: Las herramientas CARS y BEDQ demostraron excelente capacidad para predecir acalasia. Un puntaje CARS ≥ 3 demostró un rendimiento sobresaliente (especificidad de 100%, AUROC de 0,964). La correlación directa de los componentes endoscópicos con elevaciones significativas del IRP enfatiza la importancia fisiopatológica de esta escala. Implementar CARS en la endoscopia inicial estratifica eficazmente el riesgo y optimiza y prioriza la derivación a manometría de alta resolución.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Curva ROC para la predicción de acalasia mediante la escala CARS. (**Dom087**)



Dom088

MOTIVO DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA DE PRIMERA VEZ DE GASTROENTEROLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

G. Olmeda-García, A. Triana-Romero, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Las enfermedades gastrointestinales constituyen una causa frecuente de atención médica y generan una carga importante para los servicios

de salud. Sin embargo, existe información limitada sobre los motivos de referencia a la consulta inicial de gastroenterología en hospitales de tercer nivel en este país. Conocer este perfil permite identificar las principales necesidades asistenciales y optimizar la organización de los recursos. Este estudio describe los motivos de consulta más frecuentes en pacientes de primera vez atendidos en gastroenterología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Objetivo: Identificar los principales motivos de consulta de primera vez de gastroenterología en un centro de tercer nivel de atención.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, mediante la revisión de una base de datos de pacientes atendidos en la consulta externa de primera vez del servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, durante el periodo de estudio de enero a junio del 2026. Se incluyó a 363 pacientes adultos valorados por primera ocasión en la consulta de gastroenterología y con información clínica completa en la base de datos institucional. Se registraron variables demográficas (edad, sexo y procedencia), servicio de referencia, comorbilidades, diagnóstico de envío, diagnóstico gastroenterológico establecido durante la valoración inicial, número de medicamentos indicados y necesidad de seguimiento en tercer nivel. El análisis estadístico fue descriptivo y se registraron frecuencias y porcentajes para variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas.

Resultados: Se analizaron 363 casos de pacientes atendidos del período de 09/01/2026 al 10/06/2026, de los cuales 60,1% correspondió a mujeres (n = 218), con edad promedio de 55,6 ± 15,8 años. Los casos fueron referidos en un 51,8%, 41,3% y 6,9% por tercer, segundo y primer niveles de atención, respectivamente, con 94,2% de los pacientes oriundos de la Ciudad de México. El servicio de medicina interna fue el que mayormente solicitó valoraciones (n = 53, 14,6%), seguido de cirugía general (n = 44, 12,1%) y gastroenterología de segundo nivel de atención (n = 31, 8,5%). Respecto de las comorbilidades, el 95,6% de los pacientes contaba con al menos una de ellas, con una mediana de 2 (IQR 1-4). Los cinco motivos de consulta más frecuentes fueron los siguientes: enfermedad por reflujo gastroesofágico (n = 55), cirrosis hepática (n = 37), alteración de bioquímica hepática (n = 26), diarrea crónica (n = 24), disfagia (n = 23); en total corresponden a 45,5% de las consultas otorgadas. De estos pacientes, se pudo ofrecer conclusión diagnóstica en 64,2% de los casos. En la **Tabla 1** se muestran los principales motivos de referencia por nivel de atención. El número de medicamentos prescritos tuvo una mediana de 1 (IQR 0 - 3) y el más recetado fue el grupo de los inhibidores de bomba de protones en un 25,3% (n = 92), seguidos de los antiespasmódicos en 12,7% (n = 46) y el plantago en 10,5% (n = 38). Finalmente se decidió dar seguimiento a 34,7% (n = 126) de los pacientes en el tercer nivel de atención.

Conclusiones: Los principales motivos de referencia a gastroenterología de tercer nivel en este centro fueron la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la cirrosis hepática y las alteraciones de la bioquímica hepática. Más de la mitad de los pacientes obtuvo una conclusión diagnóstica desde la primera valoración. Sólo un tercio de los pacientes requirió seguimiento por la unidad de tercer nivel de los autores.

Financiamiento: El estudio se realizó con los recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tabla 1. Características demográficas, principales motivos de consulta y continuidad en tercer nivel de los pacientes atendidos por primera vez en la consulta externa de gastroenterología, estratificados según el nivel de atención del servicio de referencia. Los datos se expresan como media ± desviación estándar, mediana y rango intercuartílico, o frecuencia y porcentaje. (**Dom088**)

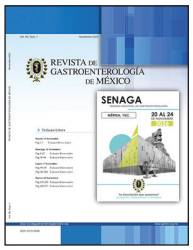
Variable/característica	1er nivel de atención (n = 25)	2do nivel de atención (n = 150)	3er nivel de atención (n = 188)	Total (n = 363)
Sexo femenino n (%)	17 (68,0%)	92 (61,3%)	109 (58,0%)	218 (60,1%)
Edad (años) Promedio ± DE	58,8 ± 12,3	55,7 ± 16,4	55,2 ± 15,8	55,7 ± 15,9
Comorbilidades Mediana [RIC]	2 [1 – 3]	2 [1 – 3]	2 [1 – 4]	2 [1 – 4]
Principal motivo de consulta n (%)	1. Cirrosis hepática 2. 4 (16%) 3. Tumores benignos hepáticos 4. 2 (8%) 5. Alteración de PFH 6. 2 (8%)	1. ERGE 25 (15,3%) 2. Cirrosis hepática 3. 23 (15,3%) 4. Alteración de PFH 5. 9 (6%)	1. ERGE 2. 31 (16,5%) 3. Diarrea crónica 4. 19 (10,1%) 5. Disfagia 6. 18 (9,6%)	1. ERGE 2. 55 (15,2%) 3. Cirrosis hepática 4. 37 (10,2%) 5. Alteración de PFH 6. 26 (7,2%)
Continuidad en tercer nivel n (%)	8 (32,0%)	50 (33,3%)	68 (36,2%)	126 (34,7%)

ERGE, enfermedad por reflujo gastroesofágico; PFH, pruebas de función hepática; DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**64-69

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres en cartel

Domingo 22 de noviembre de 2026

ESTÓMAGO

Dom089

VARIABILIDAD CLÍNICA, ENDOSCÓPICA E HISTOPATOLÓGICA DE LAS NEOPLASIAS NEUROENDOCRINAS GÁSTRICAS: SERIE DE 4 CASOS

D. A. Olivares-González, L. Cantorán-Ramírez, G. Martínez-Reyes, C. Morales-Limón, J. A. Aguado-Valerio, L. D. Valdez-Vega, R. García-Santiago, UMAE Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, IMSS

Introducción: Las neoplasias neuroendocrinas gástricas son tumores poco frecuentes que representan menos del 2% de las neoplasias gástricas. Este término engloba tanto a los tumores neuroendocrinos bien diferenciados como a los carcinomas neuroendocrinos pobremente diferenciados; constituye un grupo heterogéneo con notorias diferencias en su presentación clínica, hallazgos endoscópicos y características histopatológicas. Esta variabilidad representa un desafío diagnóstico y terapéutico; por ello, la descripción de series de casos contribuye a mejorar el reconocimiento de esta entidad en la práctica clínica.
Objetivo: Caracterizar el espectro de presentación clínica, endoscópica e histopatológica de cuatro pacientes con neoplasias neuroendocrinas gástricas.
Reporte de casos: Se presentan los casos de cuatro pacientes (tres mujeres y un hombre) con edades entre 65 y 71 años. La presentación clínica incluyó dispepsia, anemia ferropénica, melena, pérdida de peso, náusea y emesis. Los hallazgos endoscópicos fueron heterogéneos, desde una lesión superficial París 0-IIa+IIc de 5 mm hasta múltiples pólipos sésiles, una lesión ulcerada París 0-III y un tumor ulceroinfiltrativo mayor de 10 cm tipo Borrmann III. El estudio histopatológico evidenció tumores neuroendocrinos bien diferenciados G1 y G3, así como un carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado de células grandes G3, con índices de proliferación (Ki-67) entre 1% y 95%. Asimismo, se identificaron hallazgos asociados como gastritis atrófica, además de casos con invasión linfovascular, metástasis ganglionares y enfermedad metastásica hepática, lo que refleja la marcada heterogeneidad clínica, endoscópica e histopatológica de estas neoplasias (**Tabla 1**).
Discusión: En esta serie se documentó un amplio espectro de enfermedad, desde tumores neuroendocrinos bien diferenciados G1 localizados hasta un carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado G3 con enfermedad metastásica. Destaca además la presencia de un tumor neuroendocrino bien diferenciado G3, entidad reconocida por la clasificación de la OMS, que constituye un subtipo infrecuente con diferencias biológicas, pronósticas y terapéuticas respecto del carcinoma neuroendocrino G3. La diversidad de los hallazgos endoscópicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos observados resalta la necesidad de una evaluación integral para establecer una clasificación adecuada, definir el pronóstico y orientar el tratamiento.
Conclusiones: La serie presentada revela la marcada heterogeneidad de las neoplasias neuroendocrinas gástricas. El reconocimiento de sus diferentes patrones de presentación clínica, endoscópica e histopatológica es fundamental para un diagnóstico oportuno y una adecuada caracterización de estas lesiones.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Tabla 1. Características clínicas, endoscópicas e histopatológicas de los casos incluidos. (**Dom089**)

Caso	Sexo/edad	Presentación clínica	Localización y morfología endoscópica	Diagnóstico histopatológico	Ki-67	TNM/estadio
1	F/71	Dispepsia, pérdida de peso	Multifocal, cuerpo, fondo y cardias; múltiples pólipos sésiles (3) (10-15 mm)	NET G1	1%	T1N1M0
2	F/68	Anemia microcítica, dispepsia	Cuerpo (curvatura menor); París 0-IIa+IIc (5 mm)	NET G1	1%	T1N0M0
3	F/65	Melena, anemia microcítica	Curvatura mayor; París 0-III (12 mm)	NET G3	20-25%	T3N1M0
4	M/68	Náusea, emesis y pérdida de peso	Cuerpo y curvatura menor; Borrmann III (10 cm)	NEC G3 de células grandes	95%	Estadio IV (M1)

NET, tumor neuroendocrino; NEC, carcinoma neuroendocrino; TNM, clasificación tumor-nódulo-metástasis; Ki-67, índice de proliferación.

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Dom090

ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES SÉRICOS DE ALBÚMINA AL INGRESO Y EL RIESGO DE RESANGRADO A 30 DÍAS EN PACIENTES CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO NO VARICEAL: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

A. A. Toledo-Sánchez, J. J. Arias-Narcia, C. Montejo-Velázquez, J. A. Arce-Ayala, J. G. Gándara-Calderón, A. Gutiérrez-Atemis, A. Cotino-Guerrero, Hospital Central Militar

Introducción: Se ha investigado el papel de la albúmina como marcador pronóstico en pacientes con hemorragia digestiva alta. Diversos estudios han demostrado que los pacientes con hipoalbuminemia presentan mayor mortalidad, mayor necesidad transfusional y peor evolución clínica general. Los pacientes con niveles bajos de albúmina suelen presentar una respuesta inflamatoria más intensa, menor capacidad de reparación tisular, alteraciones de la microcirculación y menor reserva metabólica; esto podría favorecer una cicatrización deficiente de la lesión causante del sangrado, comprometer la estabilidad del coágulo y aumentar la susceptibilidad a nuevos episodios hemorrágicos. La hipoalbuminemia puede actuar como un marcador indirecto de gravedad global y fragilidad biológica, factores que han demostrado influir en los desenlaces clínicos de los pacientes con STDA-NV.
Objetivo: Determinar la asociación entre los niveles séricos de albúmina al ingreso hospitalario y la aparición de resangrado a 30 días en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto no variceal atendidos en el Hospital Central Militar.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico, de cohorte retrospectiva, mediante revisión de expedientes clínicos electrónicos y reportes endoscópicos de pacientes con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto no variceal atendidos en el Hospital Central Militar entre marzo de 2023 y marzo de 2024. Se obtuvieron variables demográficas, clínicas, bioquímicas y endoscópicas, incluidos edad, sexo, hemoglobina, creatinina, INR, albúmina sérica al ingreso, clasificación Forrest, etiología del sangrado, uso de antitrombóticos, tipo de tratamiento endoscópico y presencia de resangrado durante los 30 días posteriores al evento inicial. La variable principal de exposición fue la albúmina sérica al ingreso hospitalario, medida en g/dL durante las primeras 24 horas de hospitalización y se analizó como variable continua y categórica.
Resultados: Se identificaron 187 registros en el periodo de estudio y 10 pacientes no contaban con información documentada del desenlace a 30 días; así, la cohorte analítica se integró con 177 pacientes. De éstos, 13 sufrieron resangrado durante los primeros 30 días, que correspondió a una frecuencia acumulada de 7,3%. La hipoalbuminemia (albúmina < 3,5 g/dL) se presentó en 131 pacientes (74,0%). Los niveles de albúmina no fueron menores en individuos con resangrado. La mediana fue de 3,3 g/dL (RIC 2,9–3,5) en quienes resangraron y de 3,0 g/dL (RIC 2,5–3,5) en quienes no lo hicieron (p = 0,562). La hipoalbuminemia < 3,5 g/dL no se asoció con resangrado (OR, 0,77; IC95%, 0,23–2,65; p = 0,684). En la regresión logística univariada (**Tabla 1**), la albúmina sérica analizada como variable continua no se asoció con resangrado (OR, 1,20 por cada incremento de 1 g/dL; IC95%, 0,52–2,77; p = 0,664). La capacidad discriminativa de la albúmina sérica para identificar resangrado fue limitada, con un área bajo la curva ROC de 0,451. Estos resultados indican que la albúmina aislada no tuvo utilidad discriminativa adecuada para el desenlace estudiado.
Conclusiones: El presente estudio evaluó la asociación entre los niveles séricos de albúmina al ingreso hospitalario y la aparición de resangrado a 30 días en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto no variceal. En la población estudiada, la albúmina sérica al ingreso no se asoció de manera significativa con resangrado a 30 días, por lo que no demostró utilidad como marcador pronóstico independiente para este desenlace. Asimismo, su capacidad discriminativa fue limitada, lo cual indica que este biomarcador, utilizado de forma aislada, no permite identificar adecuadamente a los pacientes con mayor riesgo de recurrencia hemorrágica.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Regresión logística univariada para resangrado a 30 días. (**Dom090**)

Variable	OR	IC95%	p
Albúmina, por cada 1 g/dL	1,20	0,52–2,77	0,664
Edad, por año	1,01	0,97–1,05	0,712
PAS, por mmHg	0,97	0,94–1,00	0,036
FC, por lpm	1,03	1,00–1,06	0,082
Hemoglobina, por 1 g/dL	0,80	0,62–1,02	0,066
BUN, por mg/dL	1,01	0,99–1,03	0,449
INR	0,78	0,23–2,65	0,692
Creatinina, por mg/dL	0,91	0,57–1,45	0,698
Sexo masculino	0,69	0,22–2,20	0,529
Enfermedad hepática	2,48	0,76–8,08	0,131
Uso de anticoagulante	0,72	0,20–2,60	0,613
Uso de antiagregante	0,57	0,07–4,59	0,595
Antecedente de hemorragia	2,91	0,89–9,54	0,078
Glasgow-Blatchford, por punto	1,17	1,01–1,37	0,042
Rockall preendoscópico, por punto	1,39	0,98–1,98	0,063
Estigma endoscópico de alto riesgo	5,85	1,34–25,52	0,019
Hipoalbuminemia (< 3,5 g/dL)	0,77	0,23–2,65	0,684

lpm, latidos por minuto; OR, *odds ratio*; IC, intervalo de confianza; p, valor de p.

Dom091

ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS Y LOS SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES SUPERIORES: ESTUDIO TRANSVERSAL EN POBLACIÓN ABIERTA DEL NOROESTE DE MÉXICO

J. O. Méndez-Becerra, E. J. Valencia-Andrade, P. A. Alvarado-Garza, J. A. Vargas-Muro, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: El tabaquismo se ha asociado con la presencia de síntomas gastrointestinales superiores. Entre los mecanismos fisiopatológicos propuestos se encuentran la disminución del tono del esfínter esofágico inferior, la prolongación del tiempo de aclaramiento esofágico y las alteraciones de la motilidad antral. Aunque esta asociación ha sido ampliamente descrita para el consumo de tabaco convencional, existe evidencia limitada respecto de la relación entre el uso de cigarrillos electrónicos (CE) y la presencia de síntomas gastrointestinales superiores.
Objetivo: Determinar la asociación entre el uso de CE y la presencia de síntomas gastrointestinales superiores, así como evaluar la correlación entre la gravedad de los síntomas y la intensidad del consumo de CE.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en población abierta del noroeste de México. Se recopilaron datos sociodemográficos e información relacionada con el uso de CE, incluida la intensidad del consumo, evaluada mediante el cuestionario Electronic cigarette fagerström test for nicotine dependence (ECIG-FTND o eFTND).
Los síntomas gastrointestinales superiores se evaluaron mediante el cuestionario PAGI-SYM. La presencia y gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión se determinaron mediante las escalas GAD-7 y PHQ-9, respectivamente. Las variables categóricas se compararon con la prueba x^2. Para la comparación de variables continuas se utilizaron las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, según fuera la distribución de los datos. Se realizó un análisis de regresión logística ajustado por ansiedad y depresión para determinar la asociación entre el uso de CE y los síntomas gastrointestinales superiores. La relación entre la intensidad del consumo y la gravedad de los síntomas se evaluó mediante el coeficiente de correlación rho de Spearman.
Resultados: Se incluyó a un total de 154 participantes, de los cuales 40 eran usuarios de CE y 114 no utilizaban estos dispositivos. En el grupo de usuarios, 88 participantes eran mujeres (57,1%), con una edad media de 26,49 ± 8,74 años.
En el análisis de regresión logística ajustado por ansiedad y depresión se encontró una asociación entre el uso de CE y la presencia de plenitud posprandial (OR, 8,65; IC95%, 2,11–35,3; p = 0,003).

En el análisis de correlación se observó una correlación positiva entre la intensidad del consumo de CE y la gravedad de los síntomas de la subescala de reflujo del PAGI-SYM (rho = 0,175; p = 0,030). Asimismo, se identificó una correlación entre la intensidad del consumo y la gravedad de los síntomas de la subescala de distensión abdominal (rho = 0,202; p = 0,012).
Conclusiones: El uso de cigarrillos electrónicos se asoció significativamente con la presencia de plenitud posprandial, independientemente de la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión. Este hallazgo podría estar relacionado con alteraciones de la motilidad antral secundarias a la exposición a nicotina, de manera similar a lo descrito en usuarios de tabaco convencional. Además, la intensidad del consumo de CE mostró una correlación con la gravedad de los síntomas de reflujo y distensión abdominal. La relación con los síntomas de reflujo podría estar vinculada con alteraciones en el tono del esfínter esofágico inferior o con una prolongación del aclaramiento esofágico. Por otra parte, la distensión podría relacionarse con alteraciones de la motilidad gastroduodenal o con un incremento de la aerofagia asociado con la inhalación repetitiva durante el uso de CE. Este último se asoció con la presencia de plenitud posprandial, independientemente de la motilidad antral secundarias a la exposición a nicotina, de manera similar a lo descrito en usuarios de tabaco convencional.
Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom092

BLOATING Y SÍNTOMAS DISPÉPTICOS TRAS LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*: RESULTADOS COMPARATIVOS ENTRE UNA ESTRATEGIA CON P-CAB Y UN INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES

Y. M. Astudillo-Vázquez, E. A. San-Vicente-Parada, J. I. Mazadiego-Cid, M. I. S. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

Introducción: El *bloating* y la distensión abdominal visible son síntomas frecuentes en pacientes con dispepsia. La infección por *Helicobacter pylori* contribuye a su fisiopatología y los bloqueadores competitivos del potasio (P-CAB), por su mayor potencia antisecretora respecto de los inhibidores de la bomba de protones (IBP), podrían modificar su evolución tras la erradicación.
Objetivo: Comparar la respuesta clínica del puntaje total y las subescalas del cuestionario PAGI-SYM, con énfasis en el *bloating* y la distensión abdominal visible, tras la erradicación de *H. pylori* entre estrategias terapéuticas basadas en tegoprazán y esomeprazol.
Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo. Se incluyó a pacientes adultos con infección por *H. pylori* confirmada por histología, tratados durante 14 días con terapia cuádruple con bismuto asociada con esomeprazol (40 mg cada 12 horas) o tegoprazán (50 mg cada 12 horas), con confirmación de erradicación mediante antígeno fecal cuatro semanas después del tratamiento. El desenlace primario fue el cambio longitudinal del puntaje total y de cada una de las subescalas del cuestionario PAGI-SYM. Como desenlace secundario se evaluó el pictograma de distensión abdominal. Los cuestionarios se aplicaron al momento de asignarlos a tratamiento (basal) a 1, 3 y 6 meses de seguimiento. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba bilateral de Mann-Whitney; los cambios se describieron en cada punto de seguimiento y la asociación entre el PAGI-SYM y el pictograma se evaluó mediante correlación de rangos de Spearman. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 94 pacientes (47 por grupo). La reducción del puntaje total del PAGI-SYM fue progresiva en ambos grupos durante el seguimiento. Las diferencias basales persistieron al primer mes (26,8 vs. 15,1; $p < 0,001$; $r = 0,349$), pero dejaron de ser significativas a los tres meses (13,6 vs. 11,8; $p = 0,099$; $r = 0,165$) y a los seis meses (9,5 vs. 8,8; $p = 0,222$; $r = 0,122$ (**Figura 1**). En el análisis por subescalas, la subescala de distensión abdominal mostró la mayor diferencia entre grupos al sexto mes ($p < 0,001$; tamaño del efecto $r = 0,422$), lo que favoreció al grupo tratado con tegoprazán. Como desenlace secundario, el pictograma de distensión abdominal mostró una evolución paralela, con reducción progresiva de la gravedad del *bloating* en ambos grupos y distribuciones equivalentes al sexto mes ($p = 0,968$). Los cambios del PAGI-SYM se correlacionaron significativamente con el pictograma durante todo el seguimiento ($\rho = 0,511$ al primer mes, $\rho = 0,442$ a los tres meses y $\rho = 0,528$ a los seis meses; todos $p < 0,001$).
Conclusiones: La erradicación de *Helicobacter pylori* mejoró el *bloating*, la distensión abdominal visible y los síntomas dispépticos. Aunque ambas estrategias alcanzaron resultados comparables en el PAGI-SYM global, el tegoprazán mostró una mayor mejoría en la subescala de distensión abdominal.
Financiamiento: No se recibió ninguno.

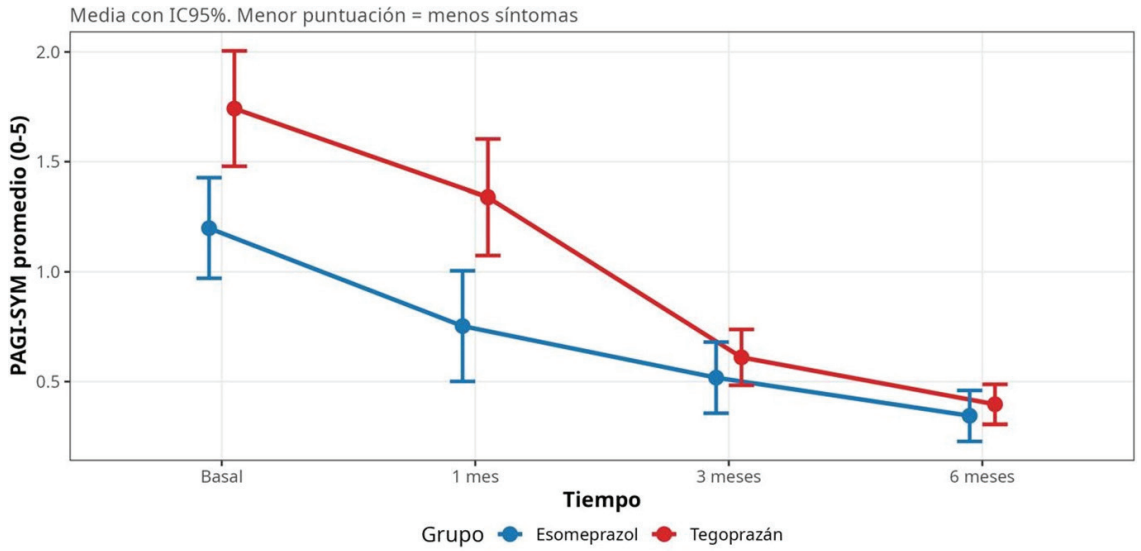
Dom093

ASOCIACIÓN ENTRE INFLAMACIÓN CRÓNICA, ATROFIA Y METAPLASIA INTESTINAL EN UNA COHORTE MEXICANA DE BIOPSIAS GÁSTRICAS

G. A. Hernández-Valdez, J. Zarazúa-Martínez, G. Vázquez-Elizondo, Clínica de Especialidades con Quirófano CE + CECIS, ISSSTE

Introducción: La metaplasia intestinal gástrica constituye una lesión premaligna dentro de la cascada de Correa y se asocia con un mayor riesgo de adenocarcinoma gástrico. La identificación de factores clínicos e histopatológicos asociados a su desarrollo puede contribuir a optimizar las estrategias de vigilancia endoscópica.
Objetivo: Identificar los factores clínicos e histopatológicos asociados a la presencia de metaplasia intestinal en pacientes sometidos a biopsia gástrica.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en pacientes con biopsia gástrica procesada en un hospital de segundo

Figura 1. Evolución del PAGI-SYM por grupo en los seis meses de seguimiento. (**Dom092**)



nivel. Se registraron variables demográficas e histopatológicas, incluidas inflamación crónica, actividad neutrofílica, infección por *Helicobacter pylori*, atrofia gástrica, metaplasia intestinal y displasia. Se realizaron análisis univariados mediante x^2 y prueba t de Student. Posteriormente se construyeron modelos de regresión logística binaria para identificar factores asociados independientemente con metaplasia intestinal.

Resultados: Se incluyó a 588 pacientes, de los cuales 401 (68,2%) fueron mujeres. La edad media fue de 59,9 ± 13,6 años. La prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* fue de 77,2%, atrofia gástrica de 14,1%, metaplasia intestinal de 14,5% y displasia de 0,5%.

Los pacientes con metaplasia intestinal fueron significativamente mayores que aquéllos sin metaplasia (67,8 ± 12,7 vs. 58,6 ± 13,3 años; p < 0,001). Asimismo, la metaplasia fue más frecuente en pacientes con atrofia gástrica (30,1% vs. 11,9%; OR, 3,20; IC95%, 1,86–5,49; p < 0,001) y en aquéllos con inflamación crónica moderada-grave (17,4% vs. 8,6%; OR, 2,23; IC95%, 1,29–3,84; p = 0,003).

En el análisis multivariado, la edad (OR, 1,045 por año; IC95%, 1,023–1,068; p < 0,001) y la inflamación crónica moderada-grave (OR, 2,04; IC95%, 1,09–3,85; p = 0,027) se asociaron independientemente con la presencia de metaplasia intestinal (**Tabla 1**). La atrofia mostró una tendencia hacia la significación estadística (OR, 1,83; IC95%, 0,97–3,47; p = 0,064). La presencia de *Helicobacter pylori* y su densidad de colonización no se asociaron significativamente con metaplasia intestinal.

Tabla 1. Análisis multivariado de los factores asociados a metaplasia intestinal gástrica mediante regresión logística binaria. (**Dom093**)

Variable	OR ajustado	IC95%	p
Edad (por año)	1,045	1,023–1,068	< 0,001
Sexo masculino	1,49	0,87–2,55	0,143
H. pylori	0,76	0,37–1,55	0,443
Atrofia gástrica	1,83	0,97–3,47	0,064
Inflamación moderada-grave	2,04	1,09–3,85	0,027

OR, *odds ratio*; IC95%, intervalo de confianza del 95%. Se incluyeron en el modelo las variables edad, sexo, infección por *Helicobacter pylori*, atrofia gástrica e inflamación crónica moderada-grave. La presencia de metaplasia intestinal se consideró como variable dependiente. El modelo mostró adecuada significación global (x^2 = 42,84; p < 0,001) con un R^2 de Nagelkerke de 0,141.

Conclusiones: La metaplasia intestinal estuvo presente en aproximadamente uno de cada siete pacientes. La edad avanzada y la inflamación crónica moderada-grave fueron los principales factores asociados independientemente a su presencia. La infección por *Helicobacter pylori* y su densidad de colonización no mostraron asociación independiente en esta cohorte.

Financiamiento: No se contó con ninguno.

Dom094

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN UNA COHORTE DE PANENDOSCOPIAS EN EL HOSPITAL ÁNGELES LEÓN: PERÍODO 2022-2026

B. Gallo-Arriaga, X. Ortiz-Concha, J. J. Ibarra-Rodríguez, J. F. Ramírez-Arias, B. Gallo-Chico, C. Hidalgo-Valadez, V. Ortiz-Concha, Hospital Ángeles León

Introducción: Las patologías del aparato digestivo superior constituyen uno de los principales motivos de consulta médica en el Bajío mexicano. La panendoscopia diagnóstica y terapéutica es todavía el estándar de oro indispensable para caracterizar estas lesiones de forma temprana y optimizar el cribado de lesiones premalignas y la planeación del tratamiento definitivo.

Objetivo: Analizar a fondo la prevalencia, la distribución por sexo y el comportamiento de acuerdo con la edad de los diferentes hallazgos endoscópicos encontrados en pacientes a los que se les realizó una panendoscopia en el Hospital Ángeles León entre los años 2022 y 2026.

Material y métodos: Se diseñó un estudio de cohorte con enfoque retrospectivo, descriptivo y transversal. Se revisaron de forma consecutiva los reportes de panendoscopias hechas en un lapso de cuatro años. Se recolectaron los datos demográficos básicos, como la edad y el género, además del motivo del estudio. Los hallazgos se agruparon por zona anatómica (esófago, estómago y duodeno) y se procesó la información con estadística descriptiva mediante proporciones, medias y desviaciones estándar.

Resultados: Se evaluó a un grupo total de 322 pacientes. En la distribución por género predominó el sexo masculino con 178 pacientes (55,3%), frente a 144 mujeres (44,7%). La edad promedio de toda la cohorte quedó en 50,5 ± 22,2 años, con curvas de distribución bastante simétricas. En cuanto a lo informado en los estudios (detallado en la **Tabla 1**), lo más común fue la gastritis eritematosa y erosiva en antro con el 68,3% de los casos (n = 220). Detrás se ubicaron la esofagitis por reflujo (grados A y B de Los Ángeles) con un 41,6% (n = 134) y la duodenitis inespecífica con 18,9% (n = 61). También se identificó hernia hiatal en el 28,5% (n = 92) y úlcera gástrica activa en el 5,2% (n = 17).

Tabla 1. Prevalencia de principales hallazgos endoscópicos en la cohorte estudiada (n = 322). (**Dom094**)

Hallazgo endoscópico principal	Número de casos (n)	Frecuencia relativa (%)
Gastritis eritematosa/erosiva antral	220	68,3%
Hernia hiatal	92	28,5%
Esofagitis por reflujo (Los Ángeles A y B)	134	41,6%
Duodenitis inespecífica	61	18,9%
Úlcera gástrica activa	17	5,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del sistema de endoscopia del Hospital Ángeles León.

Conclusiones: Las patologías inflamatorias de la mucosa gástrica y la enfermedad por reflujo gastroesofágico dominan los hallazgos endoscópicos más frecuentes en esta población. El perfil general demuestra que los pacientes masculinos en la quinta década de la vida son quienes presentan mayor prevalencia de lesiones erosivas estructurales. Sin embargo, la mayor afectación en mujeres para duodenitis, poliposis gástrica y úlcera duodenal contradice lo reportado habitualmente en las publicaciones médicas, lo cual definitivamente generará debate sobre cómo se comportan estas patologías en esta zona. Estos resultados aportan una base de datos local sólida para justificar guías de tamizaje endoscópico mucho más eficientes en la práctica médica.

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

Dom095

INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA COMO APOYO A LA DECISIÓN ENDOSCÓPICA EN LESIONES ESOFÁGICAS, GÁSTRICAS Y COLORRECTALES: CONCORDANCIA CON DIAGNÓSTICO EXPERTO E HISTOPATOLOGÍA

M. A. Tanimoto-Licona, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

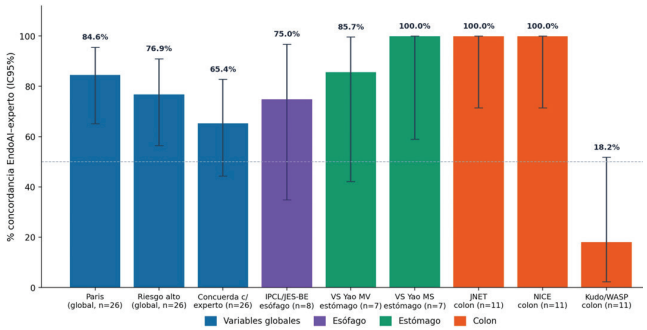
Introducción: El diagnóstico endoscópico de lesiones gastrointestinales superficiales requiere entrenamiento especializado y está sujeto a variabilidad interobservador. Los modelos grandes de lenguaje (LLM) representan una nueva alternativa de apoyo para este diagnóstico.

Objetivo: Evaluar la concordancia entre EndoAI, un sistema de inteligencia artificial generativa desarrollado por el autor, y el diagnóstico endoscópico de un experto en casos con validación histopatológica, tras aplicar sistemas de clasificación específicos para cada órgano.

Material y métodos: Estudio piloto retrospectivo que incluyó 26 casos (esófago 8, estómago 7, colon 11) con histopatología confirmada. EndoAI analizó cada caso de forma automática al aplicar las clasificaciones correspondientes: esófago (Inoue IPCL, JES-BE), estómago (VS Classification de Kenshi Yao) y colon (JNET, NICE, Kudo/WASP). La concordancia se evaluó tras comparar la clasificación de EndoAI contra la del experto, emitida antes de conocer el análisis de la IA. EndoAI analiza imágenes endoscópicas, aplica criterios clínicos específicos por órgano, consulta evidencia científica y orienta la conducta diagnóstico-terapéutica. La concordancia se expresa como porcentaje de acuerdo con intervalo de confianza exacto (Clopper-Pearson) al 95%.

Resultados: La concordancia global EndoAI-experto fue: clasificación de París 84,6% (IC95%, 65,1-95,6%), detección de lesión de alto riesgo 76,9% (IC95%, 56,4-91,0%) y concordancia diagnóstica con el experto 65,4% (IC95%, 44,3-82,8%). Por sistema de clasificación específico de órgano: Inoue IPCL/JES-BE (esófago) 75,0% (6/8); VS Yao-patrón microvascular (estómago) 85,7% (6/7) y patrón microsuperficial 100,0% (7/7); JNET (colon) 100,0% (11/11), NICE (colon) 100,0% (11/11) y Kudo/WASP (colon) 18,2% (2/11), esta última notablemente menor y sugiere una limitación específica de EndoAI en la subclasificación de patrón de criptas. En un análisis exploratorio de sensibilidad y especificidad para detección de lesión de alto riesgo (referencia histopatológica), EndoAI mostró sensibilidad de 100,0% (IC95%, 63,1-100,0%) y especificidad de 72,2% (IC95%, 46,5-90,3%), sin falsos negativos en esta serie piloto, a expensas de falsos positivos en lesiones benignas. En la **Figura 1** se observa la concordancia de EndoAI contra el diagnóstico por experto, por variable y clasificación.

Figura 1. Concordancia de EndoAI vs. diagnóstico por experto, por variable y clasificación. (**Dom095**)



Conclusiones: EndoAI integra el diagnóstico con clasificaciones endoscópicas validadas para esófago, estómago y colon, con una arquitectura fácil de reproducir e implementar en la clínica. La concordancia global con el experto fue alta para París, JNET y NICE, y la sensibilidad para detección de lesiones de alto riesgo fue del 100% en esta muestra piloto, sin falsos negativos. La concordancia fue notablemente menor para la subclasificación de Kudo/WASP en colon, lo que señala un área específica de mejora. El tamaño muestral reducido (n = 26) limita la precisión de las estimaciones (intervalos de confianza amplios), y son necesarios estudios con mayor número de casos para confirmar estos hallazgos.

Financiamiento: Fondos propios del autor.

Dom096

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN PACIENTES SOMETIDOS A MANGA GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS DE LA PIEZA QUIRÚRGICA

J. Mojica-Trejo, J. C. Zavala-Castillo, R. Y. López-Pérez, A. R. Godínez-Vidal, P. Gutiérrez-Camacho, S. Teutli-Carrión, M. R. Díaz-Cerón, B. R. Contreras-Díaz, A. A. Medrano-Mijares, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* (Hp) es una de las alteraciones más frecuentes identificadas durante la evaluación endoscópica de pacientes candidatos a cirugía metabólica y bariátrica. Diversas guías recomiendan su detección y tratamiento antes de la manga gástrica laparoscópica. Los esquemas contemporáneos de erradicación alcanzan tasas de éxito cercanas al 80-90%, según sean la resistencia antimicrobiana, la adherencia al tratamiento y el régimen terapéutico empleado. Sin embargo, una proporción de pacientes persiste con infección activa, la cual puede identificarse mediante el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica. Aunque la evidencia actual sugiere que la infección por Hp no incrementa de forma consistente las complicaciones tempranas tras la manga gástrica, aún existe incertidumbre sobre la persistencia de la bacteria después del tratamiento de erradicación y sobre la eficacia de los diferentes esquemas utilizados en esta población.

Objetivo: Evaluar los resultados del tratamiento erradicador de Hp mediante el análisis histopatológico de la pieza de manga gástrica laparoscópica.

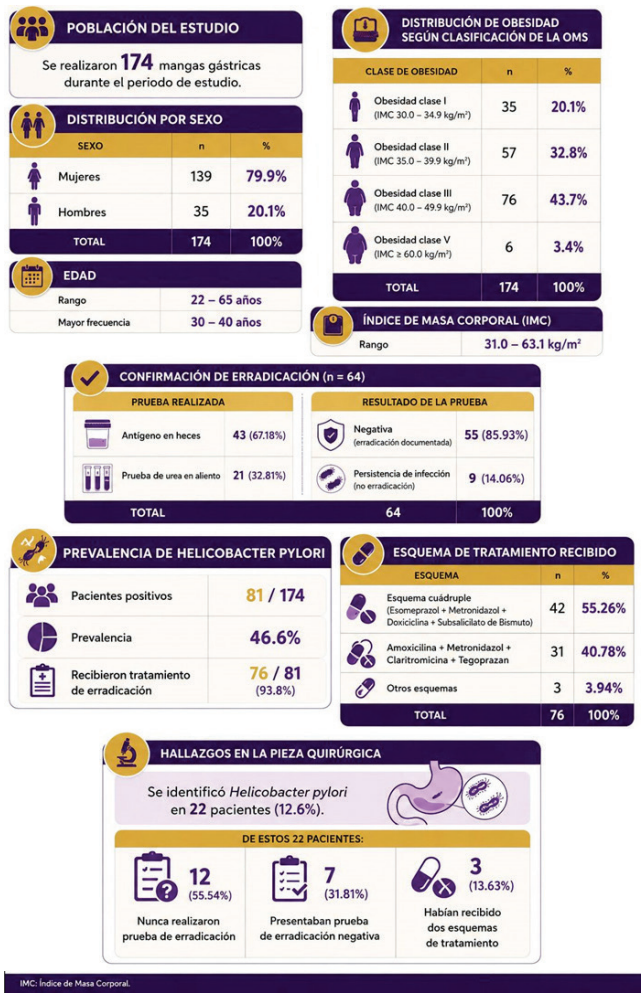
Material y métodos: Observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo entre junio de 2023 y junio de 2026.

Todos los pacientes se sometieron a panendoscopia digestiva alta preoperatoria con toma de biopsias de acuerdo con el protocolo de Sídney para identificación histopatológica de *Helicobacter pylori*.

Los pacientes con infección documentada recibieron tratamiento de erradicación de acuerdo con disponibilidad institucional y posterior prueba confirmatoria de erradicación. Con posterioridad se analizó la presencia de Hp en el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica de manga gástrica.

Resultados: Se realizaron 174 mangas gástricas durante el período de estudio. Mujeres: 139 (79,9%), hombres: 35 (20,1%); edad: 22-65 años e IMC de 31,0-63,1 kg/m². Prevalencia de Hp: 81 de 174 pacientes fueron positivos (46,6%). Hasta 76 pacientes recibieron tratamiento de erradicación. Recibieron esquema cuádruple 42 pacientes (55,26%): amoxicilina + metronidazol + claritromicina + tegoprazan y 31 pacientes (40,78%) Otros esquemas: 3 pacientes (3,94%). Confirmación de erradicación. 64 pacientes realizaron prueba de erradicación. (43 (67,18%) fueron prueba de antígenos en heces y 21 prueba (32,81). Negativa (erradicación documentada): 55 pacientes (85,93%). Persistencia de infección: 9 pacientes (14,06%). Hallazgos en la pieza quirúrgica: Hp en 22 pacientes (12,6%) (**Figura 1**).

Figura 1. Resultados de Hp en protocolo bariátrico en pacientes de manga gástrica. (**Dom096**)



Conclusiones: La prevalencia preoperatoria de *Helicobacter pylori* fue de 46,6%. La tasa de erradicación documentada posterior al primer tratamiento fue de 71,7%. El 12,6% de las piezas quirúrgicas aún mostró infección por *H. pylori*. Se identificó discordancia entre la prueba de erradicación y la histopatología de la pieza quirúrgica en algunos pacientes. La evaluación histopatológica de la pieza de manga gástrica representa una herramienta complementaria para detectar infección persistente. Es indispensable fortalecer los protocolos de seguimiento y confirmar la erradicación en todos los pacientes antes de la cirugía. Una observación científica: en lugar de escribir

que “las tasas de erradicación son del 80-90%”, puede fortalecerse el mensaje al indicar que “los esquemas cuádruples con bismuto alcanzan tasas de erradicación superiores al 90% en condiciones ideales, mientras que en la práctica clínica suelen situarse entre 80 y 90%”. Esa redacción es más precisa y está alineada con las guías de Maastricht VI y los consensos recientes.
Financiamiento: Ninguno.

Dom097

MIMETISMO CLÍNICO DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DIFUSO EN PACIENTES JÓVENES E IMPACTO DEL RETRASO DIAGNÓSTICO EN LA ATENCIÓN INICIAL: SERIE DE CASOS

A. C. Gamiño-Molinero, S. E. López-Castañeda, J. L. Rodríguez-Munguía, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chávez, UMSNH.

Introducción: El cáncer gástrico (CG) predomina en adultos mayores; aproximadamente sólo el 10% de los casos se diagnostica en pacientes hasta de 45 años. En los pacientes con cáncer gástrico de inicio temprano (CGIT) predomina la variedad histológica de tipo difuso, asociada a un comportamiento agresivo y a un marcado mimetismo clínico que retrasa el diagnóstico, lo que modifica negativamente el pronóstico. Identificar oportunamente su presentación inicial es fundamental para optimizar el abordaje clínico y mejorar la supervivencia.
Objetivo: Analizar las características clínicas y endoscópicas iniciales en una serie de casos de adenocarcinoma gástrico difuso (AGD) en pacientes jóvenes en Michoacán.
Reporte de casos: Se presenta una serie de tres pacientes femeninas jóvenes de 39 a 44 años, con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo. El cuadro clínico inicial se caracterizó por epigastralgia, reflujo gastroesofágico y disfagia, con un periodo de manejo prolongado en el medio privado anterior al abordaje especializado. La primera paciente acumuló un retraso diagnóstico de siete meses bajo tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) sin mejoría; la segunda paciente presentó un retraso de seis meses y sólo recibió manejo sintomático por reflujo; mientras que la tercera paciente fue tratada empíricamente durante varios meses bajo el diagnostico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) (**Tabla 1**). Tras la realización de una endoscopia digestiva alta (EDA), se observaron lesiones ulceradas Borrmann II, estenosis y afectación en antro y cardias. El estudio histopatológico definitivo confirmó en los tres casos el diagnóstico de AGD, según la clasificación de Lauren, con componente de células en anillo de sello. En el abordaje terapéutico, la primera paciente fue sometida a una gastrectomía subtotal e inició adyuvancia con oxaliplatino, leucovorina y 5-fluoracilo. La segunda paciente, tras documentarse mediante PET-CT una enfermedad en etapa clínica IV por actividad tumoral ganglionar supradiafragmática e infradiafragmática, afectación extraganglionar pancreática y ósea, inició quimioterapia paliativa con fluoropirimidina, oxaliplatino y nivolumab. La tercera paciente fue sometida a gastrectomía total y al tercer día desarrolló una fístula de gasto moderado (300 mL); evolucionó favorablemente con reincorporación a la dieta, pero la paciente decidió su alta voluntaria al quinto día posoperatorio.
Discusión: El CG es una neoplasia que se considera de la tercera edad y la edad mayor de 60 años es incluso un factor de riesgo; sin embargo, es crucial evaluar su aparición en jóvenes, ya que inician con síntomas idénticos a los de las patologías benignas comunes. Aunque no presentaron sangrado digestivo manifiesto, ni vómito persistente, la disfagia y la persistencia de los síntomas constituyeron datos que debieron indicar una reevaluación diagnóstica. Esta atribución inicial a trastornos benignos puede asociarse con intervalos diagnósticos prolongados y enfermedad avanzada al diagnóstico. Esto compromete drásticamente el pronóstico, la supervivencia y la calidad de vida, y limita las opciones terapéuticas a esquemas paliativos en la enfermedad metastásica.
Conclusiones: Es imperativo protocolizar la EDA temprana con biopsia en pacientes jóvenes que presenten disfagia, progresión de los síntomas o falta de respuesta al manejo inicial, con el fin de evitar retrasos diagnósticos que comprometan su pronóstico.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Diagnósticos presuntivos iniciales, manejo clínico y tiempo de retraso diagnóstico en pacientes jóvenes con adenocarcinoma gástrico difuso. (**Dom097**)

Caso	Edad	Presentación clínica inicial	Manejo clínico inicial	Retraso diagnóstico estimado	Diagnóstico definitivo
1	44 años	Síndrome de dispepsia	Inhibidores de la bomba de protones (IBP) sin mejoría clínica	7 meses	Adenocarcinoma gástrico difuso
2	40 años	Reflujo gastroesofágico, epigastralgia y disfagia	Manejo sintomático por reflujo (sospecha de uso de IBP)	6 meses	Adenocarcinoma gástrico difuso
3	39 años	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	Tratamiento prolongado en medio privado (sin especificar el uso de IBP; manejo empírico dirigido a ERGE)	Varios meses (no se especifica)	Adenocarcinoma gástrico difuso

Fuente: autoría propia.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**70-81

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx

Sesión de trabajos libres en cartel

Domingo 22 de noviembre de 2026

HÍGADO

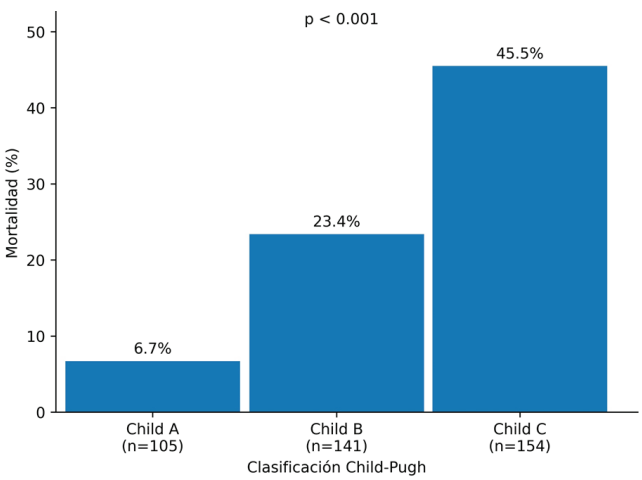
Dom098

COMPARACIÓN DEL DESEMPEÑO PRONÓSTICO DE CHILD-PUGH Y MELD PARA MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA: COHORTE RETROSPECTIVA DE 400 PACIENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. E. Cano-Sandoval, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La cirrosis hepática representa una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial y constituye una causa frecuente de hospitalización en centros de alta especialidad. La identificación temprana de pacientes con alto riesgo de muerte permite optimizar estrategias terapéuticas, vigilancia clínica y referencia oportuna para trasplante hepático. Las escalas de Child-Pugh y MELD son las herramientas pronósticas más utilizadas en la práctica clínica; sin embargo, existe información limitada sobre su desempeño comparativo en la población mexicana contemporánea, particularmente en un escenario epidemiológico caracterizado por el incremento de la enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD).
Objetivo: Comparar el desempeño pronóstico de Child-Pugh y MELD para predecir mortalidad e identificar factores asociados con este desenlace en pacientes con cirrosis hepática.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyó a pacientes adultos con diagnóstico de cirrosis hepática y se excluyó a aquéllos con información incompleta sobre mortalidad. Se recopilaron variables demográficas, etiología de la cirrosis, comorbilidades, clasificación de Child-Pugh, puntaje MELD y complicaciones relacionadas con hipertensión portal, incluidas ascitis, encefalopatía hepática, peritonitis bacteriana espontánea y várices esofágicas. Se efectuó análisis descriptivo, análisis bivariado y regresión logística multivariada para identificar factores asociados con mortalidad. La capacidad discriminativa de Child-Pugh y MELD se evaluó mediante curvas ROC y área bajo la curva (AUC).
Resultados: Se analizó a 400 pacientes, de los cuales 110 (27,5%) fallecieron. La edad media fue de 58 años y predominó el sexo masculino. Las etiologías más frecuentes fueron enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (32,5%), hepatitis viral (20,0%) y enfermedad hepática relacionada con alcohol (10,0%). La distribución de la cohorte según Child-Pugh fue: A 26,3%, B 35,3% y C 38,5%.
La mortalidad mostró un incremento progresivo conforme avanzó la clasificación de Child-Pugh (**Figura 1**) y se registraron tasas de 6,7% en Child A, 23,4% en Child B y 45,5% en Child C (p < 0,001). En comparación con los pacientes Child A, los pacientes Child B presentaron un OR de 4,28 (IC95%, 1,81-10,11), mientras que los pacientes Child C mostraron un OR de 11,67 (IC95%, 5,09-26,75) para mortalidad. En el análisis multivariado, la clasificación de Child-Pugh (OR, 2,72; IC95%, 1,89-3,92; p < 0,001) y la presencia de ascitis (OR, 2,35; IC95%, 1,31-4,21; p = 0,004) se asociaron de manera independiente con mortalidad. No se identificaron diferencias significativas en mortalidad entre las principales etiologías de cirrosis. La capacidad discriminativa para mortalidad fue similar entre Child-Pugh y MELD (AUC 0,716 vs. 0,713).

Figura 1. Asociación entre la clasificación de Child-Pugh y la mortalidad hospitalaria en pacientes con cirrosis hepática. Se observó un incremento progresivo y significativo de la mortalidad conforme aumentó la gravedad de la enfermedad hepática, con tasas de 6,7%, 23,4% y 45,5% en los grupos Child-Pugh A, B y C, respectivamente (p < 0,001). En comparación con los pacientes clasificados como Child-Pugh A, aquéllos con Child-Pugh B presentaron un OR para mortalidad de 4,28 (IC95%, 1,81-10,11), mientras que los pacientes Child-Pugh C mostraron un OR de 11,67 (IC95%, 5,09-26,75), lo que revela una relación escalonada entre el deterioro de la función hepática y el riesgo de muerte. (**Dom098**)



0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Conclusiones: La mortalidad en pacientes con cirrosis hepática aumentó significativamente conforme avanzó la clasificación de Child-Pugh. Los pacientes Child C presentaron más de 11 veces mayor riesgo de mortalidad en comparación con los pacientes Child A. La clasificación de Child-Pugh y la presencia de ascitis fueron predictores independientes de mortalidad. Child-Pugh mostró una capacidad discriminativa para mortalidad comparable a MELD, lo que respalda su utilidad como herramienta simple, accesible y de amplia disponibilidad para la estratificación pronóstica de pacientes con cirrosis hepática en la práctica clínica.
Financiamiento: Ninguno.

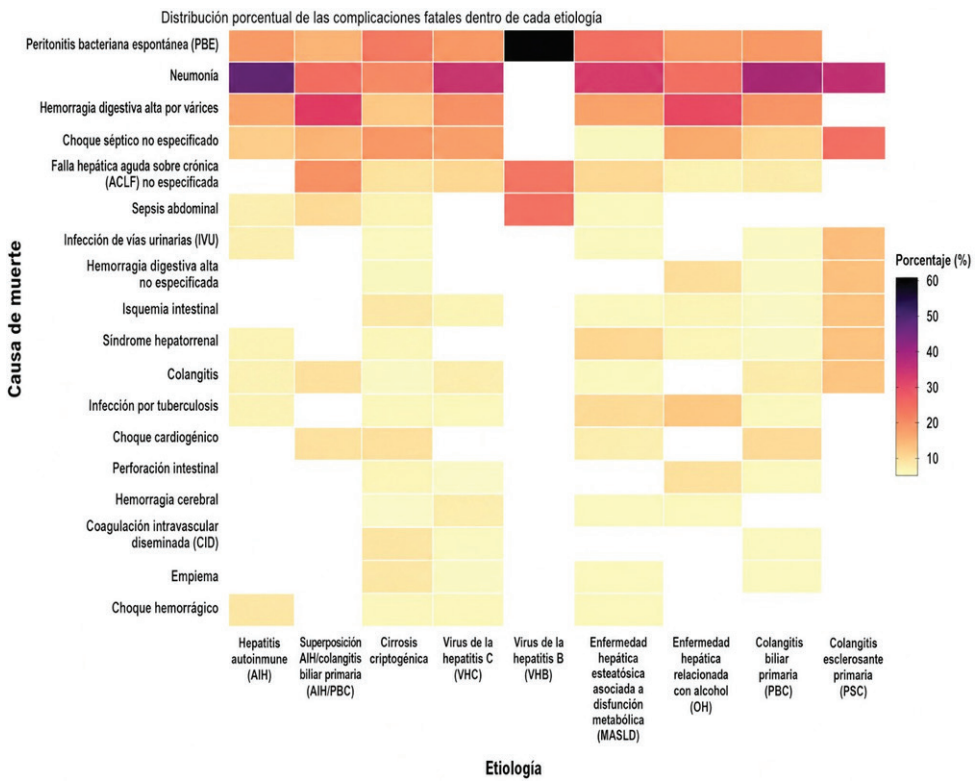
Dom099

PATRONES DE MORTALIDAD Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA CIRROSIS HEPÁTICA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO A DIEZ AÑOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN TERCIARIA EN MÉXICO

L. D. Nieblas-Beltrán, B. A. Priego-Parra, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La cirrosis hepática es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, con más de un millón de muertes anuales, especialmente en países de ingresos bajos y medios. En México, se ubica sistemáticamente entre las cinco principales causas de muerte en adultos. A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, la disfunción inmunológica adquirida en estos pacientes aumenta significativamente el riesgo de infecciones graves, sobre todo en etapas avanzadas. En este contexto, identificar las causas específicas de muerte es crucial para optimizar las estrategias preventivas y terapéuticas.
Objetivo: Evaluar las características clínicas y las causas de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática entre 2015 y 2025, y analizar si existen diferencias en las causas y la edad de fallecimiento entre las distintas etiologías de la enfermedad.
Material y métodos: Se realizó un estudio analítico retrospectivo que incluyó casos de pacientes fallecidos con cirrosis hepática entre 2015 y 2025, con la causa de muerte especificada. Los datos recopilados incluyeron la etiología de la cirrosis, las causas de muerte, las comorbilidades, la edad al fallecer y las puntuaciones de Child-Pugh, MELD y MELD-Na. Se utilizaron estadísticas descriptivas e inferenciales para el análisis. Las comparaciones de medias se realizaron mediante ANOVA o la prueba de Kruskal-Wallis, según correspondiera.
Resultados: En esta cohorte se estudió a 401 pacientes, con predominio de mujeres (n = 249; 62%) y una edad media de 59,5 años. Las etiologías más frecuentes de cirrosis fueron VHC (n = 85; 21,1%), criptogénica (n = 79; 19,7%), MASLD (n = 55; 13,7%), CBP (n = 50; 12,4%), alcohol (n = 42; 10,4%) y otras. La clase C de Child-Pugh fue la más común (n = 231; 57,6%), y las puntuaciones medias de MELD y MELD-Na fueron de 18,3 y 20,8, respectivamente. Las causas más frecuentes de mortalidad relacionadas con la hipertensión portal (n = 104; 25,9%) fueron la hemorragia por várices (n = 54; 13,5%), la insuficiencia hepática aguda sobre crónica (n = 19; 4,7%) y la encefalopatía hepática (n = 17; 4,2%). Las infecciones (n = 239; 59,6%), como la neumonía (n = 99; 24,7%), la peritonitis bacteriana espontánea (n = 53; 13,2%) y el choque séptico inespecífico (n = 35; 8,7%), fueron las principales etiologías de mortalidad no asociadas a complicaciones hepáticas (n = 297; 74%). Los patrones de mortalidad fueron similares entre sexos (**Figura 1**). No se observaron diferencias significativas en las causas de muerte entre las diferentes etiologías de la cirrosis hepática. Sin embargo, se observaron dos diferencias estadísticamente significativas en el grupo de hepatitis autoinmune (HAI): los pacientes con HAI tuvieron una edad significativamente mayor al fallecer en comparación con aquéllos con cirrosis criptogénica y MASLD, con diferencias medias de 12,57 años (IC95%, 2,25–22,89; p = 0,007) y 13,46 años (IC95%, 3,58–23,33; p = 0,002), respectivamente.
Conclusiones: Las causas de muerte más frecuentes en pacientes con cirrosis hepática fueron las complicaciones infecciosas, como la neumonía, la peritonitis bacteriana espontánea y el choque séptico inespecífico. La hemorragia digestiva alta fue la causa hepática de muerte más común. No se encontraron diferencias significativas en las causas de mortalidad ni en la edad al fallecimiento entre sexos, ni entre las diferentes etiologías de la cirrosis. Sin embargo, los pacientes con hepatitis autoinmune presentaron una edad significativamente mayor al fallecer en comparación con aquéllos con cirrosis criptogénica y MASLD, lo que indica una mayor supervivencia en esta cohorte.
Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Causas de mortalidad según la etiología de la enfermedad hepática. (**Dom099**)



Dom100

NO TODO ES MASLD: DILI/HILI SUBRECONOCIDO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA EVALUADO POR RUCAM

M. Haro-Limón, C. E. Osorio-Rivas, M. G. Reyes-Zermeño, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) frecuentemente coexiste con polifarmacia y consumo de productos herbolarios. En este contexto, las alteraciones de las pruebas de función hepática pueden atribuirse al componente metabólico, lo que dificulta la identificación de lesión hepática inducida por fármacos o herbolaria (DILI/HILI).
Objetivo: Describir las características clínicas, bioquímicas, exposiciones sospechosas y evaluación de causalidad mediante RUCAM en pacientes con MASLD y sospecha de DILI/HILI.
Reporte de casos: Serie retrospectiva de casos obtenida mediante revisión de 15 expedientes de pacientes con MASLD y sospecha de hepatotoxicidad. Se incluyó a nueve pacientes con información suficiente y causalidad posible o probable de acuerdo con RUCAM. Se excluyeron dos casos clasificados como improbables y cuatro pendientes o no evaluables por información insuficiente. La mediana de RUCAM fue de 5 puntos, con intervalo de 4 a 7; tres casos (33,3%) se clasificaron como probables y seis (66,7%) como posibles. El patrón bioquímico predominante fue mixto en seis pacientes (66,7%), seguido del hepatocelular en dos (22,2%) y colestásico en uno (11,1%). Se documentó exposición a atorvastatina en seis casos (66,7%), habitualmente en un contexto de polifarmacia. Otros agentes sospechosos fueron productos herbolarios, rosuvastatina, upadacitinib, leflunomida, sulfasalazina, liraglutida, ceftriaxona y tratamientos anti-HER2. Ocho pacientes presentaron disminución de las alteraciones bioquímicas durante el seguimiento; en un caso, la cronología de los controles disponibles no permitió evaluar adecuadamente la evolución posterior al evento. Las características individuales de los casos, el agente sospechoso, el patrón bioquímico, la puntuación RUCAM y la evolución se muestran en la **Tabla 1**.
Discusión: La coexistencia de MASLD, comorbilidades cardiometabólicas y múltiples exposiciones potencialmente hepatotóxicas dificulta establecer la causalidad de las alteraciones hepáticas. La aplicación retrospectiva de RUCAM permitió seleccionar casos clínicamente plausibles; sin embargo, la información incompleta, las exposiciones concomitantes y la ausencia de reexposición limitaron la certeza diagnóstica. La mejoría bioquímica observada no puede atribuirse exclusivamente a la suspensión del agente sospechoso, debido a que el retiro del medicamento no estuvo documentado sistemáticamente.
Conclusiones: En pacientes con MASLD y alteraciones bioquímicas hepáticas debe realizarse una revisión sistemática de medicamentos, productos herbolarios, temporalidad y causas alternativas. RUCAM puede apoyar la evaluación de causalidad y evitar que todas las alteraciones hepáticas sean atribuidas automáticamente al componente metabólico.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom101

CREATININA SÉRICA BASAL COMO VALOR PRONÓSTICO DE DESENLACES RENALES ADVERSOS EN PACIENTES CON PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA TRATADOS CON ALBÚMINA

L. A. González-Torres, R. Raquel-Reséndez, J. García-Uribe, J. E. Méndez-Benítez, L. Santoyo-Fexas, J. M. Millán-Alanís, J. O. Jáquez-Quintana, H. J. Maldonado-Garza, C. A. Cortez-Hernández, Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL

Introducción: La lesión renal aguda (LRA) es una de las principales complicaciones y determinantes de mortalidad en pacientes con cirrosis y peritonitis bacteriana espontánea (PBE). Aunque la administración de albúmina reduce el riesgo de deterioro renal, un subgrupo de pacientes desarrolla desenlaces renales adversos a pesar del tratamiento. La identificación temprana de estos pacientes podría optimizar la estratificación del riesgo y la toma de decisiones clínicas. El objetivo de este estudio fue evaluar el valor pronóstico de la creatinina sérica basal para predecir desenlaces renales adversos en pacientes con PBE tratados con albúmina.
Objetivo: Determinar el valor pronóstico de la creatinina sérica basal para predecir desenlaces renales adversos e identificar el umbral óptimo de riesgo en pacientes con peritonitis bacteriana espontánea tratados con albúmina.
Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a pacientes hospitalizados con cirrosis y PBE tratados con albúmina de acuerdo con las recomendaciones de las guías clínicas. Se definió un desenlace renal adverso compuesto (DRAC) como el desarrollo de lesión renal aguda (LRA) en pacientes que previamente no la tenían, la persistencia de LRA en pacientes que ya la tenían o la necesidad de terapia de reemplazo renal (TRR); todo se evaluó mediante la medición de la creatinina antes y después de finalizar el esquema de albúmina. Se excluyó a los pacientes que no recibieron albúmina. Se usaron curvas ROC y se construyó un modelo de regresión logística para identificar los predictores independientes de desenlaces renales adversos y evaluar el desempeño del modelo pronóstico.
Resultados: Se incluyó a 72 pacientes con cirrosis y PBE tratados con albúmina; 35 (48,6%) desarrollaron un DRAC. La creatinina sérica basal mostró una capacidad discriminativa adecuada para predecir DRAC (AUC, 0,702; IC95%, 0,583–0,804; p = 0,0014). El punto de corte histórico de > 1,0 mg/dL presentó una sensibilidad del 77,1% y una especificidad del 54,1%, y esta cohorte

Tabla 1. Casos con sospecha de DILI/HILI en MASLD y causalidad por RUCAM. (**Dom100**)

Caso	Agente causal sospechoso	Patrón bioquímico	RUCAM	Sospecha clínica documentada	*Dechallenge*/seguimiento
Caso 1	Ganoderma/Reishi	Colestásico	7/probable	Sí	Mejoría documentada
Caso 2	Herbolaria ± estradiol	Mixto colestásico	6/probable	Sí	Mejoría documentada
Caso 3	Upadacitinib ± leflunomida/atorvastatina	Hepatocelular	5/posible	No	Seguimiento compatible
Caso 4	Rosuvastatina/polifarmacia cardiometabólica	Mixto	4/posible	No	No documentado
Caso 5	Sulfasalazina, hidroxicloroquina, analgésicos, atorvastatina	Hepatocelular	4/posible	No	Mejoría documentada
Caso 6	Liraglutida ± atorvastatina	Mixto	5/posible	No	Dechallenge positivo
Caso 7	Trastuzumab-deruxtecan/emtansina	Mixto colestásico	6/probable	Sí	Mejoría parcial
Caso 8	Atorvastatina ± ceftriaxona	Mixto	5/posible	No	Mejoría tras ajuste
Caso 9	Sin agente claro; alternativa autoinmune/colestásica	Mixto/colestásico	3/improbable	No	No concluyente
Caso 10	Sin exposición clara documentada	Mixto	2/improbable	No	No concluyente

Características de los casos con DILI/HILI posible o probable según RUCAM. El patrón bioquímico se definió mediante la relación R y la evolución corresponde a los cambios en las pruebas hepáticas durante el seguimiento, sin implicar necesariamente un dechallenge documentado. DILI, lesión hepática inducida por fármacos; HILI, lesión hepática inducida por herbolaria; MASLD, enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica; RUCAM, Roussel Uclaf causality assessment method.

identificó un punto de corte óptimo de > 1,2 mg/dL, con una sensibilidad del 65,7% y una especificidad del 73,0%. Los pacientes con creatinina > 1,2 mg/dL presentaron mayor frecuencia de persistencia de LRA (35% vs. 6,3%; p = 0,04) y de DRAC (62,5% vs. 31,3%; OR, 3,66; IC95%, 1,37-9,80; p = 0,008). En el análisis multivariado, la creatinina > 1,2 mg/dL se asoció de forma independiente con DRAC (OR, 3,78; IC95%, 1,21-11,73; p = 0,022), junto con bilirrubina total > 7,2 mg/dL (OR, 3,71; IC95%, 1,22-11,34; p = 0,021) y la presencia de choque (OR, 3,98; IC95%, 1,18-13,41; p = 0,026). El modelo final mostró una adecuada capacidad de discriminación (AUC, 0,795; IC95%, 0,683-0,881) (**Tabla 1**).
Conclusiones: En pacientes con PBE tratados con albúmina, un umbral basal de creatinina > 1,2 mg/dL mejoró la estratificación del riesgo frente al punto de corte tradicional y se asoció de forma independiente con desenlaces renales adversos. Estos hallazgos respaldan su validación en cohortes prospectivas.
Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Resultado del análisis de curvas ROC y modelo multivariado. (**Dom101**)

Variable	Resultado
AUC para DRAC	**0,702 (IC95%, 0,583-0,804); p = 0,0014**
Punto de corte histórico	**> 1,0 mg/dL**
Sensibilidad/especificidad	**77,1%/54,1%**
Punto de corte derivado de la cohorte	**> 1,2 mg/dL**
Sensibilidad/especificidad	**65,7%/73,0%**
OR para DRAC (análisis univariado)	**3,66 (IC95%, 1,37-9,80); p = 0,008**
OR ajustado para DRAC*	**3,78 (IC95%, 1,21-11,73); p = 0,022**

*Ajustado por bilirrubina total > 7,2 mg/dL y presencia de choque. AUC del modelo multivariado: 0,795 (IC95%, 0,683-0,881).

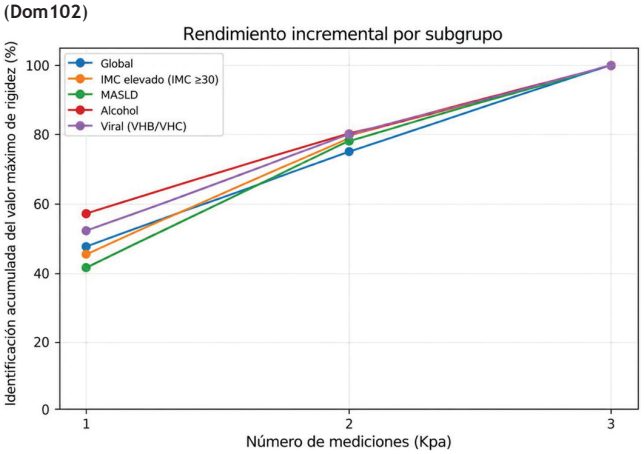
Dom102

TRES DIFERENTES PUNTOS DE MEDICIÓN CON ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN: ESTRATEGIA PARA REDUCIR LA SUBESTIMACIÓN DE RIGIDEZ HEPÁTICA EN ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA

C. Montes-Castellanos, O. Morales-Gutiérrez, A. D. Santana-Vargas, F. Higuera-De-La-Tijera, D. N. Urzúa-Pérez, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La fibrosis hepática presenta una distribución heterogénea dentro del parénquima hepático, lo que puede limitar la capacidad diagnóstica de la elastografía de transición por vibración controlada (ETVC) cuando se utilizan protocolos simplificados basados en una sola medición. Las mediciones secuenciales podrían incrementar la detección de valores de rigidez hepática clínicamente relevantes y reducir la subestimación de fibrosis avanzada.
Objetivo: Evaluar si la realización de mediciones en tres diferentes puntos mediante elastografía de transición por vibración controlada incrementa la probabilidad de identificar valores máximos de rigidez hepática y reduce la subestimación potencial de fibrosis clínicamente relevante en pacientes con enfermedad hepática crónica.
Material y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo que incluyó a pacientes con enfermedad hepática crónica sometidos a elastografía de transición por vibración controlada (ETVC). Se realizaron tres mediciones secuenciales de acuerdo con los estándares de calidad del fabricante: una en el sitio convencional y dos adicionales a 5 cm por arriba y debajo del punto estándar. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y bioquímicas. El análisis evaluó el rendimiento diagnóstico incremental de adquisiciones secuenciales y se utilizó como referencia operativa el valor máximo obtenido en cada tríada. El desenlace principal fue la capacidad de cada estrategia para coincidir con el valor máximo potencial clínicamente relevante.
Resultados: Se analizó a 300 pacientes (58,7 ± 13,7 años). La etiología más frecuente fue METALD (43,7%), seguida de hepatopatía alcohólica (14,9%) y MASLD (13,6%). La mediana global de rigidez hepática fue de 7,9 kPa (IQR, 5,3-19,1). Una sola medición coincidió con el valor máximo de rigidez hepática en 47% de los pacientes; una segunda adquisición incrementó esta proporción a 75,3% (IC95%, 70,7-80,0%) como se muestra en la **Figura 1**. Las adquisiciones adicionales reclasificaron a 17 pacientes hacia categorías ≥ 10 kPa y a 18 hacia ≥ 15 kPa. El análisis exacto de McNemar mostró diferencia significativa para el punto de corte ≥ 7 kPa (OR, 0,46; IC95%, 0,23-0,91; p = 0,034).

Figura 1. Rendimiento incremental de adquisiciones seriadas de elastografía transitoria controlada por vibración para identificar el valor máximo de rigidez hepática, globalmente y según los subgrupos etiológicos y metabólicos. (**Dom102**)



Conclusiones: Las mediciones multipunto mediante ETVC incrementaron la identificación del valor máximo de rigidez hepática observado y redujeron la posible subestimación de umbrales clínicamente relevantes, en particular en pacientes con obesidad y MASLD. Estos hallazgos sugieren que una estrategia secuencial podría mejorar la evaluación no invasiva de fibrosis; sin embargo, se requieren estudios con estándar de referencia para confirmar su efecto diagnóstico.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom103

CURSO CLÍNICO DE LA CIRROSIS DESCOMPENSADA ASOCIADA A MASLD: MENOR GRAVEDAD, MAYOR RECURRENCIA HOSPITALARIA

J. A. Velarde-Chávez, D. K. Tapia-Calderón, J. M. Aldana-Ledesma, E. S. García-Jiménez, M. Lazcano-Becerra, J. J. López-Rivas, G. Valdez-Romero, D. Lagos-Prieto, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, Hospital México Americano

Introducción: La esteatosis hepática metabólica (MASLD) se ha convertido en una de las principales causas de cirrosis a nivel mundial. Sin embargo, el perfil clínico y los desenlaces de los pacientes hospitalizados con cirrosis descompensada asociada a MASLD aún están insuficientemente caracterizados.
Objetivo: Comparar las características clínicas y los desenlaces de los pacientes hospitalizados con cirrosis descompensada asociada a MASLD frente a aquéllos con cirrosis descompensada de etiología no relacionada con MASLD. Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a pacientes hospitalizados con cirrosis descompensada. Se analizaron las características demográficas, las puntuaciones de gravedad de la enfermedad hepática, los patrones de descompensación, la insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF) y los reingresos hospitalarios de acuerdo con la etiología de la cirrosis.
Resultados: Se incluyó a 200 pacientes con cirrosis, con una media de edad de 55,8 ± 12,3 años; el 67,5% correspondió a hombres. Las principales etiologías fueron la enfermedad hepática relacionada con el consumo de alcohol (53,0%), MASLD (26,5%) y hepatitis viral (10,0%). La mayoría de los pacientes presentaba disfunción hepática avanzada, clasificada como Child-Pugh B/C (86%). Las descompensaciones más frecuentes fueron ascitis (41,0%), infecciones (38,0%), encefalopatía hepática (35,5%) y hemorragia gastrointestinal (30,0%). En comparación con otras etiologías, los pacientes con cirrosis asociada a MASLD presentaron puntuaciones MELD más bajas (17 [RIC: 13-20,5]

vs. 19 [RIC: 14-27]; p = 0,039) y puntuaciones MELD-Na más bajas (19 [RIC: 15,5-26] vs. 24 [RIC: 16-30]; p = 0,017). A pesar de la menor gravedad de la enfermedad, la cirrosis asociada a MASLD se relacionó con mayor riesgo de reingreso hospitalario (24,5% vs. 10,9%; OR: 2,66; IC95%, 1,17-6,04; p = 0,016) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Asociación entre la etiología MASLD y los desenlaces clínicos en pacientes con cirrosis hepática. (**Dom103**)

Desenlace	MASLD, n (%)	No MASLD, n (%)	OR (IC95%)	p
Ascitis	22 (41,5)	60 (40,8)	1,03 (0,54-1,95)	0,930
Encefalopatía hepática	16 (30,2)	55 (37,4)	0,72 (0,37-1,42)	0,346
Hemorragia gastrointestinal	18 (34,0)	42 (28,6)	1,29 (0,66-2,52)	0,463
Infección	21 (39,6)	55 (37,4)	1,10 (0,58-2,09)	0,777
Lesión renal aguda	33 (62,3)	90 (61,2)	1,05 (0,55-2,00)	0,894
ACLF	21 (39,6)	68 (46,3)	0,76 (0,40-1,44)	0,405
Reingreso hospitalario	13 (24,5)	16 (10,9)	2,66 (1,17-6,04)	0,016

OR, razón de momios; IC95%, intervalo de confianza del 95%; ACLF, insuficiencia hepática aguda sobre crónica; RIC, rango intercuartílico.

Conclusiones: La cirrosis descompensada asociada a MASLD presenta un fenotipo clínico distinto, caracterizado por una menor gravedad bioquímica durante la hospitalización, pero un mayor riesgo de reingreso hospitalario. Estos hallazgos destacan la necesidad de implementar estrategias al egreso adaptadas específicamente a esta población.
Financiamiento: No se requirió financiamiento.

Dom104

POLIAUTOINMUNIDAD EXTRAHEPÁTICA Y SU ASOCIACIÓN CON CIRROSIS EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

M. Baca-García, V. López-Ladrón-De-Guevara, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática autoinmune crónica caracterizada por destrucción progresiva de los conductos biliares intrahepáticos, colestasis y progresión a fibrosis avanzada y cirrosis. Con frecuencia se asocia con enfermedades autoinmunes extrahepáticas (EAI), como hipotiroidismo primario, síndrome de Sjögren y esclerosis sistémica. Sin embargo, el efecto de la coexistencia de múltiples EAI sobre la gravedad de la enfermedad hepática no se encuentra claramente establecido.
Objetivo: Describir el perfil de enfermedades autoinmunes extrahepáticas concomitantes y analizar la asociación entre poliautoinmunidad y cirrosis hepática en pacientes con CBP.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de CBP y al menos una EAI concomitante. Se definió poliautoinmunidad como la presencia de dos o más EAI extrahepáticas. La cohorte estuvo conformada exclusivamente por pacientes con CBP y EAI concomitante. Se realizó análisis descriptivo y se estimó la asociación entre poliautoinmunidad y cirrosis hepática mediante razones de momios (*odds ratio*, OR) con intervalos de confianza al 95% (IC95%), con uso de tablas de contingencia 2 × 2 y prueba exacta de Fisher.
Resultados: Se incluyó a 94 pacientes, todas mujeres, con mediana de edad de 56 años. La frecuencia de cirrosis fue de 67,0% y la de descompensación hepática de 41,5%. Las EAI más frecuentes fueron hipotiroidismo primario (45,7%), síndrome de Sjögren (38,3%) y esclerosis sistémica (35,1%). La poliautoinmunidad se identificó en 32 de 94 pacientes (34,0%), como se observa en la **Tabla 1**, y fue más frecuente en pacientes con cirrosis que en aquéllos sin cirrosis: 26/63 (41,3%) vs. 6/31 (19,4%), respectivamente. La poliautoinmunidad se asoció significativamente con cirrosis hepática (OR, 2,93; IC95%, 1,03-8,31; p = 0,039).

Tabla 1. Asociación entre poliautoinmunidad y cirrosis en pacientes con colangitis biliar primaria. (**Dom104**)

	Cirrosis	Sin cirrosis	Total
Poliautoinmunidad (≥ 2 EAI)	26	6	32
1 EAI	37	25	62

EAI, enfermedades autoinmunes extrahepáticas.

Conclusiones: En esta cohorte de mujeres con CBP y EAI concomitantes, la poliautoinmunidad fue frecuente y se asoció con mayor probabilidad de cirrosis hepática. Estos hallazgos sugieren que la poliautoinmunidad podría representar un fenotipo clínico asociado con enfermedad hepática más avanzada; no obstante, se requieren estudios prospectivos para confirmar esta asociación.
Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento de ningún tipo.

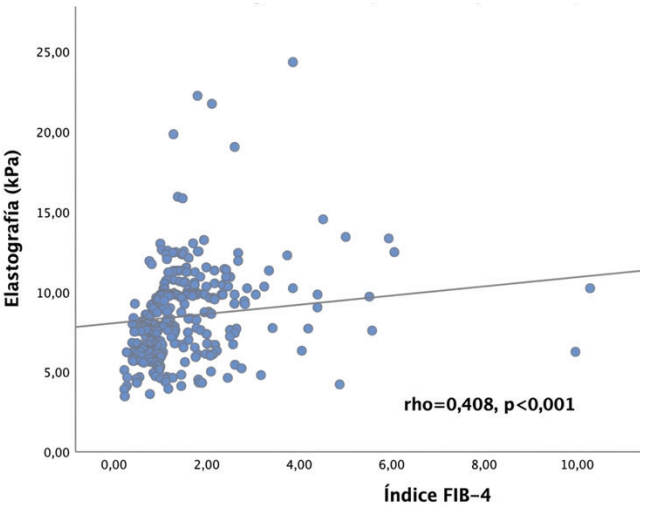
Dom105

CONCORDANCIA ENTRE ÍNDICE FIB-4 Y ELASTOGRAFÍA BIDIMENSIONAL EN LA EVALUACIÓN DE FIBROSIS HEPÁTICA AVANZADA SECUNDARIA A METOTREXATO

D. S. Espinosa-Castrejón, F. D. Martínez-Sánchez, S. M. Armendáriz-Pineda, G. Barrientos-Cabrera, E. Venegas-González, A. M. Vargas-Beltrán, M. E. Vega-Memije, A. García-Peña, R. Rivera-Martínez, Grupo Colaborativo: Departamento de Hepatología e Imagenología, Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: El metotrexato (MTX) se asocia con toxicidad hepática caracterizada por esteatohepatitis y fibrosis hepática (FH). Las guías actuales de la American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) recomiendan su monitorización periódica mediante pruebas seriadas y métodos no invasivos (índice FIB-4 y elastografía), especialmente ante factores de riesgo metabólico o consumo de alcohol.
Objetivo: Evaluar la correlación del FIB-4 con la detección de fibrosis hepática avanzada mediante elastografía bidimensional (SWE) en pacientes con daño hepático inducido por MTX.
Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en pacientes expuestos a MTX. Se estratifico el riesgo por FIB-4 con puntos de corte ajustados por edad: < 1,3 (< 65 años) o < 2,0 (≥ 65 años) para bajo riesgo; 1,3/2,0-2,67 para riesgo intermedio; > 2,67 para alto riesgo. La FH avanzada se determinó mediante SWE con umbral de rigidez hepática de ≥ 9 kPa, método que ha demostrado correlación moderada con FIB-4 (r = 0,529) y mayor precisión diagnóstica (AUROC 0,88 vs. 0,74) para la detección de FH. Se empleó el coeficiente rho de Spearman para el análisis de correlación.
Resultados: Se incluyó a 274 participantes (91,25% de mujeres; edad promedio de 53 ± 14 años). La mediana del FIB-4 fue 1,21 (RIQ: 0,84-1,80) y la rigidez hepática promedio fue de 8,52 ± 3,11 kPa. Según la categoría de riesgo del FIB-4 de riesgo (bajo, intermedio y alto), la rigidez hepática mediana fue de 7,51, 9,72 y 9,80 kPa, respectivamente. La prevalencia de FH avanzada aumentó de manera progresiva según el estrato de riesgo: 24,1% en riesgo bajo, 58,4% en riesgo intermedio y 70,4% en riesgo alto. Se documentó correlación positiva estadísticamente significativa entre FIB-4 y rigidez hepática por SWE (rho de Spearman = 0,408, p < 0,001) (**Figura 1**). Diagrama de dispersión simple de KPa por FIB-4.
Conclusiones: El índice FIB-4 mostró correlación positiva moderada con la rigidez hepática medida por SWE (rho = 0,408, p < 0,001). La prevalencia de fibrosis hepática avanzada aumentó progresivamente según la categoría de riesgo (24,1%, 58,4% y 70,4%, respectivamente). Aunque el FIB-4 es útil como tamizaje inicial, la presencia de fibrosis avanzada en el 24,1% del grupo de bajo riesgo justifica un enfoque secuencial combinado con elastografía para optimizar la detección, especialmente en riesgos intermedio y alto.
Financiamiento: Este trabajo no contó con financiamiento.

Figura 1. Diagrama de dispersión simple de KPa por FIB-4. (**Dom105**)



Dom106

FENOTIPO INTESTINAL Y HEPATOBILIAR EN COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA ASOCIADA A COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA: PANCOLITIS Y CURSO HEPATOBILIAR AVANZADO DE UNA COHORTE MEXICANA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Espinoza-López, V. López-Ladrón-De-Guevara, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colangitis esclerosante primaria (CEP) asociada a colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) constituye un fenotipo intestino-hepatobiliar caracterizado por colitis extensa, discordancia entre síntomas y actividad endoscópica y riesgo de progresión hepática. La baja expresión clínica intestinal puede subestimar la inflamación y retrasar la vigilancia endoscópica. En México, la información local sobre su presentación, gravedad hepatobiliar y manifestaciones extraintestinales es limitada.

Objetivo: Describir el fenotipo intestinal y hepatobiliar de pacientes con CEP-CUCI atendidos en un hospital mexicano de tercer nivel y compararlo exploratoriamente con pacientes con CEP sin CUCI.

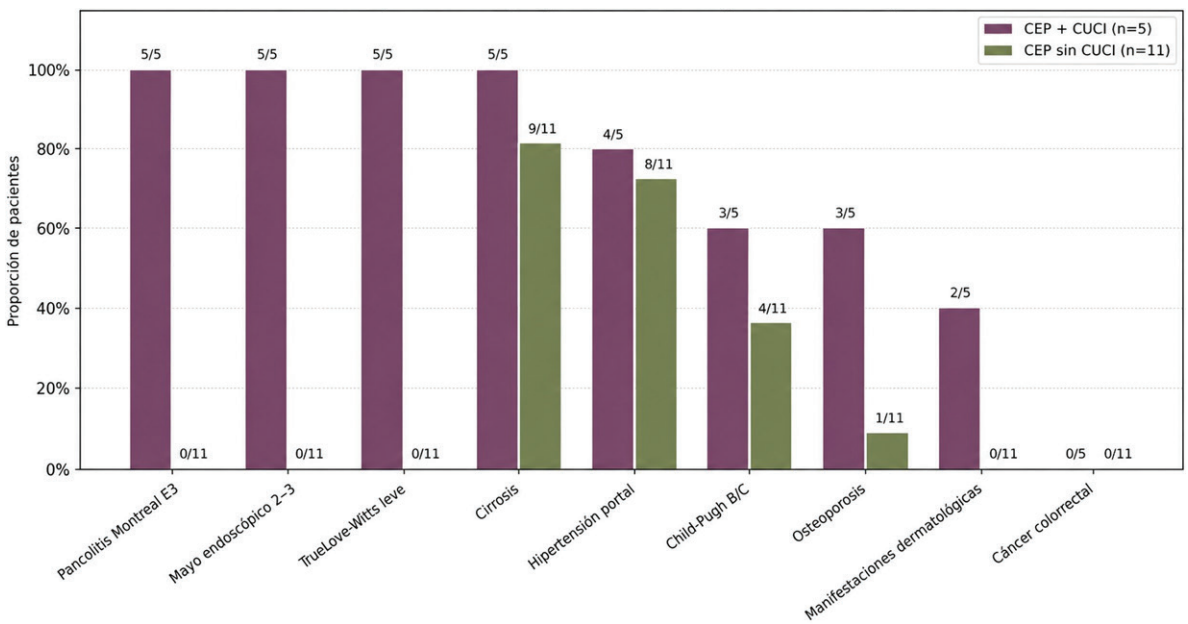
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo-comparativo realizado entre 2021 y 2024. Se incluyó a pacientes con CEP definida por criterios clínicos, bioquímicos y colangiográficos. Se conformaron dos grupos: CEP-CUCI y CEP sin CUCI. Se revisaron expedientes clínicos, informes de colonoscopia, estudios de imagen y resultados de laboratorio disponibles. La CUCI se confirmó mediante criterios clínicos, endoscópicos e histológicos. El fenotipo intestinal se caracterizó mediante extensión de Montreal, actividad endoscópica de Mayo y gravedad clínica de Truelove-Witts. La evaluación hepatobiliar incluyó cirrosis, hipertensión portal, clasificación de Child-Pugh y puntajes MELD y MELD-Na. También se registraron osteoporosis y manifestaciones dermatológicas. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y proporciones, y las continuas mediante medianas. Las comparaciones entre grupos fueron exploratorias dado el tamaño muestral.

Resultados: Se incluyó a 16 pacientes; 5 presentaron CUCI asociada y 11 no tuvieron CUCI. En el grupo CEP-CUCI, los cinco pacientes presentaron pancolitis Montreal E3 y actividad endoscópica moderada a grave (Mayo 2-3); sin embargo, los cinco se clasificaron clínicamente como leves según Truelove-Witts. Esta discordancia evidenció que la evaluación clínica aislada puede infraestimar la actividad intestinal. El compromiso hepatobiliar fue avanzado: 5/5 (100%) tenían cirrosis, 4/5 (80%) hipertensión portal y 3/5 (60%) se encontraban en clase de Child-Pugh B o C. La mediana de MELD fue 10 y la de MELD-Na 8. La osteoporosis se documentó en 3/5 pacientes con CEP-CUCI frente a 1/11 con CEP sin CUCI (60% vs. 9,1%; p = 0,063). Las manifestaciones dermatológicas se observaron en 2/5 frente a 0/11, respectivamente (40% vs. 0%; p = 0,083) (**Figura 1**). Aunque las diferencias no alcanzaron significación estadística, mostraron una mayor carga clínica en el grupo con CUCI y deben interpretarse con cautela por el número reducido de pacientes. No se documentó cáncer colorrectal durante el periodo analizado.

Conclusiones: En esta cohorte mexicana, la CEP-CUCI se caracterizó por pancolitis, actividad endoscópica moderada a grave, escasa expresión clínica intestinal y enfermedad hepatobiliar avanzada. La clasificación clínica leve no excluyó inflamación endoscópica relevante, por lo que la ausencia de síntomas intensos no debe disminuir la vigilancia. Los hallazgos respaldan un seguimiento multidisciplinario que integre evaluación hepatobiliar, colonoscopia periódica y valoración de salud ósea y manifestaciones extraintestinales. Aunque no se identificó cáncer colorrectal, la combinación de CEP y pancolitis justifica vigilancia colonoscópica estrecha. El diseño retrospectivo, el tamaño muestral y la procedencia de un centro limitan la generalización y la inferencia causal; se requieren cohortes multicéntricas con seguimiento longitudinal. Estos hallazgos identifican áreas prioritarias para vigilancia clínica integral.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Comparación entre pacientes con CEP asociada a CUCI y pacientes con CEP sin CUCI. (**Dom106**)



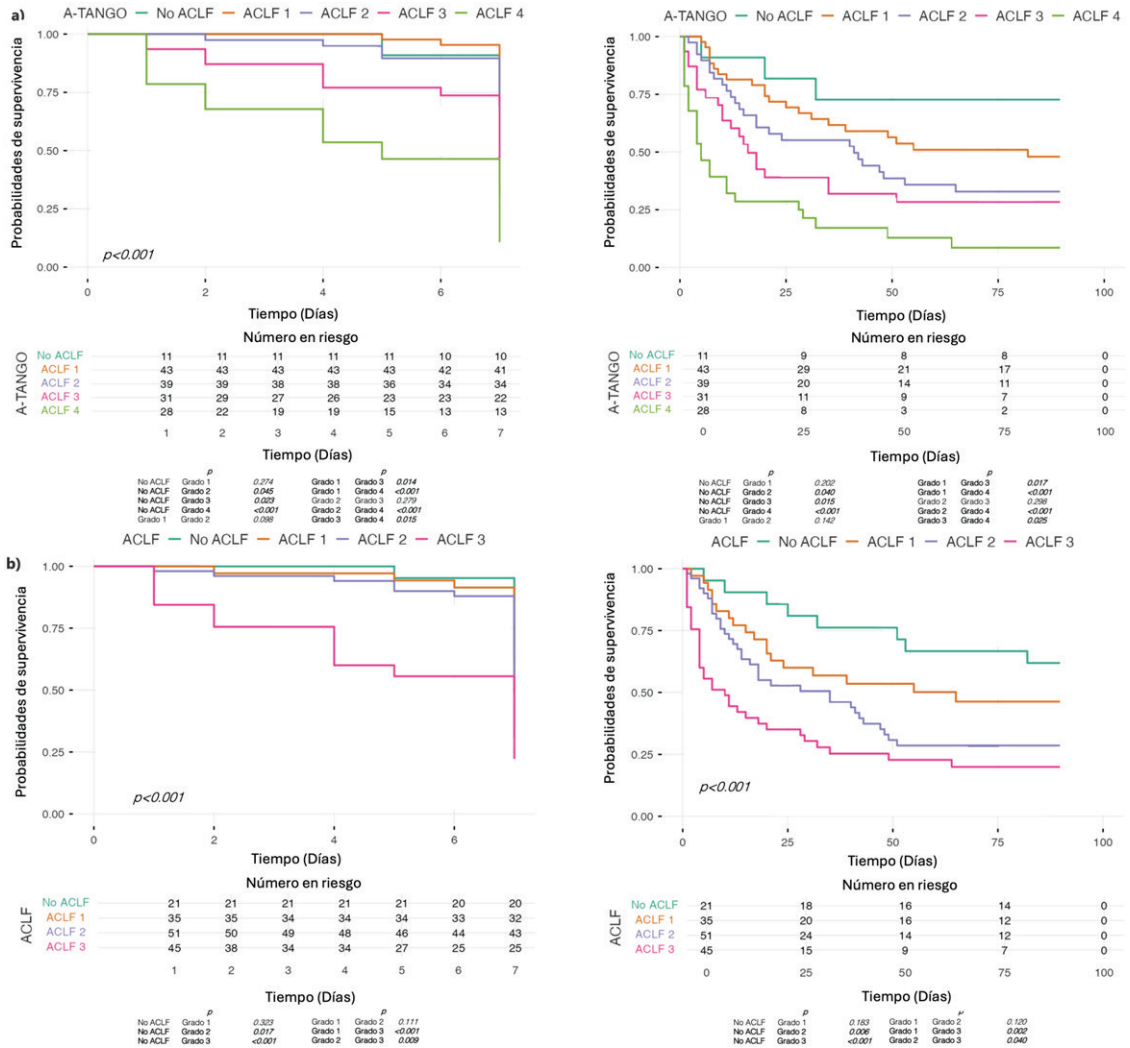
Dom107

UNA COMPARATIVA ENTRE LA DEFINICIÓN DE EASL-CLIF Y A-TANGO PARA INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA (ACLF) EN POBLACIÓN MEXICANA

C. D. López-López, O. Méndez-Guerrero, Y. Meraz-Arredondo, A. Carranza-Carrasco, O. S. Pineda-Arzate, I. García-Juárez, G. Castro-Narro, A. Torre, N. Navarro-Álvarez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La insuficiencia hepática aguda sobre crónica o ACLF es un síndrome que se presenta en pacientes con cirrosis agudamente descompensada, se caracteriza por una o más fallas orgánicas y se asocia con muy alta mortalidad a corto plazo. Los criterios diagnósticos más ampliamente utilizados son los propuestos por la Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL-CLIF). Recientemente se ha propuesto la nueva clasificación de A-TANGO OF que actualiza los criterios de falla orgánica e incorpora un cuarto grado de ACLF para mejorar la identificación y estratificación de los pacientes.
Objetivo: Comparar la clasificación de los pacientes mediante los criterios de A-TANGO OF y EASL-CLIF, evaluar la concordancia y reclasificación entre ambos sistemas y determinar su capacidad para estratificar la mortalidad a corto plazo.
Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte con seguimiento de 90 días en pacientes con cirrosis descompensada ingresados a urgencias. El desenlace primario fue la supervivencia libre de trasplante. Se recolectaron al ingreso datos clínicos y de laboratorio. La presencia y el grado de ACLF se determinaron mediante los criterios de EASL-CLIFy A-TANGO. Después de determinar la normalidad de los datos se realizaron las pruebas U de Mann-Whitney para datos cuantitativos y x^2 de Pearson para variables categóricas. La identificación de cada tipo de falla se comparó entre ambas clasificaciones mediante la prueba de McNemar. La supervivencia se estimó mediante curvas de Kaplan-Meier y las diferencias entre los grados de ACLF se evaluaron con la prueba de log-rank.
Resultados: Se incluyó a un total de 152 pacientes, 141 (92,7%) diagnosticados con A-TANGO ACLF y 131 (86,1%) con EASL-CLIF ACLF. Hasta 28 (18,4%) de los pacientes se reclasificaron como grado 4 de ACLF A-TANGO. Se observó un porcentaje más alto ($p < 0,05$) de falla en la coagulación (36,9% vs. 25,2%) y respiratoria (44,7% vs. 18,3%), así como una disminución en el diagnóstico de falla hepática (33,8% vs. 51,9%) de acuerdo con A-TANGO.
Las curvas de Kaplan-Meier demostraron diferencias significativas en la supervivencia libre de trasplante entre los grados de ACLF durante el seguimiento a 7 y 90 días para ambas clasificaciones. Sin embargo, se observó una separación limitada entre los pacientes con descompensación aguda sin ACLF y aquéllos clasificados como grado 1 con ambas definiciones (**Figura 1**).
Conclusiones: A-TANGO clasificó a una mayor proporción de pacientes con ACLF que EASL-CLIF y modificó la identificación de las fallas orgánicas, particularmente al reconocer con mayor frecuencia fallas de coagulación y respiratorias. Ambas definiciones estratificaron significativamente la supervivencia libre de trasplante de acuerdo con el grado de ACLF, aunque mostraron una separación limitada entre la descompensación aguda sin ACLF y el grado 1. La incorporación del grado 4 por A-TANGO permitió identificar un subgrupo con 4 o más fallas orgánicas y la menor supervivencia, lo que podría aportar una estratificación más detallada de los pacientes con ACLF de máxima gravedad.
Financiamiento: Este trabajo fue financiado con apoyo de la beca SECIHTI 2214746.

Figura 1. Curvas de supervivencia a 7 y 90 días de acuerdo con la definición de A-TANGO (a) y EASL-CLIF (b). (**Dom107**)



Dom108

COSTOS EN CIRROSIS HEPÁTICA: LA GRAVEDAD CLÍNICA SUPERA A LA ETIOLOGÍA COMO DETERMINANTE ECONÓMICO

F. Arreola-Banda, K. A. Torres-Barrera, J. I. Carrillo-Rojas, A. H. P. Hernández-Borjón, V. Rodríguez-Granados, F. U. Villegas-García, G. Morales-Osorio, M. Castillo-Barradas, UMAE Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La cirrosis hepática genera una carga económica considerable para los sistemas de salud. Aunque distintas etiologías pueden asociarse con perfiles clínicos diferentes, su efecto independiente sobre los costos de atención no está claramente definido.
Objetivo: Evaluar diferencias en los costos de pacientes con cirrosis según la etiología.
Material y métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes adultos con cirrosis atendidos en un hospital de tercer nivel en México (2020–2025). Se analizaron costos directos del primer año mediante catálogos institucionales oficiales. La etiología se clasificó en metabólica, alcohólica, viral y autoinmune. Se realizó una restricción de la cohorte para obtener grupos comparables en edad y gravedad hepática. Dado que los costos mostraron distribución no normal, se expresaron como mediana (RIC) y se compararon mediante Kruskal–Wallis, análisis *post hoc* con prueba de Dunn para comparaciones múltiples y corrección de Bonferroni.
Resultados: Se incluyó a 195 pacientes; 60,4% de mujeres, edad mediana de 60 años (RIC, 52–65) y MELD-Na 13 (RIC, 9–19); Child-Pugh A 38%, B 40,5% y C 21,5%. Se identificaron diferencias globales en los costos según la etiología (H = 9,08, p = 0,028). Las etiologías autoinmune y metabólica representaron los mayores costos, mientras que la alcohólica mostró los menores. La hospitalización fue el principal determinante del costo en todos los grupos, lo que representó entre 64,0% y 70,8% del total (**Tabla 1**). Sin embargo, ninguna comparación por pares permaneció significativa tras corrección de Bonferroni.
Conclusiones: La hospitalización fue el principal componente del costo en todos los grupos etiológicos. Tras obtener grupos comparables en edad y gravedad hepática, las diferencias económicas entre etiologías fueron limitadas y no persistieron en el análisis *post hoc* corregido. Estos hallazgos sugieren que la gravedad clínica, la descompensación y la necesidad de hospitalización tienen mayor peso económico que la etiología de base.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom109

MASLD Y HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS SECUNDARIOS A *H. PYLORI*

A. E. Jiménez-Partida, M. A. Jiménez-Luévano, A. Bravo-Cuéllar, M. A. Jiménez-Partida, Y. Cortés-Aguilar, Z. E. Domínguez-Hernández, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: La esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD) es la principal causa de daño hepático en México y en el mundo, con una prevalencia global hasta del 70% de la población. Los factores genéticos (PNPLA3 1148M, HSD17B13, MTAR1, TM6SF2) y epigenéticos (como sobrepeso, obesidad, dislipidemia y sedentarismo) modulan su progresión. Se ha documentado que la infección por *H. pylori* afecta a más del 50% de la población y que, a través de vías de señalización como NF-κB, se sobreexpresan citocinas proinflamatorias en ambas entidades (IL-1, IL-8, IL-6, TNF-alfa e interferón gamma, entre otras), lo que pudiera constituir un factor adicional que incrementa la inflamación, la fibrosis y, al final, el riesgo de cáncer.
Objetivo: Valorar si la infección y el daño gástrico histológico por *H. pylori* constituyen un factor de riesgo adicional para el desarrollo de esteatosis hepática.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional de cohorte prospectiva, con seguimiento de los mismos pacientes durante cuatro años en el Hospital del ISSSTE en Zapopan, Jalisco, México. Se evaluó a 210 pacientes portadores de *H. pylori* con sintomatología de síndrome doloroso abdominal alto, mediante estudios endoscópicos e histológicos para determinar la gravedad del daño histológico. El diagnóstico de MASLD se estableció mediante estudios ecosonográficos y FibroScan, pruebas de función hepática (TGO, TGP, DHL, FA, GGT), biometría hemática, química sanguínea, perfil lipídico, perfil tiroideo e índice de masa corporal (IMC). Se registraron edad, género, prevalencia y razón de momios (*odds ratio*).
Resultados: De 210 pacientes con diagnóstico de infección por *H. pylori* mediante biopsia gástrica, se diagnosticaron 79 con esteatosis y hallazgos histológicos de *H. pylori*. Los hallazgos histológicos fueron: metaplasia gástrica en 39 pacientes (49,3%), displasia en 15 (19%) y linfoma gástrico en 2 (3%), con metaplasia y displasia combinadas en el 68,3% de los casos, y gastritis crónica grave en el 31,7%. Por género: 45 pacientes femeninos (57%) y 34 masculinos (43%), con una edad media de 51,5 ± 14,8 años y un IMC medio de 32 ± 14,8. En cuanto a comorbilidades: obesidad en 57 pacientes (72%), diabetes mellitus en 16 (20%) y dislipidemia en 6 (8%), con una prevalencia combinada entre ambas entidades del 38% y una razón de momios (*odds ratio*)

Tabla 1. Desglose de costos según la etiología de cirrosis (mediana [RIC]). (**Dom108**)

Componente de costo	MASLD (n = 86)	Alcohol (n = 19)	Viral (n = 49)	Autoinmune (n = 41)
Costo total	**MXN** 259 931 (182 303–310 306) **USD** 13 545 (9 495–16 170)	**MXN** 154 854 (97 246–352 681) **USD** 8 069 (5 068–18 378)	**MXN** 171 981 (103 805–304 567) **USD** 8 962 (5 409–15 871)	**MXN** 274 798 (187 533–444 242) **USD** 14 320 (9 772–23 150)
Estudios de imagen	**MXN** 2 276 (846–7 863) **USD** 119 (44–410)	**MXN** 4 732 (2 013–11 134) **USD** 247 (105–580)	**MXN** 2 859 (846–8 184) **USD** 149 (44–426)	**MXN** 5 899 (1 692–8 184) **USD** 307 (88–426)
Estudios de laboratorio	**MXN** 12 443 (8 750–17 062) **USD** 648 (456–889)	**MXN** 13 527 (9 293–16 498) **USD** 705 (484–860)	**MXN** 9 451 (6 494–14 889) **USD** 492 (338–776)	**MXN** 13 820 (9 054–16 150) **USD** 720 (472–841)
Estudios endoscópicos	**MXN** 15 721 (7 860–27 835) **USD** 819 (410– 1 450)	**MXN** 12 114 (6 057–17 848) **USD** 631 (316–930)	**MXN** 12 114 (4 254–19 975) **USD** 631 (222–1 041)	**MXN** 12 114 (7 860–27 835) **USD** 631 (410–1 450)
Consulta externa	**MXN** 32 120 (20 440–43 800) **USD** 1 674 (1 065–2 283)	**MXN** 23 360 (14 600–40 880) **USD** 1 217 (761–2 130)	**MXN** 20 440 (14 600–29 200) **USD** 1 065 (761–1 522)	**MXN** 29 200 (23 360–49 640) **USD** 1 522 (1 217–2 587)
Atención en urgencias	**MXN** 7 714 (3 857–11 571) **USD** 402 (201–603)	**MXN** 7 714 (0–11 571) **USD** 402 (0–603)	**MXN** 3 857 (0–11 571) **USD** 201 (0–603)	**MXN** 3 857 (3 857–11 571) **USD** 201 (201–603)
Hospitalización	**MXN** 165 198 (120 144–210 252) **USD** 8 609 (6 261–10 956)	**MXN** 105 126 (45 054–247 797) **USD** 5 478 (2 348–12 913)	**MXN** 105 126 (60 072–225 270) **USD** 5 478 (3 130–11 739)	**MXN** 180 216 (120 144–330 396) **USD** 9 391 (6 261–17 217)

Kruskal–Wallis: H = 9,08, p = 0,028 para costo total. Valores expresados como mediana (RIC). Costos en pesos mexicanos (MXN); conversión a dólares estadounidenses (USD) con tipo de cambio promedio 2025 de 19,19 MXN/USD. MASLD, enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica; MXN, pesos mexicanos; USD, dólares estadounidenses.

de 1,65. Los valores medios de laboratorio fueron: TGO 42, TGP 50, DHL 308, FA 167 y GGT 194. La **Tabla 1** muestra los resultados.
Conclusiones: Existe una alta prevalencia de estas dos entidades, MASLD y *H. pylori*, y su asociación en este estudio es alta. Se ha documentado en metaanálisis el riesgo de esteatosis y esteatohepatitis asociado a *H. pylori*; sin embargo, a mayor daño histológico se infiere que *H. pylori* incrementaría el daño hepático, por lo que pudiera constituir una entidad adicional y un factor pronóstico de MASLD. Se sugieren estudios multicéntricos para valorar su probable incremento de riesgo.
Financiamiento: Este estudio no tiene financiamiento.

Tabla 1. Tabla de resultados: MASLD y hallazgos endoscópicos secundarios a *H. pylori*. (**Dom109**)

Categoría	Resultados
Población de estudio	210 pacientes con *H. pylori* (100%) • 79 con esteatosis y hallazgos histológicos de *H. pylori* (37.6%)
Hallazgos histológicos (n = 79)	Metaplasia gástrica: 39 (49,3%) • Displasia: 15 (19%) • Linfoma gástrico: 2 (3%) • Metaplasia + displasia: 68,3% • Gastritis crónica grave: 31,7%
Características demográficas (n = 79)	Femenino: 45 (57%) • Masculino: 34 (43%) • Edad media: 51,5 ± 14,8 años • IMC medio: 32 ± 14,8 kg/m²
Comorbilidades (n = 79)	Obesidad: 57 (72%) • Diabetes mellitus: 16 (20%) • Dislipidemia: 6 (8%)
Asociación MASLD + *H. pylori*	Prevalencia combinada: 38% • **Razón de momios (OR): 1,65**
Laboratorio (valores medios)	TGO: 42 • TGP: 50 • DHL: 308 • FA: 167 • GGT: 194

Dom110

FAMILIARIDAD, ACTITUDES Y PRÁCTICAS CLÍNICAS SOBRE MASLD ENTRE MÉDICOS MEXICANOS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL

A. M. C. Rousselin-Jaboulay, M. A. Lozano-Moreno, R. H. Raña-Garibay, Hospital Español

Introducción: La esteatosis hepática metabólica (MASLD), término adoptado en 2023 mediante el consenso Delphi, es la hepatopatía crónica más frecuente a nivel mundial, con una prevalencia superior al 30% en adultos. En México, la prevalencia de obesidad en adultos mayores de 20 años es de 42% y la de MASLD se estima en 41,3%, lo que la sitúa entre las más altas del mundo. Las guías EASL-EASD-EASO 2024 establecen que la estratificación de riesgo debe iniciarse mediante FIB-4 independientemente de los valores de ALT. Un estudio mexicano reciente documentó que el 90% de los médicos generales no solicita pruebas de funcionamiento hepático sistemáticamente y el 94% desconoce que la fibrosis es el principal factor pronóstico de MASLD. Encuestas en España documentaron que sólo la mitad de los médicos de atención primaria utiliza el FIB-4 a pesar de conocerlo. Caracterizar cómo se han incorporado estas recomendaciones en la práctica clínica mexicana es el paso necesario antes de diseñar intervenciones educativas e implementar rutas diagnósticas a nivel nacional.
Objetivo: Describir la familiaridad, las actitudes y las prácticas clínicas relacionadas con MASLD entre médicos mexicanos de distintos niveles de atención, especialidades e instituciones de salud.
Material y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se aplicó un cuestionario CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) de 31 reactivos en cuatro bloques (datos demográficos, familiaridad con las recomendaciones, confianza percibida, práctica clínica real), desarrollado a partir de las guías EASL-EASD-EASO 2024. Muestreo no probabilístico por conveniencia en médicos de instituciones públicas y privadas de múltiples estados de México (n = 161). Análisis descriptivo de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. El diseño descriptivo y el muestreo por conveniencia limitan la generalización de los hallazgos a la población médica nacional.
Resultados: El 76% refirió conocer bien el término MASLD y el 57% declaró conocer bien el FIB-4; sin embargo, sólo el 34% lo calculó en ≥ 6 de los últimos 10 pacientes candidatos, lo que revela una brecha entre familiaridad declarada y práctica real. El 46% aplica el ajuste del FIB-4 según la edad del paciente. El 50% conoce correctamente la indicación de vigilancia de carcinoma hepatocelular, mientras el 29% la sobreestima y la indica en todos los pacientes con MASLD. El 78% de los encuestados respondió correctamente el escenario clínico en el que se evaluaba si se calculaba el FIB-4 en un paciente con riesgo metabólico, pese a una ALT normal, con diferencias por nivel de atención: tercer nivel 83%, segundo nivel 87% y primer nivel 37%. Los gastroenterólogos y hepatólogos mostraron mayor uso real del FIB-4 que internistas o médicos generales. La principal barrera identificada para implementar las recomendaciones diagnósticas sobre MASLD en la práctica clínica fue la falta de protocolos institucionales. El 91% solicitó material educativo adicional.
Conclusiones: Se documenta una brecha significativa entre la familiaridad declarada con las recomendaciones sobre MASLD y su incorporación en la práctica clínica, en particular en el primer nivel de atención y en especialidades no hepatológicas. La barrera principal identificada no es el desconocimiento sino la ausencia de protocolos institucionales. Estos hallazgos sustentan la necesidad de rutas diagnósticas estructuradas para facilitar la detección temprana de fibrosis hepática en México.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom111

ASOCIACIÓN ENTRE LA SALUD BUCODENTAL Y LOS DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES CON CIRROSIS EN PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO

E. Linden-Torres, J. Gotés-Palazuelos, I. García-Juárez, C. Hernández-Hernández, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La cirrosis hepática representa una causa importante de morbimortalidad a nivel mundial y el trasplante hepático constituye el único tratamiento curativo en la enfermedad avanzada. La salud bucodental ha adquirido relevancia durante la evaluación pretrasplante debido a su asociación con inflamación sistémica, complicaciones infecciosas y peores desenlaces clínicos a través del eje boca-intestino-hígado.
Objetivo: Evaluar la asociación entre la salud bucodental y los desenlaces clínicos, incluidos mortalidad por cualquier causa, descompensaciones hepáticas y trasplante hepático, en pacientes con cirrosis en protocolo de trasplante.
Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes ≥ 18 años con cirrosis hepática evaluados por el servicio de estomatología como parte del protocolo de trasplante entre enero de 2000 y febrero de 2025. Se definió enfermedad bucodental como la presencia de al menos una de las siguientes condiciones diagnosticadas durante la valoración estomatológica: caries, enfermedad periodontal, restos radiculares o abscesos odontogénicos. La carga de enfermedad bucodental se definió como el número de tipos de patologías presentes en cada paciente. La asociación entre la enfermedad bucodental, la gravedad hepática (Child-Pugh, MELD/MELD-Na) y los desenlaces se analizó mediante pruebas x^2, U de Mann-Whitney, regresión de Cox multivariada ajustada por covariables predefinidas, además de curvas de Kaplan-Meier.
Resultados: Se incluyó a 515 pacientes, con predominio del sexo femenino (60,1%, n = 309) y edad media de 52,9 ± 11,7 años. La etiología más frecuente fue la cirrosis criptogénica (13,8%). La mortalidad por cualquier causa fue del 20,6% (n = 106) (**Tabla 1**). En el análisis multivariado de Cox, la enfermedad bucodental no se asoció significativamente con la mortalidad (HR 1,34; IC95%, 0,58-3,09; p = 0,48). Se observó una correlación positiva, aunque débil, entre el puntaje de Child-Pugh y la carga de enfermedad bucodental (r = 0,103; p = 0,020). Los pacientes con restos radiculares presentaron más descompensaciones durante el primer año (2,60 ± 5,68 vs. 1,51 ± 3,62; p = 0,0004). El 35,7% de los pacientes recibió trasplante hepático; los considerados aptos desde el punto de vista odontológico fueron trasplantados con

Tabla 1. Tabla de características generales de la población estudiada. (**Dom111**)

Variable	n (%)
Sexo femenino	309 (60,1%)
Edad (años), media ± DE	52,9 ± 11,7
Etiología: criptogénica	71 (13,8%)
Etiología: VHC	64 (12,4%)
Etiología: MASLD	59 (11,5%)
Child-Pugh A	83 (16,1%)
Child-Pugh B	283 (55,0%)
Child-Pugh C	149 (28,9%)
Comorbilidades	
• Diabetes tipo 2	157 (30,5%)
• Hipertensión arterial sistémica	83 (16,1%)
• Enfermedad renal crónica	32 (6,2%)
Enfermedad bucodental presente	465 (90,3%)
Trasplante hepático recibido	184 (35,7%)
Mortalidad por cualquier causa	106 (20,6%)

mayor frecuencia (48,7% vs.16,7%). Sólo el 56,5% de los trasplantados recibió seguimiento estomatológico posterior.

Conclusiones: La enfermedad bucodental no se asoció de manera independiente con la mortalidad global en esta cohorte. Sin embargo, una mayor carga de enfermedad bucodental se relacionó con mayor gravedad de la hepatopatía, y la presencia de restos radiculares se asoció con más descompensaciones hepáticas. Los pacientes aptos desde el punto de vista odontológico presentaron mayor probabilidad de recibir trasplante hepático. Estos hallazgos, junto con el limitado seguimiento estomatológico durante el proceso de trasplante, respaldan la incorporación de una atención odontológica temprana y continua en los pacientes con cirrosis candidatos a trasplante hepático.

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

Dom112

RENDIMIENTO DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA

L. D. Valdez-Vega, J. A. Aguado-Valerio, R. García-Santiago, R. A. Cruz-Nieves, A. N. Olivas-Rubio, A. Ramírez-Anzaldo, J. L. Acosta-Pineda, C. Morales-Limón, M. López-Sánchez, Hospital de Especialidades Puebla, IMSS

Introducción: La insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF) es un síndrome caracterizado por inflamación sistémica grave, falla orgánica múltiple y alta mortalidad a corto plazo. Aunque existen escalas pronósticas tradicionales como el CLIF-C ACLF y MELD, su disponibilidad o cálculo en urgencias puede ser limitado. El Índice neutrófilo-linfocito (INL) surge como un biomarcador accesible, económico y cuantitativo de la respuesta inflamatoria sistémica. El objetivo de este estudio fue evaluar la capacidad pronóstica del INL y su dinámica temporal para la predicción de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con ACLF atendidos en el Hospital de Especialidades de Puebla.

Objetivo: Determinar la capacidad predictiva de mortalidad a las 24 y 72 horas del Índice neutrófilos-linfocitos (INL) en comparación con los modelos internacionales como CLIF-C ACLF en pacientes con insuficiencia hepática aguda sobre crónica.

Material y métodos: Se realizará un estudio de tipo observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo en pacientes con el diagnóstico de ACLF atendidos en el Hospital de Especialidades Puebla dentro del período comprendido entre el mes de marzo del 2024 y febrero del 2026. Mediante un muestreo de casos consecutivo (n = 45) se comparará la precisión del INL frente al score CLIF C ACLF mediante el análisis de área bajo la curva ROC (AUROC) para predecir mortalidad intrahospitalaria de 24 a 72 horas.

Resultados: Un diagnóstico al ingreso de ACLF grado 3 predice una mortalidad del 82,4% con alta especificidad. La mortalidad global fue del 46,7% (21/45). Se observó una estratificación directa entre el grado de ACLF al ingreso y la mortalidad intrahospitalaria (p = 0,0014).

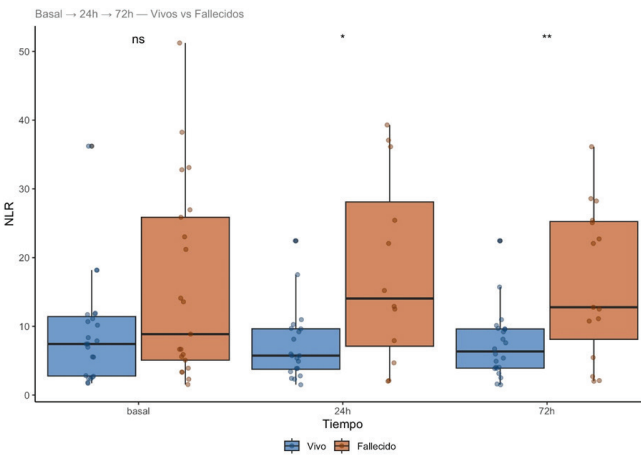
El análisis dinámico del INL a lo largo de las primeras 72 horas de ingreso reveló un comportamiento clínicamente significativo entre los pacientes (**Figura 1**), supervivientes y no supervivientes. Al momento del ingreso, los niveles de INL no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, registros de medianas de 6,31 (RIC, 3,71–9,87) en el grupo de vivos frente a 7,57 (RIC, 5,24–9,20) en el grupo de defunciones (p = 0,438). Una tendencia similar se mantuvo a las 24 horas del seguimiento, con valores de 5,49 (RIC, 3,15–7,31) contra 6,84 (RIC, 5,96–10,94), respectivamente (p = 0,179). Sin embargo, alcanzó significancia estadística (p = 0,029). Mientras que los pacientes supervivientes experimentaron una resolución progresiva del estado inflamatorio, evidenciada por un descenso sostenido del INL desde su valor basal hasta una mediana de 4,69 (RIC, 2,72–6,36), los pacientes fallecidos alcanzaron una mediana de 8,72 (RIC, 5,54–11,52).

Al evaluar la asociación entre el grado de respuesta inmune y la gravedad de la falla orgánica, el INL demostró una correlación positiva y estadísticamente significativa con las principales escalas pronósticas validadas. De manera relevante, el INL basal exhibió una correlación moderada-sólida con la escala CLIF-C ACLF (p = 0,514, p = 0,004). Esta asociación se fortaleció sustancialmente a las 24 horas de evolución, cuando el INL se correlacionó de forma más estrecha tanto con la puntuación de CLIF-C ACLF (p = 0,615, p = 0,005) como con el score MELD (p = 0,438, p = 0,028).

Conclusiones: La dinámica temporal del INL a las 72 horas es un predictor independiente y confiable de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con ACLF y supera la medición aislada al ingreso. Un INL elevado 72 horas evidencia la falta de resolución de la inflamación sistémica y lo consolida como una herramienta accesible para el monitoreo dinámico y la estratificación de riesgo en esta población.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Evolución del Índice neutrófilo-linfocito (INL). (**Dom112**)



El diagrama de cajas y bigotes evidencia la cinemática temporal del INL e ilustra una bifurcación clara a las 72 horas del ingreso.

Dom113

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES METABÓLICAS EN PACIENTES POSTRASPLANTE HEPÁTICO, EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

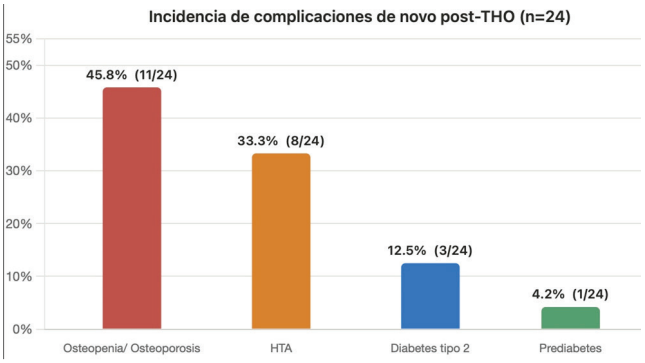
J. I. Hernández-Honorato, M. A. Rocha-Ramos, L. E. Cardona-Rodríguez, M. M. Alamilla-Pérez, F. I. García-Juárez, M. V. Ramos-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: El trasplante hepático (THO) prolonga la sobrevida de pacientes con hepatopatía terminal; sin embargo, el uso crónico de inmunosupresores se asocia con el desarrollo *de novo* de alteraciones metabólicas y óseas, entre ellas diabetes tipo 2, prediabetes, hipertensión arterial (HTA) y osteopenia/osteoporosis, que alteran la morbimortalidad a largo plazo del receptor.

Objetivo: Determinar la incidencia *de novo* de diabetes tipo 2, intolerancia a la glucosa, HTA y osteopenia/osteoporosis en pacientes post-THO de un

centro de tercer nivel, y explorar su posible relación con el esquema inmunosupresor empleado.
Reporte de casos: Se incluyó a 24 pacientes postrasplante hepático de un centro de tercer nivel. Se registraron variables demográficas, antropométricas, comorbilidades pretrasplante y postrasplante, e inmunosupresor utilizado (tacrolimus, ciclosporina, sirolimus, ácido micofenólico). La incidencia *de novo* se definió como la ausencia de la condición antes del THO y su presencia posterior. La asociación entre inmunosupresor y desenlace se evaluó mediante prueba exacta de Fisher. Los resultados de incidencia se resumen en la **Figura 1**.

Figura 1. Incidencia de complicaciones *de novo* postrasplante. (**Dom113**)



Discusión: Se analizó a 24 pacientes (13 mujeres, 11 hombres), con edad promedio de 61,3 ± 9,0 años. El IMC pasó de 25,8 ± 5,2 a 26,6 ± 5,3 kg/m² tras el trasplante. La complicación *de novo* más frecuente fue osteopenia/osteoporosis en 11 (45,8%), seguida de HTA en 8 (33,3%), diabetes tipo 2 en 3 (12,5%) y prediabetes en 1 (4,2%). El inmunosupresor más utilizado fue el tacrolimus (87,5%), seguido del ácido micofenólico (58,3%), la ciclosporina (8,3%) y el sirolimus (4,2%). Ningún fármaco mostró asociación estadísticamente significativa con las complicaciones evaluadas, aunque se observó una tendencia no significativa entre tacrolimus y menor frecuencia de osteopatía (p = 0,082). Por etiología, la hepatitis C se relacionó con la mayor proporción de diabetes *de novo* (50%) y la hepatitis autoinmune con la mayor frecuencia de HTA y osteopatía *de novo* (100% en ambas, n = 2).
Conclusiones: Las complicaciones óseas y cardiometabólicas son frecuentes después del trasplante hepático, y la osteopenia/osteoporosis y la HTA son las más prevalentes en esta cohorte. No se identificó una asociación estadísticamente significativa entre un inmunosupresor específico y el desarrollo de alguna de las complicaciones, probablemente por el tamaño de muestra limitado. Estos hallazgos sientan las bases para ampliar la cohorte y realizar un análisis multivariado que permita identificar factores de riesgo modificables en el seguimiento postrasplante.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

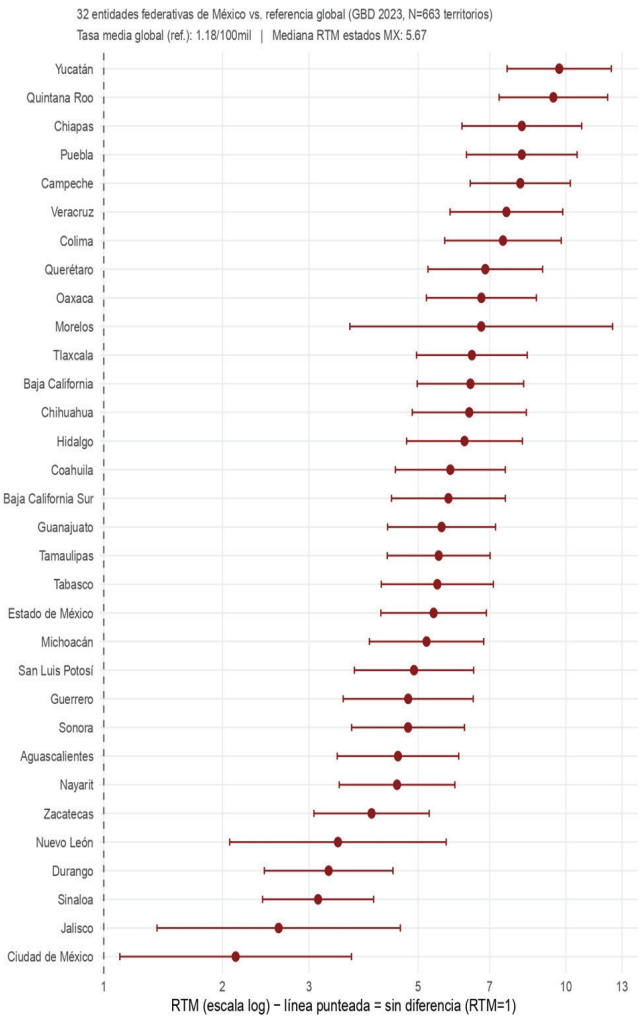
Dom114

MORTALIDAD POR MASLD EN LAS 32 ENTIDADES FEDERATIVAS DE MÉXICO FRENTE A LA REFERENCIA MUNDIAL: UN ANÁLISIS COMPARATIVO DEL GBD 2023

F. J. Avilés-Murguía, M. F. Pasos-Lara, A. Gordillo-Gómez, R. Méndez-Molina, Universidad Marista de Mérida

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) es la hepatopatía crónica más prevalente a nivel mundial, con aproximadamente 1 300 millones de afectados en 2023 y una prevalencia que ha aumentado más del 50% en tres décadas. Previamente en México se han descrito las tendencias de mortalidad y la carga en años de vida ajustados por discapacidad (DALY) por entidad federativa entre 1990 y 2023 mediante datos del Global Burden of Disease (GBD) 2023; sin embargo, la magnitud del exceso de mortalidad por MASLD en cada estado mexicano respecto de la referencia global no se ha cuantificado.
Objetivo: Comparar la mortalidad por MASLD en México con la mortalidad global registrada en 2023.
Material y métodos: Se trata de un análisis subnacional del estudio GBD 2023. Se extrajeron las tasas de mortalidad estandarizadas por edad (por 100 000 habitantes) por NAFLD con cirrosis (reinterpretado como MASLD bajo la nomenclatura actual) de los 32 estados mexicanos y los 663 territorios no mexicanos para ambos sexos. A través de modelos de regresión binominal negativa se calculó la razón de tasas de mortalidad (RTM) y sus intervalos de confianza del 95% para cada estado, en comparación con los 663 territorios no mexicanos. Los resultados se visualizaron mediante gráfica de bosque elaborada en RStudio.
Resultados: En 2023, la tasa de mortalidad por MASLD en México varió de 2,52 (Ciudad de México) a 11,48 (Yucatán) por 100 000 habitantes, frente a una referencia global de 1,18. Los 32 estados mexicanos presentaron una RTM por MASLD superior a la global, con significancia estadística en todos los casos (p < 0,05). El exceso relativo de mortalidad registró una mediana de 5,67. Yucatán (RTM = 9,69; IC95%, 7,59–12,37) y Quintana Roo (RTM = 9,43; IC95%, 7,31–12,16) concentraron el mayor exceso relativo, al ubicarse en el primer y segundo lugares a nivel mundial respectivamente, seguidos por Chiapas y Puebla en tercer y cuarto lugares, y Campeche en quinto. Mientras tanto, la Ciudad de México (RTM = 2,13; IC95%, 1,24–3,66) y Jalisco (RTM = 2,60; IC95%, 1,47–4,60) registraron los valores más bajos, aunque permanecieron por encima de la referencia global (**Figura 1**).
Conclusiones: En las 32 entidades federativas, la mortalidad por MASLD superó la referencia global con una heterogeneidad subnacional marcada, con la península de Yucatán en el primer lugar mundial. Este patrón generalizado es consistente con la prevalencia de obesidad y diabetes tipo 2 en este país y respalda la necesidad urgente de estrategias de salud públicas dirigidas a prevención primaria y secundaria.
Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Razón de tasas de mortalidad (RTM) por MASLD en las 32 entidades federativas de México respecto de la referencia global (GBD 2023; 663 territorios no mexicanos). Los puntos representan la RTM puntual y las líneas el IC95%. Elaboración propia. (**Dom114**)



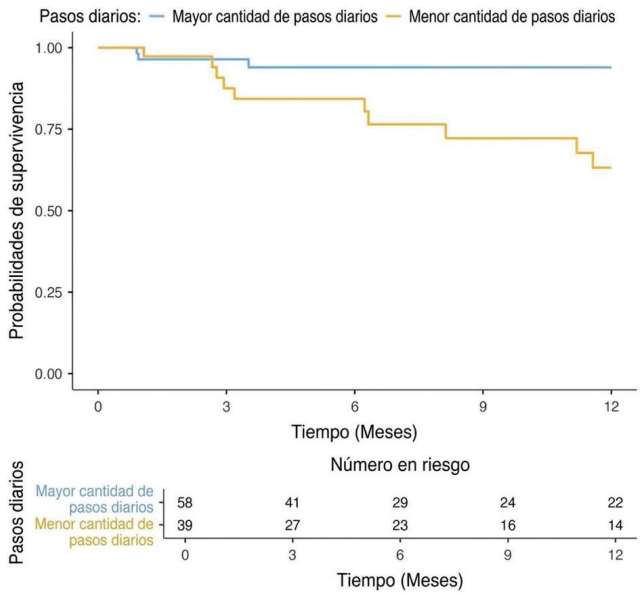
Dom115

CONTEO DE PASOS DIARIOS COMO INDICADOR PRONÓSTICO DE SUPERVIVENCIA EN ADULTOS CON CIRROSIS HEPÁTICA

A. López-Nepomuceno, S. O. Pineda-Arzate, A. Rosales-Padrón, O. Méndez-Guerrero, L. F. Rubio-Acosta, C. D. López-López, B. K. Alvarado-Gutiérrez, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La cirrosis hepática es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Aunque existen diversas herramientas pronósticas disponibles, el papel de las medidas objetivas de desempeño físico para predecir desenlaces clínicos aún no está claramente establecido.
Objetivo: Evaluar el efecto pronóstico del número de pasos diarios sobre la supervivencia, el desarrollo de insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF, por sus siglas en inglés) y el trasplante hepático en adultos con cirrosis.
Material y métodos: Este estudio de cohorte prospectiva incluyó a 98 pacientes ambulatorios con cirrosis hepática del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se recopilaron parámetros antropométricos, bioquímicos y clínicos. El estado funcional se evaluó mediante la escala ECOG, el índice de desempeño de Karnofsky y la distancia recorrida en la prueba de caminata de 6 minutos. El número de pasos diarios se midió con podometría (Garmin Vivosmart 5), tras calcular el promedio de tres días consecutivos. Los pacientes fueron seguidos durante 12 meses para evaluar hospitalizaciones, ACLF, trasplante hepático y mortalidad. Los análisis estadísticos incluyeron las pruebas t de Student para identificar diferencia de medias, U de Mann-Whitney para diferencia de medianas, x^2 o exacta de Fisher para diferencia de proporciones y finalmente curvas ROC, regresión de Cox y análisis de supervivencia de Kaplan-Meier para evaluar supervivencia y factores pronósticos.
Resultados: De los 98 pacientes incluidos, 48 (48,9%) presentaban cirrosis descompensada. El análisis ROC identificó < 3750 pasos diarios como el punto de corte óptimo para definir un rendimiento físico reducido. Un menor número de pasos diarios se asoció con mayor edad (51,0 vs. 56,5, p = 0,018) y menores puntuaciones en la escala de Karnofsky (37,9 vs. 72,5%, p < 0,001), pero no con las puntuaciones de Child-Pugh (p = 0,192) o MELD (p = 0,339). Un menor número de pasos diarios se asoció de manera independiente con mayor riesgo de ACLF (HR 3,07, p = 0,048) y mortalidad (HR 3,02, p = 0,021) (**Figura 1**), así como con una menor probabilidad de recibir un trasplante hepático (HR 0,52, p = 0,022). El número de pasos diarios mostró un mejor desempeño pronóstico de supervivencia general que la puntuación de Karnofsky (HR 3,0, p = 0,041) y la velocidad de marcha en 6 metros (HR 1,38, p = 0,673).

Figura 1. Curva de supervivencia de Kaplan-Meier en pacientes con cirrosis hepática de acuerdo con el número de pasos diarios. **(Dom115)**



Conclusiones: Un menor número de pasos diarios se asoció con el desarrollo de ACLF y con una mayor mortalidad, independientemente de las escalas convencionales de gravedad hepática, lo que respalda su utilidad como una herramienta pronóstica simple de evaluación de rendimiento físico, objetiva y de fácil implementación en pacientes con cirrosis.
Financiamiento: Este estudio no contó con algún financiamiento o patrocinio.

Dom116

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD POR ALMACENAMIENTO DE GLUCÓGENO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

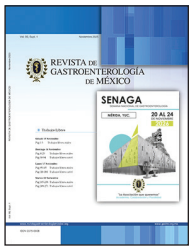
H. G. Corona-Pantoja, E. V. Estrada-Arce, L. E. Flores-Fong, K. J. Enríquez-Pérez, N. Hinojosa-Arellanes, Hospital Civil Juan I. Menchaca

Introducción: Las enfermedades por almacenamiento de glucógeno (GSD) son errores innatos del metabolismo causados por deficiencias enzimáticas que afectan la síntesis o degradación del glucógeno. Las formas con compromiso hepático presentan una incidencia estimada de 1 por cada 20 000–43 000 nacidos vivos y comprenden principalmente los tipos 0, I, III, IV, VI, IX y XI. En pediatría, las manifestaciones más frecuentes incluyen hepatomegalia, hipoglucemia de ayuno, alteraciones metabólicas y retraso del crecimiento, aunque el espectro clínico varía según el subtipo y la gravedad de la enfermedad. Debido a su baja prevalencia y a la escasa información proveniente de centros mexicanos, resulta relevante describir las características demográficas y las manifestaciones clínicas de esta población.
Objetivo: Caracterizar las variables demográficas, clínicas y bioquímicas de pacientes pediátricos con enfermedad por almacenamiento de glucógeno atendidos en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.
Reporte de casos: Se incluyó a seis pacientes pediátricos, con distribución similar por sexo (50% femenino). La mediana de edad al inicio de los síntomas fue de 6,5 meses (RIC, 3–22; rango, 2–27) y la mediana de edad al diagnóstico de 8 meses (RIC, 6–28; rango, 3–30). La hepatomegalia estuvo presente en todos los pacientes, y fue la principal manifestación clínica; el 33,3% presentó hipoglucemia y acidosis metabólica como manifestación inicial. La glucogenosis tipo I (IA e IB) fue el subtipo más frecuente (66,7%), seguida de los tipos IIIA y IX (16,7% cada uno). Al diagnóstico, el 50% de los pacientes presentaba desnutrición. Inicialmente, el 100% presentó hipertransaminasemia y el 66,7% hipoglucemia, hipertrigliceridemia y neutropenia; la mediana de lactato fue de 2,9 mmol/L (RIC, 1,6–4,8; rango, 1,1–5,3). Durante el seguimiento se observó resolución de la hipoglucemia e hiperuricemia, disminución de la hipertransaminasemia (100% a 16,7%) y de la neutropenia (66,7% a 33,3%), así como reducción de la mediana de lactato a 1,05 mmol/L (RIC, 0,8–1,1; rango, 0,5–1,8). En cuanto al estado nutricional, la frecuencia de desnutrición disminuyó del 50% al diagnóstico a 0% durante el seguimiento; sin embargo, el 50% de los pacientes desarrolló obesidad.
Discusión: Los hallazgos de esta serie son consistentes con lo reportado en las publicaciones médicas, en las que la hepatomegalia y las alteraciones metabólicas constituyen las principales manifestaciones de las glucogenosis hepáticas, con predominio de la glucogenosis tipo I. En esta cohorte, la mediana de edad al diagnóstico fue de 8 meses, menor a la descrita en otras series (34 meses), lo que probablemente refleja una sospecha clínica temprana y el abordaje en un centro de referencia. Además, el seguimiento mostró una mejoría notable de los parámetros bioquímicos tras el tratamiento nutricional y farmacológico.
Conclusiones: El diagnóstico temprano permitió iniciar oportunamente el tratamiento, en relación con una mejoría considerable del control metabólico, evidenciada por la resolución de la hipoglucemia e hiperuricemia, la disminución de la hipertransaminasemia y la neutropenia, así como por la reducción de los niveles séricos de lactato. Sin embargo, el desarrollo de obesidad en el 50% de los pacientes durante el seguimiento demuestra que el adecuado control metabólico no siempre se acompaña de un estado nutricional adecuado, por lo que es indispensable mantener un seguimiento multidisciplinario e individualizar el manejo nutricional.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**82-90

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres en cartel

Domingo 22 de noviembre de 2026

INTESTINO DELGADO Y COLON

Dom117

EVALUACIÓN DE LA TASA DE DETECCIÓN DEL COPROPARASITOSCÓPICO EN PACIENTES CON DIARREA CRÓNICA ATENDIDOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

F. A. Cobos-Reyes, E. Coss-Adame, J. A. Arenas-Martínez, J. Gutiérrez-Ortiz, Y. N. Varela-Martínez, L. A. Sánchez-Ruiz, Grupo Colaborativo: Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El coproparasitoscópico se solicita con frecuencia como parte del abordaje de la diarrea crónica. Sin embargo, en este medio la evidencia que respalde su utilidad diagnóstica en este contexto aún es limitada.
Objetivo: Determinar la tasa de detección del coproparasitoscópico para identificar agentes con relevancia clínica en pacientes con diarrea crónica atendidos en un centro de referencia.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán entre 2016 y 2026. A partir del archivo clínico institucional se identificó a 1 011 pacientes con diagnóstico de diarrea crónica. Se incluyó a 768 pacientes con al menos un coproparasitoscópico solicitado durante su abordaje diagnóstico. Los resultados se clasificaron en tres grupos: sin hallazgos, hallazgos sin relevancia clínica establecida y agentes con relevancia clínica. La tasa de detección se definió como la proporción de pacientes en quienes se identificó al menos un agente con relevancia clínica. Se calcularon frecuencias, porcentajes, mediana y rango intercuartílico.
Resultados: De los 1 011 pacientes identificados, 768 (76,0%) tuvieron al menos un coproparasitoscópico solicitado. En total se solicitaron 2 140 estudios, con una mediana de 2 por paciente (RIQ, 1–3; rango, 1–25). En 662 pacientes (86,2%) no se identificaron hallazgos. En 89 (11,6%) se documentaron hallazgos sin relevancia clínica establecida: Blastocystis spp aislado en 79, Endolimax nana en 5, Entamoeba coli en 3 y levaduras en 2. En 17 pacientes (2,2%) se identificó al menos un agente con relevancia clínica: Entamoeba histolytica en 8, Giardia intestinalis en 7, Cystoisospora belli en 2 y Strongyloides stercoralis en 1. Se registraron 18 detecciones debido a que un paciente presentó dos agentes. Los 751 pacientes sin agentes con relevancia clínica acumularon 2 019 estudios, equivalentes al 94,3% del total. La razón global de utilización fue de aproximadamente 126 coproparasitoscópicos solicitados por cada paciente en quien se identificó al menos un agente con relevancia clínica.
Conclusiones: En un centro de referencia, el coproparasitoscópico mostró una tasa de detección muy baja para agentes con relevancia clínica en pacientes con diarrea crónica, con detección en sólo 2,2% de los pacientes estudiados. La mayoría de los estudios se concentró en pacientes sin detecciones clínicamente relevantes, lo que respalda revisar sus criterios de solicitud y favorecer una estrategia más selectiva, particularmente cuando la probabilidad preprueba de parasitosis es baja.
Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento externo.

Dom118

HETEROGENEIDAD CLÍNICO-PATOLÓGICA DEL CÁNCER COLORRECTAL DE INICIO TEMPRANO: UN FENOTIPO DIFERENCIAL EN PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS

L. Santoyo-Fexas, L. A. González-Torres, H. A. Rodríguez-Calvillo, H. G. Lucena-Palacios, T. Perianza-Palomeque, H. J. Maldonado-Garza, J. O. Jáquez-Quintana, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: El cáncer colorrectal de inicio temprano (CCR-IT), definido como el diagnosticado antes de los 50 años, ha mostrado un aumento en su incidencia durante las últimas décadas. Aunque habitualmente se considera una sola entidad, el CCR-IT podría no constituir una entidad homogénea, sino que existan diferencias asociadas con la edad al diagnóstico, ya que los pacientes menores de 40 años podrían presentar un fenotipo clínico-patológico distinto al de aquéllos diagnosticados entre los 40 y 49 años.
Objetivo: Determinar si existen diferencias que apoyen la presencia de un fenotipo diferencial asociado a la edad de presentación del CCR-IT.
Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en pacientes con CCR-IT (< 50 años), atendidos entre 1999 y 2026 en un centro de referencia del norte de México. Se recopilaron variables demográficas, clínicas, patológicas, moleculares y terapéuticas. Los pacientes se estratificaron según la edad al diagnóstico en dos grupos (< 40 años y 40–49 años). Se compararon las características clínico-patológicas entre ambos grupos mediante análisis estadístico univariado y se estimaron razones de momios (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%) para cuantificar la magnitud de las asociaciones observadas.
Resultados: Se incluyó a 331 pacientes con CCR-IT, con una mediana de edad de 45 años (RIC, 41–47); el 55,9% correspondió al sexo masculino. En la cohorte global, el recto constituyó la localización tumoral más frecuente (45%),

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

seguida de la unión rectosigmoidea (24,2%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la alteración del hábito intestinal (67,2%) y el dolor abdominal (66,5%), mientras que el 31,7% presentó rectorragia y el 29,9% hematoquecia. La totalidad de los tumores correspondió a adenocarcinomas, con predominio del subtipo no especificado (76,4%), seguido del adenocarcinoma mucinoso (16%) y del carcinoma de células en anillo de sello (7,6%). Al momento del diagnóstico, el 67,3% de los pacientes presentaba enfermedad avanzada en estadio III o IV. La evaluación de la expresión de las proteínas del sistema de reparación de errores de apareamiento (MMR) estuvo disponible en 61 pacientes del total de la cohorte, y se identificó inestabilidad de microsatélites en el 36,1% (22/61). Entre los casos con análisis molecular, las mutaciones en KRAS, NRAS y BRAF se detectaron en el 50%, 28% y 15,4%, respectivamente. En la comparación por grupos de edad, los pacientes < 40 años presentaron un índice de masa corporal significativamente menor que aquellos de 40 a 49 años (21,7 vs. 24,9 kg/m²; p < 0,001). Asimismo, mostraron una mayor frecuencia de tumores localizados en colon derecho (26,5% vs. 15,2%; OR, 2,0; IC95%, 1,06–3,79; p = 0,033) y una menor frecuencia de tumores rectales (32,4% vs. 48,3%; OR, 0,51; IC95%, 0,29–0,89; p = 0,020). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos de edad en el consumo de tabaco o alcohol, antecedentes familiares de CCR, síndrome de Lynch, grado de diferenciación tumoral, invasión linfovascular o perineural, presencia de obstrucción o perforación, ni en la carga metastásica al diagnóstico (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características clínico-patológicas de pacientes con cáncer colorrectal de inicio temprano, estratificadas por grupo de edad al diagnóstico. (**Dom118**)

	< 40 años n = 68	**40-49 n = 263**	**p**
Sexo masculino	35 (51,5%)	150 (57%)	0,415
IMC	21,7 (IQR, 19,7-25,1)	24,9 (IQR, 21,8-28,9)	< 0,001
Consumo de tabaco	49 (73,1%)	175 (69,7%)	0,653
Consumo de alcohol	43 (64,2%)	158 (62,7%)	0,887
Antecedentes heredofamiliares	51 (76,1%)	209 (82,9%)	0,217
Lynch	3 (4,4%)	3 (1,1%)	0,104
Localización			
Colon derecho	18 (26,5%)	40 (15,2%)	0,033
Recto-sigmoides	19 (27,9%)	61 (23,2%)	0,429
Recto	22 (32,4%)	127 (48,3%)	0,02
Histopatología			
Anillo de sello	5 (7,4%)	20 (7,6%)	1
Mucinoso	5 (7,4%)	18 (6,8%)	1
G3	14 (20,6%)	39 (14,8%)	0,267
Invasión perineural	8 (13,3%)	34 (14,2%)	1
Invasión linfovascular	23 (37,1%)	82 (34,5%)	0,765
Estadio diagnóstico			
Perforación	4 (6%)	24 (9,2%)	0,473
Obstrucción	15 (22,4%)	48 (18,8%)	0,604
Estadio I	1 (1,5%)	14 (5,3%)	0,149
Estadio II	9 (13,2%)	58 (22,1%)	0,128
Estadio III	24 (35,3%)	82 (31,2%)	0,56
Estadio IV	39 (57,4%)	175 (66,5%)	0,2

Conclusiones: Los pacientes con cáncer colorrectal de inicio muy temprano (< 40 años) presentaron un perfil clínico-patológico diferente al de aquéllos diagnosticados entre los 40 y 49 años, caracterizado por una mayor frecuencia de tumores del colon derecho y un menor índice de masa corporal al diagnóstico. Estos hallazgos respaldan la heterogeneidad del CCR-IT y aportan evidencia de que la edad de presentación podría identificar a subgrupos con características clínicas distintivas, lo que sustenta la necesidad de evaluarlos en estudios multicéntricos con caracterización molecular.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento.

Dom119

CAMBIOS EN EL PUNTAJE DE WEXNER Y EN LOS PARÁMETROS MANOMÉTRICOS TRAS TRES SESIONES DE BIORRETROALIMENTACIÓN ANORRECTAL

L. A. Sánchez-Ruiz, Y. N. Varela-Martínez, J. Gutiérrez-Ortiz, M. Krause-Icaza, E. Coss-Adame, J. Arenas-Martínez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La incontinencia fecal (IF) es un trastorno caracterizado por la pérdida involuntaria y recurrente de heces. La biorretroalimentación anorrectal constituye el tratamiento conservador de primera línea. Aunque tradicionalmente se recomiendan entre cuatro y seis sesiones, el número mínimo necesario para obtener una respuesta clínica significativa permanece incierto. Asimismo, existen pocos datos sobre cambios clínicos y manométricos luego de tres sesiones asociadas con una respuesta clínica temprana al tratamiento.
Objetivo: Evaluar la respuesta clínica después de tres sesiones de biorretroalimentación anorrectal en pacientes con IF e identificar variables clínicas y manométricas relacionadas con dicha respuesta.
Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyó a adultos con IF que completaron tres sesiones de biorretroalimentación anorrectal y contaban con evaluación clínica mediante la escala de Wexner y manometría anorrectal antes y después del tratamiento. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC). Las comparaciones pareadas se realizaron mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon.
Resultados: Se incluyó a 23 pacientes con mediana de edad de 69 años (RIC, 61–72); el 87% correspondió a mujeres y el 78% presentó IF sin disinergia defecatoria. Luego de tres sesiones, el puntaje de Wexner disminuyó significativamente de 13,0 a 10,0 puntos (Δ = -2,0; p = 0,003). No se observaron cambios significativos en la mayoría de los parámetros manométricos, con excepción de una disminución de la presión media rectal (p = 0,032). Tampoco hubo cambios significativos en la sensibilidad rectal, el tipo de disinergia ni en la prueba de expulsión del balón (p = 1,000). El patrón defecatorio cambió en 16 de los 23 pacientes; sin embargo, esta diferencia no alcanzó significancia estadística (p = 0,314), cinco paciente normalizaron el patrón y el resto de los pacientes lo modificó de la siguiente forma: cuatro en patrón I, cinco en patrón III y nueve en patrón IV.
Conclusiones: Tres sesiones de biorretroalimentación anorrectal produjeron una mejoría clínica significativa medida mediante la escala de Wexner, pese a la ausencia de cambios en la mayoría de los parámetros manométricos. Estos hallazgos sugieren que la respuesta clínica temprana a la biorretroalimentación podría depender de mecanismos fisiológicos distintos de la mejoría de la fuerza esfinteriana o de la coordinación defecatoria, lo que justifica investigaciones prospectivas para esclarecer dichos mecanismos.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Dom120

PRODUCCIÓN DE HIDRÓGENO Y METANO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DISTENSIÓN ABDOMINAL Y COMPARACIÓN DIAGNÓSTICA EN LA PRUEBA A LOS 90 MIN VS. 240 MIN

N. Galván-Martínez, M. D. González-Ávila, M. R. Zavala-Solares, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro

Introducción: Las pruebas de aliento consisten en una medición seriada de hidrógeno (H) y metano (CH4) tras la administración de un sustrato fermentable, que sirven como método diagnóstico no invasivo, económico, fácil y accesible para el sobrecrecimiento bacteriano en intestino delgado (SIBO) y sobrecrecimiento metanógeno intestinal (IMO). El SIBO se caracteriza por un crecimiento excesivo de bacterias en el intestino delgado que provoca síntomas como dolor o distensión abdominal, flatulencias, diarrea, etc., mientras que el IMO se deriva de una proliferación desproporcionada de arqueas, asociada a una disbiosis predominantemente en el colon. En el Consenso Norteamericano del 2017 se establece que el SIBO se diagnostica con un incremento de H ≥ 20 ppm en los primeros 90 min, y el IMO con un incremento de CH4 ≥ 10 ppm en cualquier momento del estudio que se extiende por un mínimo de 3 h.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de SIBO e IMO en una muestra de pacientes con distensión abdominal que acudieron a una prueba de aliento y valorar si existen diferencias entre el diagnóstico a los 90 min comparado con 240 min (prueba completa).
Material y métodos: En un estudio retrospectivo descriptivo se revisaron los resultados de las pruebas de aliento con lactulosa o glucosa de pacientes con distensión abdominal entre 2025 y 2026. Se consideraron variables demográficas, sustrato empleado, mediciones de H y CH4 cada 20 minutos hasta los 240 min y síntomas presentados en cada medición. Para cada prueba se siguieron las recomendaciones del Consenso Norteamericano del 2017. Los registros se categorizaron de acuerdo con los criterios diagnósticos de SIBO (H ≥ 20 ppm en los primeros 90 min) e IMO (CH4 ≥ 10 ppm en cualquier momento), más una categoría con diagnóstico de SIBO que presentó un incremento de H ≥ 20 ppm durante la prueba sin límite temporal. Posteriormente se analizaron los datos con el programa estadístico Stata v12 con medidas de tendencia central y pruebas no paramétricas de acuerdo con cada variable.
Resultados: De 44 pacientes con distensión abdominal, en 42 (95,5%) se realizó prueba con lactulosa, con 36 (81,8%) mujeres con una mediana de edad de 41 años (RIQ, 35-57). Hasta 20 pacientes (45,5%) cumplieron criterios diagnósticos de SIBO con un incremento ≥ 20 ppm dentro de los primeros 90 min; si se eliminaba esta restricción temporal se presentó un incremento a 40 pacientes (90,9%). Ocho pacientes (18,2%) se diagnosticaron con IMO, de los cuales un 37,5% presentaba a su vez SIBO, un 6,8% del total de la muestra. El 88,6% presentó síntomas durante la prueba, 80% de los pacientes con SIBO y 87,5% con IMO. Tanto para SIBO como IMO no se observaron diferencias en las concentraciones de H o CH4 entre los minutos 100 y 240 (p = 0,569), y se observó que los diagnósticos ya se habían establecido a los 100 min (**Figura 1**).
Conclusiones: La frecuencia de SIBO e IMO en pacientes con distensión abdominal fue de 45,5% y 18,2% respectivamente, al usar los criterios diagnósticos vigentes. Las pruebas de aliento son todavía el método no invasivo más empleado para el diagnóstico de SIBO; sin embargo, estos resultados confirman sus limitaciones inherentes. Bajo los criterios diagnósticos actuales, la medición de H después de los 90 min carece de utilidad para establecer diagnóstico de SIBO, por lo que la prolongación rutinaria de la prueba hasta 3-4 h merece reevaluarse. Por otro lado, en esta cohorte, todos los pacientes con IMO alcanzaron el criterio diagnóstico a los 100 min y no presentaron incrementos clínicamente relevantes con posterioridad, lo que sugiere que también podría reducirse el tiempo de la medición, pero estos resultados deben confirmarse mediante estudios con el diseño adecuado, como de exactitud diagnóstica, con un mayor tamaño de muestra.

Financiamiento: Este trabajo no recibió patrocinio total o parcial de ninguna institución.

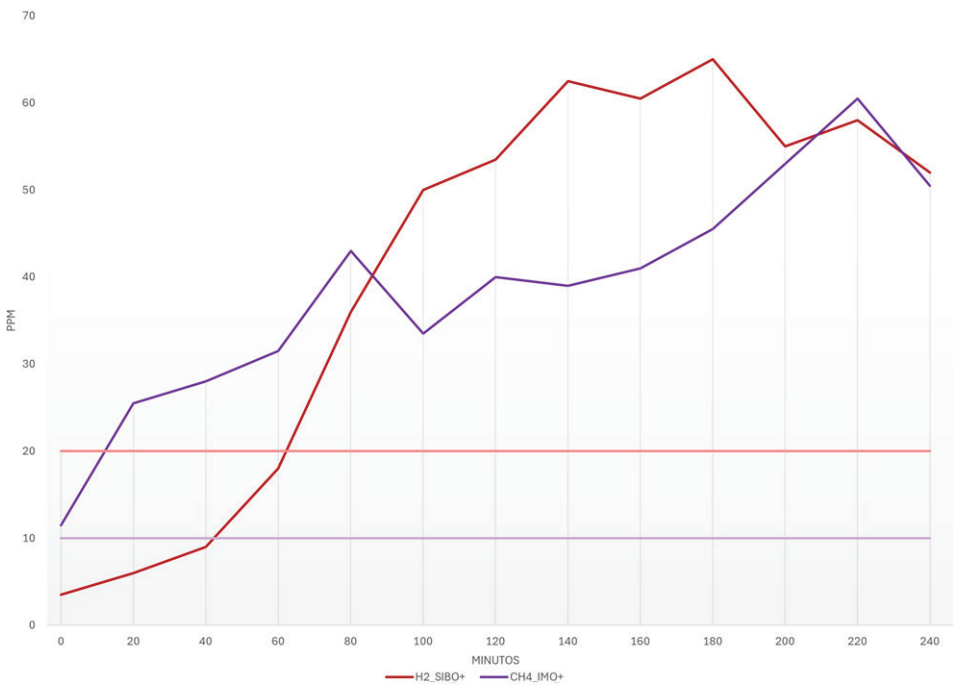
Dom121

CARACTERIZACIÓN SINTOMÁTICA DE LA METAPLASIA DUODENAL

P. A. Alvarado-Garza, J. O. Méndez-Becerra, E. J. Valencia-Andrade, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: La metaplasia gástrica duodenal es una alteración histológica caracterizada por la sustitución focal del epitelio duodenal por células gástricas. Su identificación puede resultar difícil debido a su distribución irregular y la necesidad de obtener biopsias representativas de la mucosa duodenal. No se ha establecido si la presencia de metaplasia gástrica duodenal se acompaña de un patrón específico de síntomas gastrointestinales superiores, una mayor frecuencia de éstos o una mayor gravedad sintomática
Objetivo: Comparar la presencia, gravedad y frecuencia de los síntomas gastrointestinales entre pacientes, con y sin metaplasia gástrica duodenal.
Material y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en el noroeste de México, en el que se incluyó a pacientes que acudieron a valoración endoscópica en una unidad de endoscopia de referencia durante el período 2025–2026. Los pacientes se categorizaron según fueran la presencia o la ausencia de metaplasia duodenal. Se recolectó la sintomatología gastroduodenal y su gravedad mediante una escala de Likert. Se utilizó JASP 0.95.3 para hacer un análisis con las pruebas x^2 y U de Mann-Whitney.
Resultados: Se incluyó a un total de 71 pacientes: 12 con metaplasia duodenal (58,3% de mujeres, edad 50 ± 47 IQR años) y 59 sin metaplasia duodenal (60,3% de mujeres, edad 50 ± 33 IQR años). En la comparación de síntomas, los pacientes con metaplasia duodenal presentaron pirosis (p = 0,40), ardor epigástrico (p = 0,68), regurgitación (p = 0,11), disfagia (p = 0,83), náusea (p = 0,84), arcadas (p = 0,97), vómito (p = 0,79), eructos (p = 0,37), dolor epigástrico (p = 0,43), y solo se asoció el dolor abdominal bajo con mayor frecuencia (33,3% vs. 10,3%, p = 0,038). No se encontraron diferencias significativas en la comparación de síntomas esofágicos ni gastroduodenales. En cuanto a la gravedad sintomática, el dolor abdominal bajo fue más intenso (1,08 ± 0,48 vs. 0,27 ± 0,13 en escala de Likert, p = 0,032) y más frecuente en episodios por semana (1,16 ± 0,33 vs. 0,47 ± 0,06, p = 0,04) en los pacientes con metaplasia duodenal.

Figura 1. Promedio de las concentraciones de hidrógeno en pacientes con SIBO (línea roja) y de metano en pacientes con IMO (línea morada) durante la prueba de aliento, representadas en intervalos de 20 minutos. Se observa que tanto el incremento diagnóstico de hidrógeno como de metano ocurre predominantemente dentro de los primeros 100 minutos. Figura de elaboración propia. (**Dom120**)



Conclusiones: No se encontró relación alguna entre la metaplasia gástrica duodenal con la sintomatología gastroduodenal superior, pero se describe una mayor frecuencia y gravedad al dolor abdominal bajo. Se requieren más estudios, con muestras de mayor tamaño, para confirmar esta asociación y explorar sus posibles mecanismos fisiopatológicos.
Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom122

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES, ASOCIADAS A UN MEJOR SUEÑO EN EL DÍA PREVIO A LA COLONOSCOPIA

J. O. Méndez-Becerra, P. A. Alvarado-Garza, E. J. Valencia-Andrade, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: La preparación intestinal para colonoscopia puede alterar el sueño por el volumen de la solución, las evacuaciones nocturnas y la ansiedad relacionada con el procedimiento. Sin embargo, las características asociadas con una buena calidad del sueño durante este proceso no están bien definidas.
Objetivo: Evaluar las características de los pacientes y la preparación intestinal asociadas con una buena calidad del sueño la noche anterior a la colonoscopia.
Material y métodos: Se realizó un estudio multicéntrico y transversal en adultos con indicación de colonoscopia. Mediante preguntas dicotómicas se evaluó: facilidad para conciliar el sueño, dificultad para mantenerlo, visitas nocturnas al baño, duración mayor de siete horas y sensación de descanso al despertar. Se consideró buena calidad del sueño cuando no existieron alteraciones en ninguno de los cinco componentes. También se aplicó la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS). Se utilizó regresión logística multivariada para identificar factores asociados.
Resultados: Se incluyó a 316 pacientes, de los cuales 195 fueron mujeres (61,7%); la edad promedio fue de 50 ± 14 años. Sólo 32 (10,13%) presentaron buena calidad del sueño. Dormir más de siete horas se asoció con edad menor de 50 años (OR, 1,923; IC95%, 1,196–3,091; p = 0,007), consumo de alcohol (OR, 3,165; IC95%, 1,013–9,888; p = 0,044) y enfermedad hemorroidal (OR, 1,687; IC95%, 0,999–2,851; p = 0,049). Esta probabilidad fue menor con el uso de AINE (OR, 0,394; p = 0,034), estreñimiento (OR, 0,468; p = 0,001) y ansiedad según HADS (OR, 0,233; p = 0,047). La educación primaria se asoció independientemente con cansancio al despertar (OR, 4,194; p = 0,045). La dificultad para conciliar el sueño se relacionó con nefropatía (OR, 14,068; p = 0,045), uso de AINE (OR, 2,430; p = 0,045) y PEG sin metabisulfito de sodio (OR, 2,222; p = 0,026). La obesidad se asoció con menor probabilidad de presentar esta alteración (OR, 0,344; p = 0,008). La dificultad para mantener el sueño se asoció con educación secundaria (OR, 3,525; p = 0,038), mientras que consumir la preparación fría (OR, 0,559; p = 0,015) y presentar enfermedad hemorroidal (OR, 0,467; p = 0,009) se relacionaron con menor dificultad. Las visitas nocturnas al baño fueron más frecuentes en pacientes de 50 años o más, con diabetes, cirugía abdominal previa, enfermedad diverticular y uso de PEG con metabisulfito de sodio. En el análisis multivariado, únicamente la cirugía abdominal previa permaneció asociada (OR, 2,073; p = 0,005).
Conclusiones: Sólo una minoría de los pacientes presentó buena calidad del sueño durante la preparación intestinal. La nefropatía, el uso de AINE, la cirugía abdominal previa y el menor nivel educativo se asociaron con diferentes alteraciones del sueño. Consumir la preparación fría se relacionó independientemente con menor dificultad para mantenerlo, por lo que podría representar una medida sencilla para mejorar la tolerabilidad de la preparación.
Financiamiento: Gastromedical: Unidad Regional de Gastroenterología y Endoscopía Avanzada.

Dom123

FACTORES ASOCIADOS A LA PRODUCCIÓN DE MOCO EN PACIENTES CON TIEMPO DE INSERCIÓN PROLONGADO EN COLONOSCOPIA POR INTERCAMBIO DE AGUA

E. J. Valencia-Andrade, J. O. Méndez-Becerra, P. A. Alvarado-Garza, M. S. Cuevas-Maldonado, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: La acumulación de moco en el colon izquierdo puede dificultar la visualización de la mucosa y requerir limpieza adicional mediante irrigación o succión. Se desconoce si una mayor duración de la fase de inserción se relaciona con una acumulación más intensa de moco.
Objetivo: Evaluar la asociación entre el tiempo de inserción del colonoscopio y la gravedad de la acumulación de moco en el colon izquierdo.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional analítico en pacientes adultos con indicación de colonoscopia. Se registraron el tiempo de inserción, el uso de Endocuff, la puntuación en la Escala de preparación intestinal de Boston y la Escala de moco del colon izquierdo (LCMS).
La LCMS clasifica la cantidad de moco de 0 a 4: 0, ausencia de moco visible; 1, moco visible y transparente; 2, moco opaco en hebras finas; 3, moco opaco en grumos que cubren un lado de la superficie colónica; y 4, grumos extensos de moco opaco que obstruyen la mayor parte del lumen. La puntuación LCMS se analizó en relación con el tiempo de inserción y la edad. Se utilizó la correlación de rangos de Spearman y se calcularon razones de momios con intervalos de confianza del 95%. Se consideró significativo un valor de p < 0,05.
Resultados: Se analizaron 112 colonoscopias. La edad promedio fue de 59 ± 13 años y la puntuación promedio de Boston fue de 5,53 ± 1,32.
Se identificó una correlación positiva débil entre el tiempo de inserción y la acumulación de moco (ρ = 0,252; p = 0,007). Un tiempo de inserción de 20 a 30 minutos se asoció con mayor probabilidad de presentar moco grado 2 en la LCMS (OR, 4,333; IC95%, 1,434–1,.095; p = 0,006). Los tiempos superiores a 30 minutos se relacionaron con los grados 3 y 4 de la LCMS (p = 0,014).
Los pacientes de 18 a 34 años mostraron una posible asociación con el grado 2 de la LCMS (OR, 6,714; IC95%, 0,874–51,575; p = 0,038).
Conclusiones: Un mayor tiempo de inserción se asoció con una acumulación más intensa de moco en el colon izquierdo. Los pacientes jóvenes también mostraron una posible tendencia a presentar mayor cantidad de moco; sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela. Estos hallazgos sugieren que los procedimientos con inserción prolongada podrían requerir irrigación y succión adicionales para mantener una adecuada visualización de la mucosa. Se necesitan estudios prospectivos para determinar la dirección de esta asociación y sus posibles mecanismos.
Financiamiento: Gastromedical: Unidad Regional de Gastroenterología y Endoscopía Avanzada.

Dom124

PERFIL DE SÍNTOMAS Y PREDICTORES DE INTOLERANCIA A PEG

P. A. Alvarado-Garza, E. J. Valencia-Andrade, J. O. Méndez-Becerra, J. A. Vargas-Muro, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: La preparación intestinal con polietilenglicol (PEG) es indispensable para una colonoscopia de calidad, pero su intolerancia es frecuente. Los estudios previos han abordado esta intolerancia principalmente como variable dicotómica (tolerada/no tolerada), sin caracterizar la intensidad de los síntomas específicos que llevan a una ingesta incompleta.
Objetivo: Identificar los factores clínicos y demográficos asociados con la intensidad de síntomas específicos, evaluados mediante escala Likert, en pacientes con ingesta incompleta (< 4 L) de PEG para colonoscopia en el noroeste de México. A diferencia de los estudios previos, que en su mayoría se han centrado en la tolerancia o las tasas de finalización utilizando un reporte dicotómico de síntomas, este estudio tuvo como objetivo evaluar la intensidad de los síntomas mediante una escala Likert para caracterizar mejor la gravedad de las molestias más frecuentes de los pacientes.
Material y métodos: Se realizó un estudio analítico transversal en adultos sometidos a preparación para colonoscopia con PEG. Sólo se incluyó a los pacientes que reportaron una ingesta incompleta de la solución de 4 litros prescrita. Cada síntoma se evaluó de modo individual y se realizaron análisis de regresión logística univariados y multivariados para identificar los predictores finales. También se preguntó a cada paciente si estaría dispuesto a tomar PEG nuevamente en caso de necesitar estudios adicionales en el futuro.
Resultados: Se incluyó a un total de 153 pacientes, 110 mujeres (71,89%), con una edad promedio de 48 ± 16 años.
Las variables clínicas y demográficas relacionadas con los síntomas de ingesta incompleta de PEG se agruparon por tipo de síntoma para una presentación más clara. Los síntomas gastrointestinales como náusea se relacionaron

con el sexo femenino (OR, 2,73; IC95%, 1,10–6,75; p = 0,030), los menores de 50 años (OR, 4,26; IC95%, 1,07–16,90; p = 0,039), y el nivel educativo de preparatoria (OR, 3,98; IC95%, 1,37–11,53; p = 0,011). Aquellos que bebieron el PEG frío (OR, 0,37; IC95%, 0,15–0,90; p = 0,025) y los pacientes con depresión según la escala HADS (OR, 0,12; IC95%, 0,07–0,22; p < 0,001) fueron menos propensos a vomitar. El aumento de movimientos intestinales se relacionó con aquéllos menores de 50 años (OR, 2,16; IC95%, 1,09–4,28; p = 0,026), pero fue menos frecuente entre los pacientes mayores de 65 años (OR, 0,37; IC95%, 0,16–0,84; p = 0,015). La distensión abdominal tuvo asociación con el sexo femenino (OR, 3,72, p = 0,030) y colitis ulcerativa (OR, 10,00; IC95% = 0,873–114,565; p = 0,024). La plenitud posprandial se asoció con el sexo femenino (OR, 2,88; IC95%, 1,23–6,72; p = 0,014) y la edad > 65 años (p = 0,038), mientras que flatulencias o eructos se asociaron con hipotiroidismo (OR, 3,47; IC95%, 0,95–12,73; p = 0,049).

Los síntomas sistémicos como cefalea fueron predichos significativamente por el estreñimiento (OR, 2,29; IC95%, 1,04–5,03; p = 0,040). La somnolencia se asoció significativamente con la diabetes tipo 2 y el uso de medicación antidiabética (OR, 3,58; IC95%, 1,18–10,87; p = 0,018). La debilidad se relacionó en menor medida con la enfermedad hemorroidal (OR, 0,16; IC95%, 0,04–0,71; p = 0,007). El uso de popote se relacionó menos con la sed (OR, 0,29; IC95%, 0,09–0,95; p = 0,032).

Conclusiones: La intolerancia al PEG es común entre los pacientes debido a múltiples síntomas; reconocer estas asociaciones no sólo permite a los clínicos anticipar la intolerancia y adaptar las estrategias de preparación, sino que también resalta la comodidad y adherencia del paciente a las iniciativas de calidad de atención. Al reconocer estos factores, los proveedores de atención médica pueden mejorar la experiencia y satisfacción del paciente, lo que podría mejorar la efectividad general de los protocolos de preparación intestinal.

Financiamiento: Gastromedical: Unidad Regional de Gastroenterología y Endoscopía Avanzada.

Dom125

EXPERIENCIA CLÍNICA CON INHIBIDORES DE LA CINASA JANUS (JAK) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

L. J. Hernández-González, R. M. Ruiz-Ravelo, A. Triana-Romero, J. Cruz-Herrera, A. Mayoral-Zavala, J. A. Caldera-Pérez, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Los inhibidores de la cinasa Janus (JAK) constituyen una de las terapias avanzadas más recientes para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. El tofacitinib fue el primer inhibidor JAK aprobado para la colitis ulcerosa, mientras que el upadacitinib ha demostrado elevada eficacia tanto en la colitis ulcerosa como en la enfermedad de Crohn. Su rápido inicio de acción, altas tasas de respuesta clínica y endoscópica y administración oral los convierten en una alternativa terapéutica para pacientes con falla o intolerancia a las terapias biológicas. Sin embargo, en México existe poca evidencia sobre la experiencia en vida real con estos fármacos.

Objetivo: Describir la experiencia clínica de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tratados con inhibidores de JAK (tofacitinib y upadacitinib).

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria intestinal tratados con inhibidores de la cinasa Janus (tofacitinib o upadacitinib) en un hospital de tercer nivel. Se analizaron variables demográficas, características de la enfermedad, exposición a terapias avanzadas, respuesta clínica, respuesta endoscópica, biomarcadores inflamatorios y eventos adversos. Se realizó análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes, media ± desviación estándar o mediana (RIC), según fuera la distribución de las variables.

Resultados: Se incluyó a 9 pacientes tratados con inhibidores de la cinasa Janus; 6 (66,7%) fueron hombres y la edad media fue de 43 años. Ocho (88,9%) presentaban colitis ulcerosa y 1 (11,1%) enfermedad de Crohn. El 77,8% había recibido previamente al menos un fármaco biológico. La duración media del tratamiento con inhibidores JAK fue de 5,4 meses, con una exposición acumulada a terapias avanzadas de 40,9 meses. Al momento de la evaluación, 7 (77,8%) alcanzaron remisión clínica y 4 de 7 (57,1%) presentaron remisión endoscópica. La mediana de PCR fue de 0,82 mg/L (RIC 0,11–8,15) y la mediana de calprotectina fecal de 151 µg/g (RIC 12–189). No se documentaron efectos adversos graves durante el seguimiento (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características clínicas y resultados de los pacientes tratados con inhibidores de la cinasa Janus (n = 9). (**Dom125**)

Variable	Resultado
Edad, media (años)	43
Sexo masculino, n (%)	6 (66,7)
Sexo femenino, n (%)	3 (33,3)
Colitis ulcerosa, n (%)	8 (88,9)
Enfermedad de Crohn, n (%)	1 (11,1)
Exposición previa a ≥ 1 biológico, n (%)	7 (77,8)
Duración de terapia JAK, media (meses)	5,4
Duración total de terapia avanzada, media (meses)	40,9
Remisión clínica, n (%)	7 (77,8)
Remisión endoscópica, n/N (%)*	4/7 (57,1)
PCR, mediana (RIC), mg/L	0,82 (0,11-8,15)
Calprotectina fecal, mediana (RIC), µg/g	151 (12-189)

Conclusiones: Los inhibidores de la cinasa Janus mostraron una elevada tasa de remisión clínica y un perfil de seguridad aceptable en esta cohorte, consistentes con la evidencia disponible para tofacitinib y upadacitinib. Estos hallazgos sugieren que los inhibidores de la cinasa Janus constituyen una alternativa terapéutica prometedora en la práctica clínica; sin embargo, se requieren estudios con mayor tamaño de muestra y seguimiento prolongado en la población mexicana.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom126

COLITIS MICROSCÓPICA EN PACIENTES CON CRITERIOS ROMA IV PARA SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE CON PREDOMINIO DE DIARREA: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

J. Mejía-Ramírez, F. Higuera-De-La-Tijera, M. Ramos-Meléndez, M. Peña-Armijos, D. F. Abendaño-Rivera, M. Motola-Kuba, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Los criterios de Roma IV permiten establecer el diagnóstico del síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea (SII-D) sin evaluación endoscópica rutinaria en ausencia de datos de alarma. Sin embargo, la colitis microscópica (CM) comparte una presentación clínica similar y requiere confirmación histológica mediante biopsias colónicas, por lo que puede permanecer subdiagnosticada.

Objetivo: Determinar la prevalencia de colitis microscópica e identificar los factores asociados en pacientes con criterios de Roma IV para SII-D.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico que incluyó a pacientes con diagnóstico de SII-D según los criterios de Roma IV a quienes se les realizó colonoscopia con toma de biopsias escalonadas del colon derecho e izquierdo en el periodo de enero de 2024 a enero de 2026. Se excluyó a los pacientes con enfermedad orgánica conocida, datos de alarma, SII mixto o no clasificable. El diagnóstico de CM se estableció de acuerdo con criterios histopatológicos internacionalmente aceptados. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar y las categóricas como frecuencias y porcentajes. Se utilizaron las pruebas t de Student y se consideró significativa una p < 0,05.

Resultados: Se incluyó a 234 pacientes con criterios clínicos de SII-D. El diagnóstico histopatológico de colitis microscópica se confirmó en 17 pacientes (7,2%), de los cuales fueron 5 de tipo colagenoso (29,4%) y 12 de tipo linfocítico (70,5%); mientras que 217 (92,8%) presentaron SII-D sin evidencia de CM. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos respecto de edad, sexo, índice de masa corporal, hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo 2. En contraste, el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) fue significativamente más frecuente en pacientes con CM que en aquéllos con SII-D aislado (64,7% vs. 28,1%). De igual forma, el consumo

de inhibidores de la bomba de protones (IBP) fue mayor en el grupo con CM (52,9% vs. 24,4%). No se observaron diferencias en el uso de antidepresivos (29,4% vs. 29,9%) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Comparación entre pacientes con colitis microscópica y SII-D. *Elaboración propia con datos obtenidos de la base de datos del estudio. (**Dom126**)

Variable	CM (n = 17)	SII-D (n = 217)	p
Edad (años)	55,3 ± 11,2	54,8 ± 12,4	0,87
Mujeres	13 (76,5%)	160 (73,7%)	0,81
IMC (kg/m²)	28,4 ± 4,6	30,5 ± 5,1	0,53
Hipertensión arterial	6 (35,3%)	58 (26,7%)	0,43
Diabetes mellitus tipo 2	4 (23,5%)	39 (18,0%)	0,53
Uso de AINE	11 (64,7%)	61 (28,1%)	0,003
Uso de IBP	9 (52,9%)	53 (24,4%)	0,01
Antidepresivos	5 (29,4%)	65 (29,9%)	0,96

Conclusiones: La colitis microscópica se identificó en aproximadamente uno de cada 14 pacientes con criterios clínicos de SII-D. Las características clínicas y demográficas no permitieron diferenciar ambas entidades, lo que resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha. El antecedente de uso de AINE e IBP se asoció con mayor frecuencia de colitis microscópica y podría contribuir a identificar a pacientes candidatos a colonoscopia con biopsias escalonadas para establecer un diagnóstico oportuno
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom127

COMPARACIÓN ENTRE EL NIVEL DE LIMPIEZA Y LA TOLERANCIA DE SÍNTOMAS, DE LA PREPARACIÓN DE ULTRABAJO VOLUMEN DE LACTULOSA CON Y SIN ITOPRIDA, ESTUDIO PILOTO EN PACIENTES CON COLONOSCOPIA COMPLETA REALIZADA EN EL HOSPITAL ESPAÑOL

L. Romero-Juárez, E. Murcio-Pérez, C. I. Madinaveitia-Sánchez, M. Téllez-Orozco, M. A. Lozano-Moreno, Hospital Español

Introducción: La calidad de la preparación colónica se relaciona directamente con la tasa de detección de adenomas, la duración del procedimiento y la necesidad de repetir el estudio. Los esquemas de preparación intestinal actuales proporcionan una limpieza adecuada, pero su baja tolerancia produce preparaciones subóptimas, lo que ha impulsado el desarrollo de preparaciones de bajo volumen con mejor perfil de tolerabilidad; una de ellas se basa en lactulosa, disacárido no absorbible con efecto osmótico.
La itoprida, un procinético con actividad antagonista D2 e inhibidora de la acetilcolinesterasa, acelera el vaciamiento gástrico y reduce los síntomas dispépticos, por lo que su adición al esquema podría atenuar las molestias asociadas a la lactulosa. La evidencia sobre esta combinación es escasa, lo que llevó a la realización de este estudio piloto.
Objetivo: Comparar la preparación colónica de ultrabajo volumen de lactulosa con y sin itoprida, para estimar de forma preliminar su efecto sobre la tolerancia de síntomas y la calidad de la limpieza colónica.
Material y métodos: Estudio piloto comparativo del servicio de gastroenterología del Hospital Español durante el período de noviembre de 2025 a junio de 2026. El tamaño de la muestra no se determinó mediante cálculo de potencia estadística, sino conforme a las recomendaciones metodológicas para un estudio piloto; se incluyó a 15 pacientes por grupo para un total de 30. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC) y se compararon con la prueba U de Mann-Whitney; las variables categóricas se compararon con la prueba x^2 o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. La calidad de la preparación colónica se evaluó con la escala de Boston, de forma total y por segmentos (colon derecho, transverso e izquierdo), suministrada por el endoscopista responsable del procedimiento. La tolerancia se midió con el cuestionario de tolerancia a la preparación colónica de la Clínica Mayo, que gradúa cada síntoma en cinco niveles de molestia, desde no molesto hasta demasiado molesto.
Resultados: La mediana de edad fue de 60 años (RIC, 51-79), predominio femenino (66,7%), y la indicación principal de la colonoscopia fue diagnóstica en el 96,7% de los casos. Los grupos fueron comparables en edad, sexo, índice de masa corporal, diabetes mellitus y consumo de medicamentos crónicos. La única diferencia basal significativa fue una mayor frecuencia de estreñimiento crónico en el grupo de itoprida (33,3% vs. 0%, p = 0,016). No se observaron diferencias en la calidad de la preparación. El puntaje de Boston total fue de 8 (RIC, 8-9) en el grupo con itoprida y 8 (RIC, 7-8) en el grupo con lactulosa sola (p = 0,174), sin diferencias por segmentos. La totalidad de los pacientes de ambos grupos alcanzó preparación adecuada. En cuanto a la tolerancia, el grupo con itoprida presentó una menor intensidad sintomática en plenitud, alteración del sueño, náusea, vómito, distensión y dolor, todas con $p < 0,001$. El mal sabor fue similar entre ambos grupos (p = 0,13) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Tolerancia a la preparación entre los grupos. (**Dom127**)

Síntoma/grado de molestia	Lactulosa/itoprida, n = 15 (%)	Lactulosa sola, n = 15 (%)	Valor de p*
Mal sabor			**0,13**
No molesto	0	0	
Levemente molesto	1 (6,7)	3 (20)	
Medianamente molesto	11 (73,3)	12 (80)	
Molesto	3 (20)	0	
Demasiado molesto	0	0	
Plenitud			< 0,001
Levemente molesto	15 (100)	0	
Medianamente molesto	0	9 (60)	
Molesto	0	6 (40)	
Sueño			< 0,001
Levemente molesto	15 (100)	0	
Medianamente molesto	0	15 (100)	
Náusea			< 0,001
Levemente molesto	15 (100)	2 (13,3)	
Medianamente molesto	0	6 (40)	
Molesto	0	7 (46,7)	
Vómito			< 0,001
Levemente molesto	15 (100)	3 (20)	
Medianamente molesto	0	11 (73,3)	
Molesto	0	1 (6,7)	
Distensión			< 0,001
Levemente molesto	15 (100)	0	
Medianamente molesto	0	15 (100)	
Dolor			< 0,001
Levemente molesto	7 (46,7)	0	
Medianamente molesto	8 (53,3)	0	
Medianamente molesto	0	15 (100)	

Escala de tolerancia de la Clínica Mayo. *Prueba exacta de Fisher. Sólo se muestran los niveles con al menos un registro.

Conclusiones: En este estudio, la adición de itoprida a la preparación de ultrabajo volumen no mejoró la calidad de la preparación colónica, pero se asoció con una mejor tolerancia en la mayoría de los síntomas evaluados. El hallazgo obtenido, pese a un mayor antecedente de estreñimiento en el grupo de intervención, respalda la realización de un estudio controlado de

mayor tamaño para confirmar el beneficio sobre la tolerancia y explorar su efecto sobre la calidad en poblaciones de mayor dificultad.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom128

MODELO PREDICTIVO CON BASE EN VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y LABORATORIALES PARA IDENTIFICAR LA ETIOLOGÍA MICROBIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA INFECCIOSA, CON BASE EN EL PANEL MOLECULAR GASTROINTESTINAL

A. S. Ríos-Del-Río, F. Zamarripa-Dorsey, F. A. Lajud-Barquín, J. L. Hernández-Lecona, A. Jasqui-Bucay, D. L. Núñez-Elizondo, R. Rodríguez-Sandoval, M. P. Escamilla-Llano, M. E. López-Acosta, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Hospital Ángeles Lomas

Introducción: La enfermedad diarreica aguda (EDA) infecciosa es una causa frecuente de consulta médica, y distinguir su etiología viral de la bacteriana es clave para un manejo clínico apropiado. Los paneles moleculares gastrointestinales (PGI) identifican el agente causal con alta precisión, pero su costo elevado y su disponibilidad limitada restringen su uso rutinario, lo que resalta la necesidad de herramientas basadas en variables clínicas y de laboratorio ya disponibles para orientar la sospecha etiológica mientras se define o cuando no se cuenta con el estudio molecular.
Objetivo: Desarrollar y evaluar el desempeño de un modelo predictivo basado en variables demográficas y de laboratorio para discriminar entre etiología viral y bacteriana de la EDA infecciosa, mediante el PGI como estándar de referencia.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo. Se analizaron 322 episodios de EDA infecciosa con un único patógeno identificado por PGI (166 bacterianos y 156 virales), obtenidos de una base de datos clínica recolectada durante 2024 y 2025. Se compararon variables demográficas y de laboratorio entre ambos grupos etiológicos mediante la prueba U de Mann-Whitney y la prueba x^2; se determinaron puntos de corte óptimos mediante curvas ROC y el índice de Youden para la proteína C reactiva (PCR), la edad y la gamma-glutamil transferasa (GGT), y se construyeron modelos predictivos multivariables (bosque aleatorio y regresión logística) evaluados mediante validación cruzada estratificada de cinco particiones.
Resultados: Los pacientes con etiología bacteriana fueron significativamente mayores (mediana, 42 años) que los de etiología viral (mediana, 29 años; $p < 0,001$), sin diferencias significativas por sexo ($p = 0,31$). La etiología viral predominó en lactantes menores de dos años (85,2%), y la bacteriana en adultos mayores (62,3%). La PCR y la GGT fueron significativamente más altas en el grupo bacteriano. El punto de corte óptimo de PCR (6,4 mg/dL) mostró una especificidad de 91,5% y una sensibilidad de 44,1% para etiología bacteriana; el de edad (26 años), una sensibilidad de 72,7% y una especificidad de 46,8%; y el de GGT (22 U/L), una sensibilidad de 71,4% y una especificidad de 50,5%. Los rotavirus (45,5%) y los norovirus (42,9%) fueron los agentes virales más frecuentes, y *Clostridioides difficile* (21,7%) y *Salmonella* spp (17,5%) los agentes bacterianos más frecuentes. El modelo de bosque aleatorio (edad, sexo, biometría hemática y PCR; n = 217) alcanzó un área bajo la curva ROC de 0,76 a 0,78 en validación cruzada, con una sensibilidad de 58,6%, una especificidad de 84,0% y una exactitud global de 71,0% en el punto de corte óptimo; la PCR y la edad fueron las variables con mayor importancia relativa. Un modelo reducido que utilizó únicamente edad, PCR y GGT alcanzó un desempeño prácticamente equivalente (AUC, 0,77).
Conclusiones: Las variables demográficas y de laboratorio de uso rutinario se asocian de forma significativa con la etiología de la EDA infecciosa, y su combinación en un modelo de bosque aleatorio logra un desempeño discriminativo moderado. Aunque su sensibilidad y especificidad no igualan a las del PGI, su relevancia clínica no radica en igualar ese estándar, sino en ofrecer una alternativa de bajo costo y fácil acceso en los escenarios, frecuentes en la práctica real, donde el panel molecular no está disponible por su alto costo y su limitada accesibilidad. En ese contexto, el modelo puede apoyar un uso más racional de los antimicrobianos, al ayudar a identificar con mayor confianza a los pacientes con baja probabilidad de infección bacteriana en quienes evitar un antibiótico empírico innecesario.
Financiamiento: No se recibió financiamiento para este estudio.

Dom129

RELACIÓN ENTRE LOS HALLAZGOS EN LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD E HIPERVIGILANCIA ESOFÁGICA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MOTILIDAD DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 1 CARLOS MACGREGOR DEL IMSS

M. A. Rocha-Ramos, A. L. Desales-Iturbide, Y. Zamorano-Orozco, Centro Médico Nacional Hospital 20 de Noviembre

Introducción: La percepción de los síntomas esofágicos es un proceso multifactorial que no siempre se correlaciona con alteraciones estructurales o motoras objetivables. En los trastornos esofágicos, factores psicológicos como la ansiedad puede modificar los umbrales sensoriales y favorecen la amplificación de los síntomas mediante mecanismos de hipersensibilidad visceral e hipervigilancia esofágica. A pesar de que la manometría esofágica de alta resolución es el método de referencia para evaluar los trastornos de la motilidad esofágica, se ha demostrado una correlación variable entre los hallazgos manométricos y la intensidad de los síntomas reportados, lo que resalta la importancia de integrar la evaluación funcional con herramientas psicométricas que permitan valorar el componente emocional y cognitivo de los pacientes.
Objetivo: Determinar la relación entre los hallazgos en la manometría esofágica de alta resolución y los grados de ansiedad e hipervigilancia esofágica en pacientes del servicio de motilidad de un hospital de la Ciudad de México, mediantes la Escala de ansiedad de Halminton y EHAS.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico en pacientes adultos atendidos en el servicio de motilidad gastrointestinal entre agosto del 2025 y enero de 2026, incluidos pacientes con síntomas esofágicos evaluados mediante endoscopia digestiva alta, manometría esofágica de alta resolución y aplicación de la Escala de ansiedad de Hamilton y la Escala de hipervigilancia esofágica (EHAS). Los hallazgos manométricos se clasificaron conforme a la Clasificación de Chicago 4.0. Se incluyeron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales para evaluar la asociación entre los hallazgos manométricos y los puntajes de ansiedad e hipervigilancia esofágica.
Resultados: Se incluyó a 95 pacientes atendidos en el servicio de motilidad gastrointestinal del Hospital General Regional No. 1 Carlos MacGregor del IMSS. La edad media fue de 54,9 ± 14,1 años, con predominio del sexo femenino en 69,5% (n = 66), mientras que el sexo masculino correspondió a 30,5% (n = 29). Para el análisis correlacional se incluyó sólo a pacientes con datos completos en ambas escalas psicométricas; del grupo con motilidad esofágica normal (n = 59), 57 pacientes contaban con evaluación mediante la Escala de Hamilton: 40% (n = 23) presentó ansiedad leve, 33% (n = 19) moderada y 26% (n = 15) grave. En cuanto a la EHAS (n = 48), 44% (n = 21) mostró ansiedad baja, 33% (n = 16) hipervigilancia moderada y 23% (n = 11) hipervigilancia elevada.
Conclusiones: En esta cohorte, la mayoría de los pacientes presentó motilidad esofágica normal; sin embargo, se identificó una alta carga de ansiedad moderada-grave y niveles elevados de hipervigilancia esofágica moderada-alta; en la motilidad esofágica inefectiva predominó la ansiedad leve y la ansiedad baja en EHAS; en los trastornos mayores se observó una tendencia a mayor proporción de ansiedad grave e hipervigilancia moderada elevada. Estos hallazgos sugieren que, en un porcentaje considerable de pacientes sintomáticos sin alteraciones motoras significativas, el componente psicoemocional podría desempeñar un papel determinante en la percepción y amplificación de los síntomas.
Financiamiento: Este trabajo se llevó a cabo sin financiamiento externo, con uso exclusivo de los recursos humanos y materiales de la institución.

Dom130

ALEXITIMIA Y DISTRÉS PSICOLÓGICO EN SUJETOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: UN ESTUDIO TRANSVERSAL CON CONTROLES SANOS

M. M. Pérez-Guzmán, S. A. Reyes-Díaz, B. A. Priego-Parra, D. L. Núñez-González, R. Silva-Bravo, T. B. Solano-Dorantes, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Grupo Colaborativo: Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La alexitimia es un rasgo de la personalidad caracterizado por una capacidad limitada para identificar y expresar las propias emociones, acompañado de un estilo cognitivo predominantemente hacia estímulos externos y de una reducida capacidad para la introspección y la imaginación. En el síndrome de intestino irritable (SII), este rasgo podría influir en la percepción, interpretación y regulación de las señales viscerales, lo que favorece una mayor carga sintomática.
Objetivo: Comparar los niveles de alexitimia, ansiedad y depresión entre sujetos con SII y controles sanos (CS), así como asociar con la gravedad de los síntomas gastrointestinales.
Material y métodos: Estudio transversal y analítico; se utilizó un muestreo no aleatorizado que incluyó a CS y sujetos con SII. Quienes aceptaron el consentimiento informado completaron un cuestionario electrónico compuesto por 55 preguntas. Para el diagnóstico de SII se usó el cuestionario de Roma IV. Para evaluar la intensidad del dolor se empleó la Escala de severidad de síntomas en sujetos con SII (IBS-SSS). Se utilizó la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) para medir el distrés psicológico, y la alexitimia se evaluó con la Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). En el análisis estadístico, las variables numéricas se reportaron con estadística descriptiva y medidas de dispersión, las categóricas se expresaron con frecuencia y porcentaje. Para la comparación entre grupos se emplearon las pruebas t de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Se realizaron correlaciones con la prueba de Spearman. Además, se construyó un modelo lineal generalizado ajustado por edad y sexo. Se consideró como significancia estadística un valor de $p < 0,05$. El análisis de los datos se realizó en los programas estadísticos SPSS V.27. y R Studio.
Resultados: Se incluyó a 571 sujetos (mediana de edad de 21 años [rango = 18-61], 61,1% de mujeres), los cuales tuvieron SII en 19,3%. En la clasificación clínica de SII, 45 sujetos (40,9%) presentaron subtipo con estreñimiento, 24 (21,8%) mixto, 22 (20%) no clasificables y 19 (17,3%) diarrea. Las personas con SII tuvieron mayor gravedad de síntomas gastrointestinales (169,9 [121,6-217] vs. 66,6 [33,3-109,9], $p < 0,001$), grados de ansiedad (9 [6-13] vs. 7 [4-10], $p < 0,001$) y alexitimia (58,5 [44-68] vs. 54,4 [43-65], $p = 0,042$) (**Figura 1**), particularmente en la subescala de dificultad para identificar emociones (DIF) (22,5 [14,7-27] vs. 18 [13-24], $p = 0,042$) en comparación con CS. Los pacientes con SII tuvieron mayor alexitimia (43,6% vs. 34,3%, $p = 0,043$) en comparación con los CS. En el subanálisis, los sujetos con SII + alexitimia obtuvieron mayores puntajes de ansiedad (12 [9-14.7] vs. 7 [5-10,2], $p < 0,001$) y depresión (7 [4-9,7] vs. 3 [1,7-5], $p < 0,001$) en comparación con los individuos con SII sin alexitimia. Igualmente, aquellos sujetos con SII + ansiedad tuvieron mayores puntajes de gravedad de síntomas (171,6 [126,6-243,2] vs. 159,9 [103,3-189,9], $p = 0,009$), en comparación con los sujetos con SII sin ansiedad. En las correlaciones, la alexitimia se correlacionó con ansiedad ($r = 0,533$, $p < 0,001$) y depresión ($r = 0,580$, $p < 0,001$). Asimismo, la ansiedad y la depresión se correlacionaron significativamente con las subescalas DIF, dificultad para describir sentimientos y pensamiento orientado hacia lo externo de la alexitimia ($p < 0,001$). En un modelo ajustado por edad y sexo, una mayor puntuación de alexitimia se asoció con la presencia de SII (OR, 1,02; IC95%, 1,0-1,03; $p = 0,042$).
Conclusiones: La alexitimia, especialmente la dificultad para identificar emociones, fue más frecuente en sujetos con SII y se asoció con mayor ansiedad y depresión. Su evaluación clínica podría orientar intervenciones psicoeducativas y psicosociales para mejorar el abordaje integral y la calidad de vida.
Financiamiento: Ninguno.

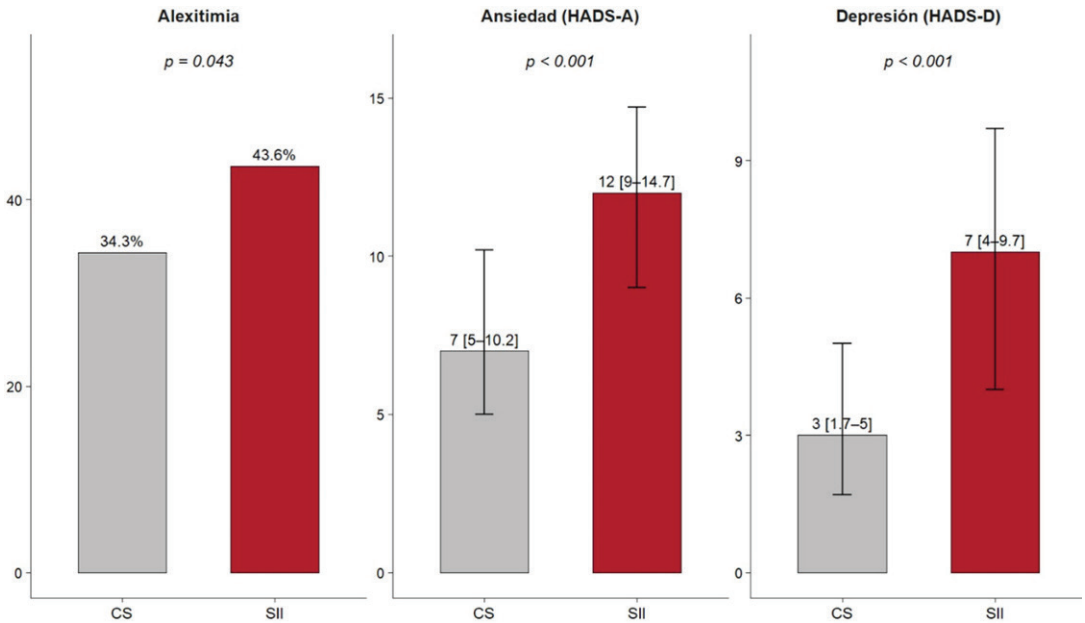
Dom131

EFECTO DEL TAMARINDO, LA PAPAYA Y EL PSYLLIUM SOBRE LOS HÁBITOS INTESTINALES, LOS SÍNTOMAS Y LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON ESTREÑIMIENTO: ESTUDIO PROSPECTIVO DE CUATRO SEMANAS

M. R. Francisco, N. B. Noriega-García, A. P. Vázquez-Cruz, Z. P. Tiburcio-Álvarez, B. A. Priego-Parra, A. D. Cano-Contreras, F. B. Roesch-Dietlen, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

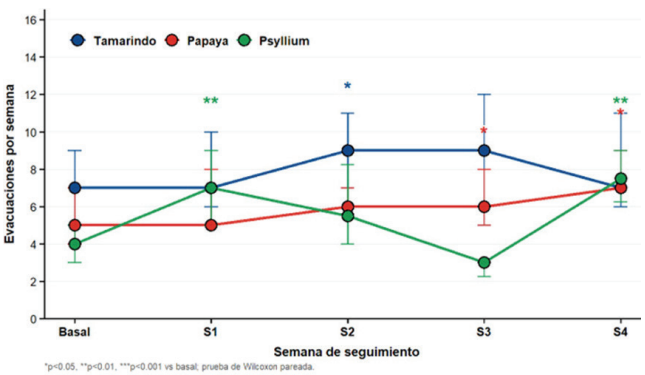
Introducción: La fibra dietética constituye una intervención de primera línea en el tratamiento del estreñimiento. Los estudios con frutas como el kiwi y la ciruela pasa han demostrado una mejoría en la frecuencia y la consistencia de las evacuaciones, lo que ha impulsado el interés por evaluar otros alimentos ricos en fibra y compuestos bioactivos.
Objetivo: Comparar los efectos del tamarindo, la papaya y el psyllium de plantago (Pp) sobre los hábitos intestinales, los síntomas y la calidad de vida en mujeres con estreñimiento.
Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo con seguimiento de cuatro semanas en mujeres con estreñimiento crónico (EC) o síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento (SII-E), los cuales se asignaron a recibir de forma aleatoria 135 g de tamarindo, 140 g de papaya o 16 g del Pp. Se realizaron una evaluación basal y visitas semanales durante las semanas 1, 2, 3 y 4. En cada visita se evaluaron síntomas gastrointestinales, frecuencia de evacuaciones, y la escala de Bristol. Las escalas Wexner y PAC-QOL se aplicaron al inicio y al final del estudio. En el análisis estadístico, las variables semanales se compararon con el basal mediante Wilcoxon pareada y las escalas iniciales y finales mediante t pareada. Los cambios entre intervenciones se evaluaron con Kruskal-Wallis.

Figura 1. Alexitimia y distrés psicológico en sujetos con SII y controles sanos. Los pacientes con SII presentaron mayor prevalencia de alexitimia que los controles sanos. Las barras representan porcentajes para alexitimia y medianas con rango intercuartílico para ansiedad y depresión. (**Dom130**)



Resultados: Se han incluido hasta el momento 28 mujeres con una mediana de edad de 49,5 años (rango, 18-65); 10 tuvieron EC y 18 SII-E. La distribución por intervención fue: tamarindo (n = 9), papaya (n = 9) y Pp (n = 10).
El tamarindo incrementó el número de evacuaciones semanales en la semana 2 (9 [7-11] vs. 7 [4-9]; p = 0,020). La papaya mostró incrementos en las semanas 3 y 4 (p = 0,041 y p = 0,014), mientras que el Pp mejoró en las semanas 1 y 4 (p = 0,009 en ambas) (**Figura 1**). En el análisis por diagnóstico no hubo cambios significativos en el EC. En SII-E, la papaya y el Pp aumentaron las evacuaciones en las semanas 1 y 4 (p < 0,05).
Con respecto a los cambios en la Escala de Bristol, el tamarindo mostró un incremento temprano significativo en la semana 2, mientras que la papaya presentó un aumento progresivo que alcanzó significancia en la semana 4. El Pp mostró una respuesta fluctuante, con un incremento significativo en la semana 1, un descenso transitorio en la semana 3 y una recuperación significativa en la semana 4. En conjunto, las tres intervenciones tendieron a desplazar la consistencia fecal hacia valores más altos en la Escala de Bristol.
Con respecto a los síntomas, la dificultad para evacuar fue el único síntoma con cambios significativos: disminuyó de forma sostenida con tamarindo durante las cuatro semanas (p = 0,022) y con Pp a partir de la semana 2 (p = 0,032, p = 0,019 y p = 0,008). La papaya no modificó de manera significativa los síntomas evaluados.
El puntaje global de Wexner disminuyó significativamente con las tres intervenciones. El PAC-QOL también mejoró en todos los grupos, con significancia estadística para el Pp y tendencia a la mejoría con el tamarindo y la papaya.
Conclusiones: En este estudio piloto, el tamarindo, la papaya y el Pp mejoraron distintos síntomas en pacientes con estreñimiento. El tamarindo redujo de forma temprana y sostenida la dificultad para evacuar, la papaya produjo una mejoría progresiva en la frecuencia y consistencia de las evacuaciones, y el psyllium mejoró la frecuencia evacuatoria y la calidad de vida. Estos resultados respaldan el potencial de las intervenciones dietéticas basadas en la fibra, aunque deberán confirmarse en estudios con mayor tamaño de muestra. Se requieren estudios controlados con un mayor tamaño de muestra para confirmar estos hallazgos y establecer comparaciones entre tratamientos.
Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Evacuaciones semanales según la intervención. Evolución del número de evacuaciones durante el seguimiento: tamarindo (azul), papaya (rojo) y plantago psyllium (verde). Los asteriscos indican diferencias significativas respecto del valor basal. (**Dom131**)



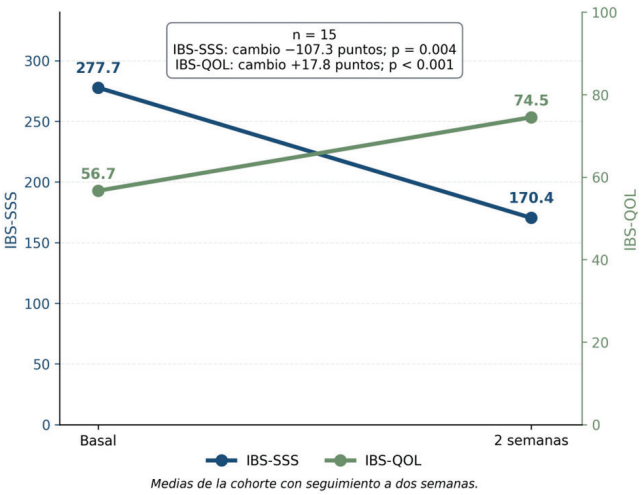
Dom132

SIBO E IMO EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: UTILIDAD DE LA PRUEBA DE ALIENTO PARA ORIENTAR TRATAMIENTO CON RIFAXIMINA

H. G. Puc-Farfán, F. Dimas-Ramírez, A. Salazar-Hernández, A. L. González-Lavín, R. A. Jiménez-Castillo, J. A. González-González, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La heterogeneidad fisiopatológica del síndrome de intestino irritable (SII) integra alteraciones de motilidad, sensibilidad visceral, eje intestino-cerebro y microbiota. En este contexto, el sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SIBO) y el sobrecrecimiento intestinal de metanógenos (IMO) constituyen mecanismos potencialmente tratables; sin embargo, la utilidad clínica de la prueba de aliento para orientar el tratamiento dirigido con rifaximina permanece incierta.
Objetivo: Evaluar en pacientes con SII la frecuencia de SIBO e IMO, su distribución entre subtipos, su asociación con la carga clínica basal y la respuesta temprana a la rifaximina.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y longitudinal en pacientes con SII definido por Roma IV. Se realizó prueba de aliento con 75 g de glucosa; el SIBO se definió como incremento de H2 ≥ 20 ppm en los primeros 90 minutos e IMO como CH4 ≥ 10 ppm. Los pacientes positivos y aquéllos con SII con predominio de diarrea (SII-D), independientemente del resultado, recibieron rifaximina por dos semanas. La gravedad sintomática y la calidad de vida se evaluaron con IBS-SSS e IBS-QOL. Se definió respuesta clínica como reducción ≥ 50 puntos en IBS-SSS y mejoría clínicamente relevante de calidad de vida como incremento ≥ 14 puntos en IBS-QOL. Se emplearon pruebas exactas, análisis pareado y modelos robustos ajustados por sexo, IMC y subtipo.
Resultados: Se analizó a 78 pacientes con SII. La prueba fue positiva en 31/78 (39,7%; IC95% 28,8-51,5), sin diferencias entre SII-D, SII con predominio de estreñimiento, SII mixto y SII no clasificado (p = 0,786). El SIBO fue más frecuente en SII-D (6/21; 28,6%) y el IMO en SII con predominio de estreñimiento (10/29; 34,5%). La coexistencia de SIBO e IMO se observó en un paciente con SII-D, uno con SII con predominio de estreñimiento y uno con SII mixto, sin diferencias significativas entre subtipos. Los pacientes positivos presentaron mayor IBS-SSS basal que los negativos (289,8 vs. 245,4; diferencia, 44,3 puntos; p = 0,029), mientras que el IBS-QOL basal no difirió (p = 0,501). Entre los 15 positivos con seguimiento, la rifaximina se asoció con reducción de 107,3 puntos en IBS-SSS (p = 0,004) e incremento de 17,8 puntos en IBS-QOL (p < 0,001); 60% alcanzó mejoría clínicamente relevante en ambas escalas (**Figura 1**). En el SII-D, la positividad no predijo la respuesta clínica a la rifaximina (p = 0,592).
Conclusiones: La prueba de aliento identificó SIBO o IMO en aproximadamente 4 de cada 10 pacientes con SII. En los pacientes positivos con seguimiento, el tratamiento dirigido con rifaximina se asoció con mejoría sintomática y de calidad de vida. Estos hallazgos sugieren utilidad clínica de la prueba para identificar un subgrupo con alteraciones microbianas potencialmente tratables, aunque se requieren estudios con seguimiento completo y grupo comparador para confirmar su valor predictivo.
Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Evolución de la gravedad sintomática y la calidad de vida tras dos semanas de tratamiento con rifaximina en pacientes con síndrome de intestino irritable y prueba de aliento positiva. El IBS-SSS mostró una reducción de 277,7 a 170,4 puntos (cambio medio: −107,3; p = 0,004), en tanto que el IBS-QOL aumentó de 56,7 a 74,5 puntos (cambio medio: +17,8; p < 0,001). Nueve de 15 pacientes (60%) alcanzaron una respuesta clínicamente relevante. Las líneas corresponden a las medias de la cohorte con seguimiento. (**Dom132**)



Medias de la cohorte con seguimiento a dos semanas.

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO
www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres en cartel

Domingo 22 de noviembre de 2026

PÁNCREAS

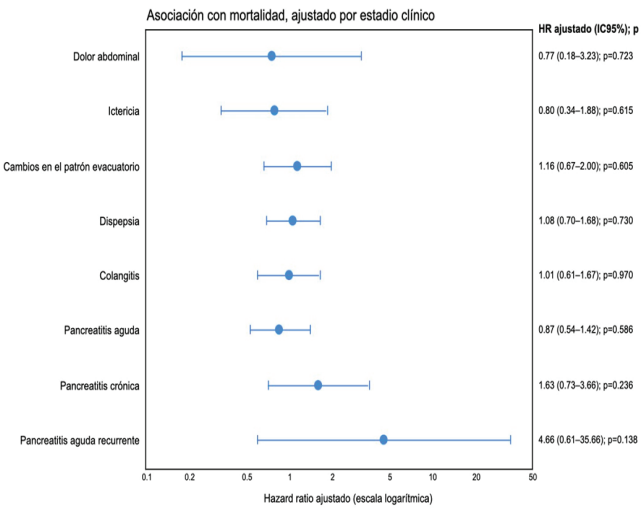
Dom133

FRECUENCIA Y VALOR PRONÓSTICO DE LOS SÍNTOMAS Y COMPLICACIONES PANCREATOBILIARES EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO

R. Toledo-Galván, Y. M. Velasco-Santiago, A. G. González-Rodríguez, O. Leyva-Ángeles, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El adenocarcinoma pancreático se caracteriza por elevada letalidad y con frecuencia se diagnostica cuando la progresión tumoral ya ocasiona síntomas persistentes o complicaciones pancreatobiliares. El dolor, la ictericia y los procesos inflamatorios u obstructivos pueden causar hospitalizaciones, drenaje biliar, antibioticoterapia, interrupciones del tratamiento oncológico y mayor necesidad de cuidados de soporte. Sin embargo, estas manifestaciones suelen coexistir con enfermedad avanzada, por lo que su aparente relación con la supervivencia podría estar determinada principalmente por el estadio tumoral. Establecer si poseen valor pronóstico independiente permitiría evitar interpretaciones aisladas y orientar mejor la estratificación clínica.
Objetivo: Describir la frecuencia de los síntomas y complicaciones pancreatobiliares y evaluar su asociación independiente con la mortalidad, después de ajustar por estadio clínico.
Material y métodos: Cohorte retrospectiva de 100 pacientes con adenocarcinoma pancreático atendidos en un hospital de tercer nivel entre 2015 y 2025. Se registraron dolor abdominal, ictericia, cambios en el patrón evacuatorio, dispepsia, colangitis, pancreatitis aguda, pancreatitis crónica y pancreatitis aguda recurrente. Las variables continuas se resumieron con media o mediana y las categóricas con frecuencias y porcentajes. La supervivencia se expresó en meses y el desenlace fue la mortalidad por cualquier causa. Para cada manifestación se construyó un modelo individual de riesgos proporcionales de Cox ajustado por estadio clínico. Se calcularon razones de riesgo ajustadas (HRa), intervalos de confianza del 95% (IC95%) y valores de p.
Resultados: La edad media fue de 57,4 ± 10,5 años y 54% correspondió a hombres. El dolor abdominal estuvo presente en 98%, la ictericia en 94%, la dispepsia en 54% y los cambios en el patrón evacuatorio en 19%. Entre las complicaciones, la colangitis fue la más frecuente (77%), seguida de pancreatitis aguda (27%), pancreatitis crónica (7%) y pancreatitis aguda recurrente (1%). La mediana de supervivencia fue de 12 meses y se registraron 88 defunciones. Después del ajuste por estadio, no se identificó asociación independiente con mortalidad para dolor abdominal (HRa 0,77; IC95%, 0,18–3,23), ictericia (HRa 0,80; IC95%, 0,34–1,88), cambios evacuatorios (HRa 1,16; IC95%, 0,67–2,00), dispepsia (HRa 1,08; IC95%, 0,70–1,68), colangitis (HRa 1,01; IC95%, 0,61–1,67), pancreatitis aguda (HRa 0,87; IC95%, 0,54–1,42) o pancreatitis crónica (HRa 1,63; IC95%, 0,73–3,66). Todos los IC95%, cruzaron la unidad y ningún modelo alcanzó significancia estadística, como se muestra en la **Figura 1**. La pancreatitis aguda recurrente presentó un estimador elevado (HRa 4,66; IC95%, 0,61–35,66; p = 0,138), pero mostró amplia imprecisión.
Conclusiones: Los síntomas y complicaciones pancreatobiliares constituyeron una carga clínica elevada, especialmente el dolor abdominal, la ictericia y la colangitis. No obstante, ninguna manifestación aportó valor pronóstico independiente después de considerar el estadio tumoral, por lo que no deben utilizarse de forma aislada para estimar supervivencia. Su detección y tratamiento son todavía prioritarios por su repercusión en la calidad de vida, la utilización de recursos y la necesidad de intervenciones. El resultado de la pancreatitis aguda recurrente debe considerarse exploratorio. El diseño retrospectivo, el tamaño muestral y la baja frecuencia de algunos eventos limitan la precisión de las estimaciones; se requieren cohortes multicéntricas para confirmar estos hallazgos.
Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Figura 1. Asociación entre síntomas y complicaciones pancreatobiliares y mortalidad en pacientes con adenocarcinoma pancreático. (**Dom133**)



0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

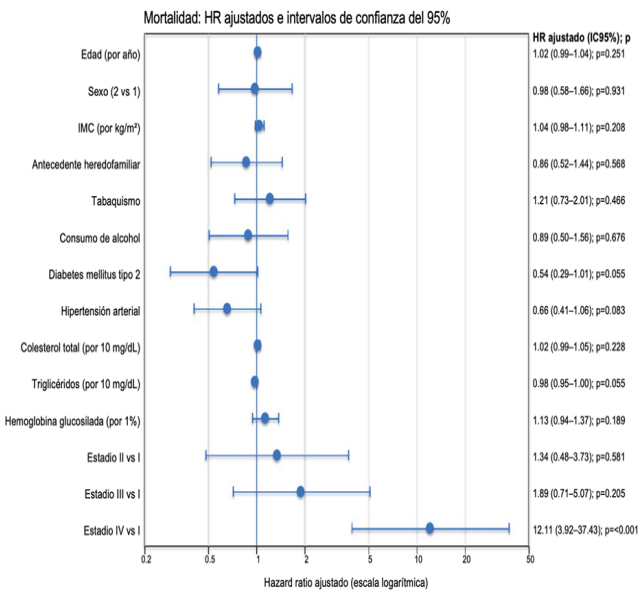
Dom134

FACTORES ASOCIADOS CON MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA SEGÚN ESTADIO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO

R. Toledo-Galván, Y. M. Velasco-Santiago, A. G. González-Rodríguez, O. Leyva-Ángeles, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El pronóstico del adenocarcinoma pancreático está determinado principalmente por la extensión tumoral al diagnóstico. Sin embargo, la contribución independiente de las características demográficas y del perfil metabólico permanece incierta, en especial porque la pérdida ponderal, la caquexia y el estado inflamatorio pueden modificar los parámetros antropométricos y bioquímicos. Establecer su valor después de ajustar por estadio podría mejorar la estratificación clínica y evitar interpretaciones aisladas de alteraciones propias de la enfermedad avanzada.
Objetivo: Evaluar la supervivencia según el estadio clínico e identificar factores demográficos, antropométricos y metabólicos asociados de manera independiente con la mortalidad.
Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 100 pacientes con adenocarcinoma pancreático atendidos en un hospital de tercer nivel entre 2015 y 2025. Se analizaron edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), antecedente heredofamiliar, tabaquismo, consumo de alcohol, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, colesterol total, triglicéridos, hemoglobina glucosilada (HbA1c) y estadio clínico. La supervivencia se expresó en meses. Las diferencias entre estadios se evaluaron mediante Kruskal-Wallis y comparaciones *post hoc* con corrección de Bonferroni. Se construyeron modelos de riesgos proporcionales de Cox univariados y multivariable. El modelo ajustado incorporó simultáneamente las variables demográficas y metabólicas, además del estadio clínico, con el estadio I como categoría de referencia. Los resultados se expresaron como hazard ratio (HR) e intervalo de confianza del 95% (IC95%).
Resultados: La edad media fue de 57,4 ± 10,5 años, 54% correspondió a hombres y el IMC medio fue de 24,1 ± 4,2 kg/m². La diabetes estuvo presente en 53% y la hipertensión en 47%; 55% presentó triglicéridos > 150 mg/dL, 32% colesterol total > 200 mg/dL y 47% HbA1c > 7%. La distribución por estadio fue I 7%, II 25%, III 37% y IV 31%. Las medianas de supervivencia fueron 15, 16, 12 y 8 meses para los estadios I, II, III y IV, respectivamente (Kruskal-Wallis H = 35,08; p < 0,001). El estadio IV mostró una supervivencia significativamente menor que los estadios I, II y III después de la corrección de Bonferroni. En el modelo de Cox multivariable, el estadio IV fue el único predictor independiente de mortalidad frente al estadio I (HR ajustado 12,11; IC95%, 3,92-37,43; p < 0,001), como se muestra en la **Figura 1**. Los estadios II y III no alcanzaron significación estadística. Edad, sexo, IMC, antecedente heredofamiliar, tabaquismo, alcohol, diabetes, hipertensión, colesterol total y HbA1c tampoco mostraron asociación independiente. Los triglicéridos presentaron una asociación inversa limítrofe (HR ajustado por cada 10 mg/dL 0,977; IC95%, 0,954-1,000; p = 0,055), posiblemente relacionada con el estado nutricional o con causalidad inversa.
Conclusiones: El estadio IV fue el determinante independiente de mortalidad y se asoció con menor supervivencia, aun después de considerar variables clínicas y metabólicas. Los factores demográficos, antropométricos y metabólicos evaluados no aportaron valor pronóstico independiente adicional al estadio. La asociación inversa limítrofe de los triglicéridos no debe interpretarse como un efecto protector, sino como un hallazgo exploratorio susceptible de confusión por caquexia, reserva nutricional y gravedad de la enfermedad. Estos resultados respaldan la estadificación oportuna y la interpretación del perfil metabólico en su contexto clínico y nutricional a fin de desarrollar y validar estrategias de detección oportuna como en otras neoplasias.
Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Figura 1. Modelo de riesgos proporcionales de Cox para mortalidad. (**Dom134**)



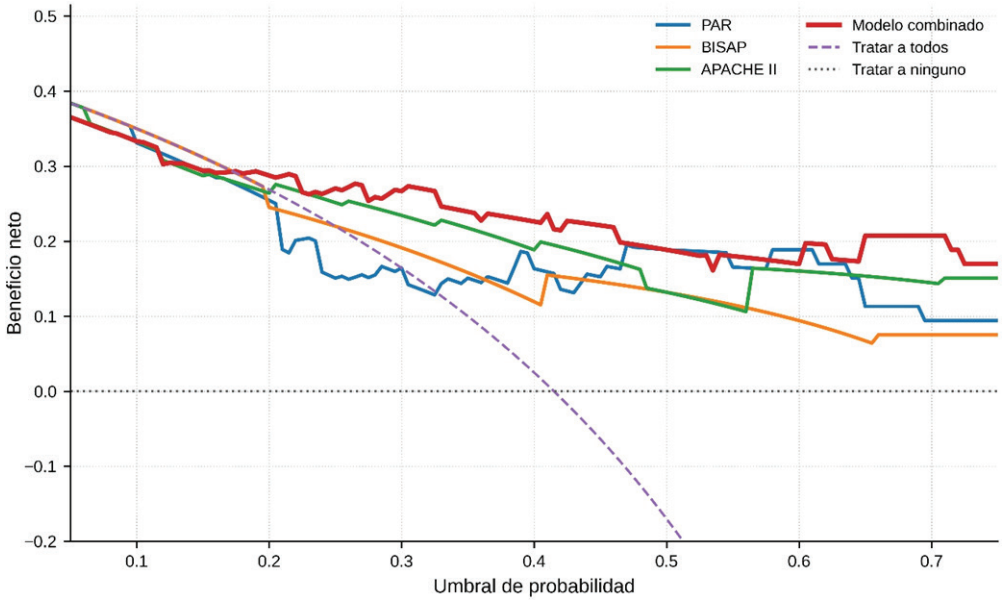
Dom135

VALOR PRONÓSTICO INCREMENTAL DE LA RELACIÓN FÓSFORO/ALBÚMINA SOBRE EL BISAP PARA LA ESTRATIFICACIÓN TEMPRANA DE LA GRAVEDAD EN PANCREATITIS AGUDA

F. X. Balarezo-Arias, F. Higuera-De-La-Tijera, Y. M. Velasco-Santiago, A. D. Santana-Vargas, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La identificación temprana de pacientes con pancreatitis aguda con riesgo de evolucionar a enfermedad moderadamente grave o grave es todavía un desafío clínico. Aunque el BISAP es una herramienta validada para la estratificación inicial, existe interés en biomarcadores simples, de bajo costo y disponibles desde el ingreso que mejoren la predicción pronóstica. La hiperfosfatemia refleja lesión celular y disfunción orgánica temprana, mientras que la hipoalbuminemia se asocia con una respuesta inflamatoria sistémica más intensa; por ello, la relación fósforo/albúmina (PAR) podría aportar información pronóstica adicional.
Objetivo: Determinar la capacidad discriminativa y el valor pronóstico incremental de la relación fósforo/albúmina sobre el BISAP para la predicción temprana de pancreatitis aguda moderadamente grave o grave.
Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con pancreatitis aguda clasificados de acuerdo con la Revisión de Atlanta 2012. Se incluyó a 61 pacientes (edad 42,7 ± 14,7 años; 65,6% de hombres). Las etiologías predominantes fueron alcohólica (37,7%), biliar (26,2%) e hipertrigliceridemia (23,0%). El desenlace primario fue pancreatitis moderadamente grave o grave. La capacidad discriminativa de PAR, BISAP y APACHE II se evaluó mediante curvas ROC. El valor incremental de PAR sobre BISAP se analizó mediante regresión logística, al comparar modelos anidados con la prueba de razón de verosimilitud y el criterio de información de Akaike (AIC).
Resultados: Treinta y seis pacientes (59,0%) presentaron pancreatitis leve y 25 (41,0%) pancreatitis moderadamente grave o grave. No se observaron diferencias significativas entre los grupos en edad, sexo ni etiología. PAR mostró una capacidad discriminativa comparable a la de BISAP (AUROC 0,732; IC95%, 0,580–0,884 vs. 0,740; IC95%, 0,608–0,872), mientras que APACHE II presentó el mejor desempeño (AUROC 0,802; IC95%, 0,676–0,928). La incorporación de PAR al BISAP mejoró significativamente el ajuste del modelo (LR x^2 = 4,73; p = 0,030) y redujo el AIC de 72,82 a 70,09 (ΔAIC = −2,73), lo que demuestra un valor pronóstico incremental respecto del BISAP solo (**Figura 1**).
Conclusiones: La relación fósforo/albúmina mostró un rendimiento pronóstico comparable al BISAP y aportó información pronóstica incremental al incorporarse a este modelo. Debido a su bajo costo, amplia disponibilidad y obtención desde el ingreso hospitalario, representa un biomarcador prometedor para optimizar la estratificación temprana de la gravedad en pancreatitis aguda. Estos hallazgos requieren validación en estudios prospectivos, multicéntricos y con mayor tamaño de muestra antes de su implementación rutinaria.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Figura 1. Curva de decisión clínica que compara el beneficio neto de los modelos PAR, BISAP, APACHE II y del modelo combinado para la predicción de pancreatitis aguda moderadamente grave/grave. El modelo combinado mostró el mayor beneficio neto en un amplio rango de probabilidades umbral. Fuente: elaborado por los autores. (**Dom135**)



Dom136

ESTUDIO PILOTO DE DERIVACIÓN DEL ENDOSCOPIC PANCREATIC ELASTOGRAPHY PREDICTION MODEL (EPEM) PARA LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE MALIGNIDAD EN LESIONES PANCREÁTICAS SÓLIDAS EVALUADAS MEDIANTE ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO

J. C. Balderas-Ortega, K. D. López-García, Y. M. Escandón-Espinoza, Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE) Bicentenario de la Independencia, ISSSTE

Introducción: La diferenciación entre lesiones pancreáticas sólidas benignas y malignas es todavía un reto diagnóstico. Con base en la revisión crítica de la evidencia científica disponible, se decidió crear una escala exploratoria propuesta que integra variables elastográficas, morfológicas y bioquímicas obtenidas durante el ultrasonido endoscópico (USE) denominada Endoscopic Pancreatic Elastography Prediction Model (EPEM), para estructurar la estimación inicial del riesgo de malignidad. El EPEM se fundamenta en la hipótesis de que la probabilidad de malignidad aumenta conforme convergen alteraciones biológicas características del adenocarcinoma pancreático y ello refleja de forma estructurada su progresión. La elastografía cualitativa constituye su componente con mayor capacidad discriminativa, en concordancia con la intensa reacción desmoplásica que incrementa la rigidez tisular y produce el patrón homogéneamente azul descrito por Giovannini. Sin embargo, como señalan Chantarojanasiri y Kongkam, su especificidad disminuye cuando se utiliza de forma aislada debido a la fibrosis presente en procesos inflamatorios, lo que justifica su integración con otras variables dentro del EPEM.

Objetivo: Explorar el desempeño diagnóstico preliminar de la escala EPEM, propuesta por los investigadores a partir de la bibliografía revisada, utilizando la histopatología como estándar de referencia.

Material y métodos: Estudio piloto, observacional, analítico y unicéntrico. Se identificó a 21 pacientes con lesiones pancreáticas sólidas evaluadas mediante USE; cinco se excluyeron por ausencia de confirmación histopatológica o información insuficiente y se integró una cohorte final de 16 pacientes. El modelo incorporó ocho variables: elastografía cualitativa, bordes, ecogenicidad, diámetro del conducto pancreático principal, atrofia distal, invasión vascular, adenopatías sospechosas y CA 19-9 sérico. Se evaluaron sensibilidad, especificidad, valores predictivos, exactitud, curva ROC e índice de Youden.

Resultados: Trece pacientes (81,3%) presentaron lesiones malignas y tres (18,7%) benignas. La edad media fue de 65,6 ± 10,9 años y predominó el sexo femenino (75%). El punto de corte exploratorio ≥ 8 obtuvo el mayor índice de Youden, con sensibilidad de 100%, especificidad de 33,3%, valor predictivo positivo de 86,7%, valor predictivo negativo de 100% y exactitud diagnóstica de 87,5%, con un área bajo la curva ROC de 0,59. La elastografía cualitativa fue el componente con mayor capacidad discriminativa (**Tabla 1**).

Tabla 1. Análisis exploratorio de puntos de corte. (**Dom136**)

Corte	S	E	VPP	VPN	Exactitud	Youden
≥ 5	100	33,3	86,7	100	87,5	0,333
≥ 8	100	33,3	86,7	100	87,5	0,333
≥ 9	76,9	33,3	83,3	25	68,8	0,103
≥10	61,5	33,3	80	16,7	56,3	- 0,051
≥ 11	53,8	33,3	77,8	14,3	50	- 0,128
≥ 12	23,1	100	100	23,1	37,5	0,231

Conclusiones: El EPEM constituye una propuesta metodológica original para integrar hallazgos obtenidos durante el USE en la estratificación inicial del riesgo de malignidad de lesiones pancreáticas sólidas. El EPEM completo presentó una sensibilidad y exactitud mayores cuando se utilizó un punto de corte ≥ 8; sin embargo, su especificidad disminuyó al 33,3% y el área bajo la curva fue de 0,590. La discrepancia entre la elevada exactitud aparente y la baja discriminación global se explica por la elevada prevalencia de lesiones malignas y por el reducido número de casos benignos. Aunque mostró resultados promisorios, corresponde exclusivamente a una fase piloto de derivación; por ello, requiere recalibración y validación prospectiva multicéntrica antes de su aplicación clínica. La siguiente fase del proyecto consistirá en la incorporación prospectiva de pacientes consecutivos con lesiones pancreáticas sólidas para recalibrar las ponderaciones originales y evaluar la estabilidad del modelo mediante validación interna. Posteriormente será necesaria una validación multicéntrica que determine su reproducibilidad y utilidad clínica en diferentes escenarios asistenciales.

Financiamiento: No se obtuvo ningún financiamiento para la realización del estudio.

Dom137

DESENLACE DIAGNÓSTICO DE PACIENTES SOMETIDOS A BIOPSIA GUIADA POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN LESIONES PANCREÁTICAS: EXPERIENCIA DE UN CENTRO ONCOLÓGICO

L. I. Gallardo-González, P. Peniche-Moguel, J. A. Zárate-Guzmán, Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La biopsia guiada por ultrasonido endoscópico (USE) constituye el método de elección para la obtención de tejido en lesiones pancreáticas y representa una herramienta fundamental para establecer el diagnóstico histopatológico. A pesar de su elevada precisión diagnóstica, un grupo de pacientes no obtiene un diagnóstico definitivo con el procedimiento inicial, lo que puede retrasar el diagnóstico y modificar la toma de decisiones clínicas. Las publicaciones médicas se han enfocado principalmente en optimizar el rendimiento diagnóstico de la técnica; sin embargo, existe información limitada sobre el desenlace diagnóstico de estos pacientes y la evolución posterior del proceso diagnóstico.
Objetivo: Describir el desenlace diagnóstico de los pacientes sometidos a biopsia guiada por USE en lesiones pancreáticas, además del método mediante el cual se obtuvo el diagnóstico definitivo y la proporción de pacientes que permanecieron sin diagnóstico al cierre del seguimiento.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado en un centro oncológico de referencia. Se incluyó a pacientes con lesiones pancreáticas sometidos a biopsia guiada por USE entre mayo de 2025 y mayo de 2026. Se registraron edad, sexo, localización y tipo de lesión, resultado histopatológico inicial, método mediante el cual se obtuvo el diagnóstico definitivo, diagnóstico final y tiempo hasta el diagnóstico. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con su desenlace diagnóstico en: diagnóstico mediante la biopsia inicial, diagnóstico posterior mediante estudios complementarios y ausencia de diagnóstico definitivo al cierre del seguimiento. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias y porcentajes y las continuas con media y desviación estándar.
Resultados: Se incluyó a 134 pacientes con edad media de 65,5 ± 12,5 años; el 56,7% correspondió a mujeres. Las lesiones fueron sólidas en 82 pacientes (61,2%), quísticas en 37 (27,6%) y mixtas en 15 (11,2%). La localización más frecuente fue la cabeza pancreática (44,8%), seguida del cuerpo (23,1%) y proceso uncinado (16,4%). El desenlace diagnóstico fue: diagnóstico mediante la biopsia inicial en 74 pacientes (55,2%), diagnóstico posterior mediante estudios complementarios en 29 (21,6%) y ausencia de diagnóstico definitivo al cierre del seguimiento en 31 (23,1%). Entre los pacientes que requirieron estudios complementarios, el diagnóstico definitivo se obtuvo mediante un segundo USE en 11 (37,9%), cirugía en 10 (34,5%), biopsia de metástasis en 4 (13,8%) y cepillado de la vía biliar en 4 (13,8%). El tiempo promedio hasta el diagnóstico fue de 24,8 ± 17,2 días en los pacientes diagnosticados con la biopsia inicial y de 52,1 ± 52,8 días en aquellos que requirieron procedimientos adicionales.
Conclusiones: En la experiencia de los autores, cerca de uno de cada cuatro pacientes con un resultado inicial no diagnóstico permaneció sin un diagnóstico definitivo al cierre del seguimiento. Estos hallazgos sugieren que el desenlace de una biopsia no diagnóstica depende no sólo del procedimiento inicial, sino también de la continuidad del proceso diagnóstico.
Financiamiento: No se contó con financiamiento para este estudio.

Dom138

ADHERENCIA A LAS GUÍAS CLÍNICAS 2024 DEL COLEGIO AMERICANO DE GASTROENTEROLOGÍA PARA EL MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA EN UN CENTRO MEXICANO DE TERCER NIVEL

S. Mariño-Velasco, L. A. Álvarez-Lozada, M. Guerrero-Castillo, J. A. González-González, J. O. Jáquez-Quintana, C. A. Cortez-Hernández, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es la principal causa gastrointestinal de hospitalización a nivel mundial. En 2024, el Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) publicó guías clínicas actualizadas para su manejo. La adherencia a recomendaciones basadas en evidencia se asocia con mejores desenlaces, pero su cumplimiento en centros latinoamericanos de tercer nivel permanece sin evaluarse.
Objetivo: Evaluar el grado de adherencia a las guías clínicas ACG 2024 para el manejo de la PA en un centro de tercer nivel.
Material y métodos: Estudio observacional y ambispectivo en un hospital de referencia de tercer nivel (enero–diciembre 2025). Se analizó a 101 episodios de PA (diagnóstico por ≥ 2/3 criterios estándar). Mediante una lista de verificación estructurada basada en las recomendaciones ACG 2024 se evaluaron diferentes dominios: estudio de imagen, reanimación hídrica, nutrición, manejo biliar/CPRE, profilaxis antibiótica y analgesia. La gravedad se clasificó con la Clasificación de Atlanta Revisada 2012.
Resultados: Hasta 63 (62,4%) pacientes eran mujeres, con edad media de 39,98 ± 16,93 años; 52 (51,5%) tenían sobrepeso, 40 (39,5%) diabetes tipo 2, dislipidemia en 29 (28,7%) y trastorno por consumo de alcohol en 28 (27,7%). La etiología biliar fue en 71 (70,3%) casos, hipertrigliceridemia en 18 (17,8%) y consumo crónico por alcohol en 6 (5,9%); 70 (69,3%) fueron leves, moderadamente-grave en 24 (23,8%) y 7 (6,9%) graves. A 34 pacientes (33,7%) se les realizo una TC en las primeras 48 h. La adherencia en el uso de analgesia fue de 98 (98%) y uso de solución de Ringer con lactato en 86 (85,1%). La infusión de mantenimiento de 1,5 mL/kg/h se documentó en 36 (35,6%) pacientes, mientras que la valoración formal del estado de volumen fue en 54 (53,5%). Hasta 13 (12,9%) presentaron sobrecarga hídrica. La dieta oral se inició con una mediana de 48 h (24–54); 17 (23,9%) pacientes tuvieron coledocolitiasis y de éstos 11 (64,7%) se sometieron a CPRE. Se documentó colangitis en 9 (52,9%). La CPRE < 24 h se realizó en 4 (44,4%) pacientes. En PA biliar, la colecistectomía fue en 35,2% (25/71). El uso de antibióticos profilácticos fue en el 100% de la PA grave (7/7) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Adherencia a recomendaciones seleccionadas de la guía clínica ACG 2024, por dominio de manejo (n = 101). (**Dom138**)

Recomendación ACG 2024	n/valor	%/RIC
Ultrasonido abdominal al ingreso	60	59.4%
TC en las primeras 48 h	34	33.7%
Ringer con lactato	86	85.1%
Infusión de mantenimiento a 1.5 mL/kg/h	36	35.6%
Monitoreo BUN y hematocrito (6, 24, 48 h)	80	79.2
Inicio de dieta oral, mediana (h)	48	[24–54]
Dieta baja en grasa	55	55.6%
Coledocolitiasis	17	23.9%
Colangitis presente (en los pacientes con coledocolitiasis)	9/17	52.9%
CPRE <2 4 h para colangitis	4/9	44.4%
Colecistectomía, misma admisión (PA biliar)	25/71	35.2%
Antibióticos profilácticos (PA grave)	7/7	100%
Analgesia administrada	98	98.0%

TC, tomografía computarizada; CPRE, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; PA, pancreatitis aguda; BUN, nitrógeno de la urea; RIC, rango intercuartílico.

Conclusiones: La adherencia fue heterogénea entre dominios. Se identificaron brechas críticas en la titulación de la infusión y el monitoreo del estado de volumen, CPRE < 24 h en colangitis, y la realización de colecistectomía durante el mismo internamiento. Estos hallazgos identifican la necesidad de replantear el apego de la implementación de las guías clínicas basadas en evidencia.
Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento externo.

Dom139

DESEMPEÑO PRONÓSTICO DEL ÍNDICE GLUCOSA/ALBÚMINA PARA LA ESTRATIFICACIÓN TEMPRANA DE LA GRAVEDAD EN PANCREATITIS AGUDA: COHORTE RETROSPECTIVA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

M. Pinacho-Juárez, S. L. Zapata-Ortega, C. Miranda-Sosa, H. A. Cabello-Valdés, M. R. Herrero-Maceda, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

Introducción: La estratificación temprana de la gravedad en pancreatitis aguda (PA) todavía es un desafío clínico. Las escalas convencionales (BISAP, APACHE-II, Ranson) requieren múltiples variables o ventanas de 24-48 horas. El índice glucosa/albúmina (IGA = glucosa mg/dL ÷ albúmina g/dL) integra dos biomarcadores disponibles desde el ingreso: la hiperglucemia de estrés, reflejo de la respuesta inflamatoria sistémica, y la hipoalbuminemia, marcador de fuga capilar. Su desempeño pronóstico en PA no se ha evaluado en la población mexicana.

Objetivo: Evaluar el desempeño pronóstico del IGA en las primeras 24 horas del ingreso para identificar PA moderadamente grave o grave según la Clasificación Revisada de Atlanta 2012.

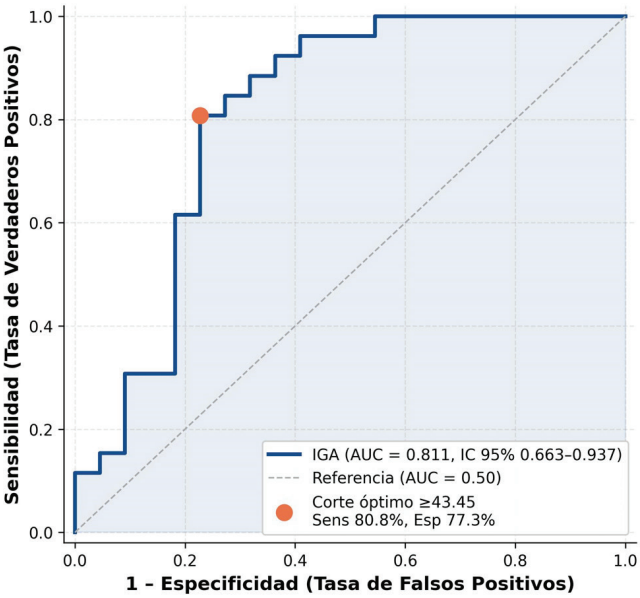
Material y métodos: Estudio observacional, analítico, de cohorte retrospectiva en pacientes adultos con PA por criterios de Atlanta 2012 en el Hospital Juárez de México. Predictor: IGA al ingreso. Desenlace primario: PA moderadamente grave o grave (Atlanta 2-3) contra leve (Atlanta 1). Se realizaron curvas ROC con AUC e IC95% por *bootstrap* (n = 2 000), punto de corte por índice de Youden, y regresión logística univariada y multivariada ajustada por edad, sexo y etiología.

Resultados: Se analizó a 48 pacientes (73,5% de hombres; edad, 40,7 ± 10,7 años). El 54,2% (n = 26) presentó PA moderadamente grave o grave. El IGA fue significativamente mayor en dicho grupo vs. leve (mediana 59,8 [RIQ 45,7-79,7] vs. 30,6 [RIQ 22,7-37,8]; p = 0,0002). La curva ROC mostró un AUC de 0,811 (IC95%, 0,663-0,937), con punto de corte óptimo IGA ≥ 43,45, sensibilidad de 80,8%, especificidad de 77,3%, VPP de 80,8% y VPN de 77,3% (**Figura 1**). El IGA mantuvo asociación independiente en el análisis ultivariado (OR = 1,037; IC95%, 1,014-1,111; p < 0,05).

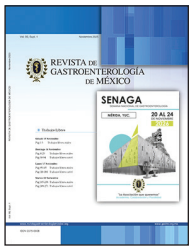
Conclusiones: El IGA mostró desempeño pronóstico favorable para identificar PA moderadamente grave o grave (AUC 0,811), con sensibilidad y especificidad superiores al 77%. Se mantuvo como predictor independiente de gravedad tras ajuste multivariado. Por su simplicidad y disponibilidad inmediata, representa una herramienta prometedora para complementar la estratificación temprana del riesgo en PA. Se requieren estudios multicéntricos para confirmar su utilidad clínica definitiva.

Financiamiento: Este trabajo no ha recibido financiamiento gubernamental ni de la industria farmacéutica.

Figura 1. Curva ROC del índice glucosa/albúmina para la identificación de pancreatitis aguda moderadamente grave o grave. AUC = 0,811 (IC95%, 0,663-0,937). Punto de corte óptimo: IGA ≥ 43,45. Sensibilidad de 80,8%, especificidad de 77,3%. (**Dom139**)



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO
www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 23 de noviembre de 2026

OBESIDAD

Lun140

CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH MEDIANTE ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA: UN ESTUDIO DE PREVALENCIA

C. Maya-Salazar, B. Aguilar-Rodea, J. Lezama-Mora, L. E. Cazares-Villarreal, E. Juárez-Hernández, I. López-Méndez, Médica Sur

Introducción: La esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD) es actualmente la enfermedad hepática crónica de mayor prevalencia a nivel mundial. En personas que viven con VIH (PVV), la prevalencia reportada varía del 13% al 55%, según sea la herramienta empleada para el diagnóstico.
Objetivo: Estimar la prevalencia de esteatosis y fibrosis hepática en adultos con monoinfección por VIH e identificar los factores asociados.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal prospectivo en adultos con monoinfección por VIH en la Ciudad de México. La esteatosis y la fibrosis hepáticas se evaluaron mediante elastografía transitoria (ET); se definió esteatosis por un parámetro de atenuación controlada (CAP) ≥ 268 dB/m y fibrosis clínicamente significativa por rigidez hepática ≥ 8,1 kPa. Se calcularon marcadores no invasivos para esteatosis hepática: índice de esteatosis hepática (HSI), índice triglicéridos-glucosa (TyG) e índice triglicéridos-glucosa-circunferencia de cintura (TyG-CC); y para fibrosis hepática: índice de fibrosis-4 (FIB-4) e índice de aspartato aminotransferasa/plaquetas (APRI). Se evaluó la precisión diagnóstica de cada marcador utilizando la ET como referencia.
Resultados: Se incluyó a 213 pacientes; 85,9% (n = 183) correspondió a hombres, con una mediana de edad de 46 (38-55) años y una mediana del índice de masa corporal (IMC) de 26 (23-29,2) kg/m^2; 87,8% (n = 187) de los pacientes presentó carga viral indetectable. La mayoría de los pacientes (59,6%, n = 127) tenía regímenes antirretrovirales (TAR) que contenían inhibidores de la integrasa más inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa. La prevalencia de MASLD fue de 26,8% (n = 57), mientras que la prevalencia de fibrosis clínicamente significativa (≥ 8,1 kPa) fue de 0,9% (n = 2). En el análisis multivariado, el IMC fue un predictor independiente de MASLD (OR 1,3 por unidad; IC95%, 1,1-1,4; p < 0,001). El TAR no mostró asociación independiente. Después de ajustar por la duración TAR, la circunferencia de cintura (CC) también se asoció como predictor independiente (OR 5,2; IC95%, 2,5-10,5; p < 0,001) (**Tabla 1**). En el análisis de precisión diagnóstica de los marcadores no invasivos, HSI y TyG-CC presentaron sensibilidad de 0,78 y 0,82, respectivamente, con AUC equivalentes (ΔAUC = −0,008; p = 0,809); ambos superiores al índice TyG (p = 0,003 y p < 0,001).

Tabla 1. Análisis univariado y multivariado de factores asociados a la presencia de MASLD en personas que viven con VIH. (**Lun140**)

	Univariado		Multivariado	
Factor	**OR (IC95%)**	**p**	**OR (IC95%)**	**p**
IMC (por unidad)	1,3 (1,2-1,5)	< 0,001	1,3 (1,1-1,4)	**< 0,001**
CC	6,1 (3,1-12,0)	< 0,001		ns
Triglicéridos > 150 mg/dL	2,3 (1,2-4,4)	0,007		ns
ALT > 40 UI	2,6 (1,3-5,2)	0,007		ns
FA > 110 UI	0,4 (0,2-0,9)	0,02		ns
Dislipidemia	2,2 (1,2-4,2)	0,01		ns
DM	2,0 (0,8-5,1)	0,11		ns
HAS	2,3 (0,9-5,6)	0,06		ns

IMC, índice de masa corporal; CC, circunferencia de cintura; ALT, alanino aminotransferasa; FA, fosfatasa alcalina; DM, diabetes mellitus; HAS, hipertensión arterial sistémica; ns, no significativo.

Conclusiones: En PVV, la prevalencia de esteatosis es similar a la reportada en la población general. Un aumento por unidad del IMC y la CC son predictores independientes de MASLD. El HSI y el índice TyG-CC mostraron buen rendimiento diagnóstico para evaluar la esteatosis, por lo que pueden ser alternativas accesibles cuando la ET no esté disponible.
Financiamiento: Ninguno.

Lun141

MODIFICACIÓN DE PARÁMETROS BIOQUÍMICOS Y RIESGO DE SÍNDROME METABÓLICO EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

K. N. Flores-Torres, V. Hernández-Márquez, F. M. Guzmán-Paz, Instituto Mexicano del Seguro Social

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Introducción: El incremento de la prevalencia del síndrome metabólico (SM) en pediatría se asocia directamente con el alza de las tasas de sobrepeso y obesidad. La falta de un consenso internacional unificado dificulta el diagnóstico oportuno.
Objetivo: Identificar las modificaciones de parámetros bioquímicos y el riesgo de síndrome metabólico en niños con sobrepeso y obesidad.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal realizado en la consulta externa de pediatría del Hospital General de Zona No. 20, IMSS, Puebla. Se incluyó a 69 pacientes de 10 a 17 años con sobrepeso y obesidad (score Z del IMC). Se evaluaron variables antropométricas y parámetros bioquímicos (perfil lipídico, glucemia, insulina, HOMA-IR y enzimas hepáticas). Se empleó estadística descriptiva e inferencial (regresión logística, U de Mann-Whitney, t de Student), con una significancia de $p < 0,05$.
Resultados: Se estudió a 69 niños con exceso de peso (40,5% sobrepeso, 56,5% obesidad, 2,8% obesidad grave); la media del score Z del IMC fue de +2,4 (DE 0,55). La frecuencia de SM dentro de la cohorte captada fue del 70% (48/69), y se calculó una prevalencia hospitalaria del 16% en niños con exceso de peso y del 1,3% de forma global. No se encontró correlación entre el score Z del IMC y el SM ($p > 0,05$). Una circunferencia de cintura elevada (> percentil 90°) confirió un riesgo 2,2 veces mayor de SM (RR 2,2; IC95%, 1,02–10,1; $p = 0,011$). Las principales alteraciones bioquímicas ocurrieron en el perfil lipídico: mayor nivel de triglicéridos (115 vs. 100 mg/dL; $p = 0,001$) y menor concentración de HDL (37 vs. 50 mg/dL; $p = 0,008$) en el grupo con SM. El cociente AST/ALT fue significativamente menor en pacientes con SM (1 vs. 1,4; $p = 0,002$) (**Tabla 1**).
Conclusiones: El aumento de triglicéridos, la disminución de HDL y la alteración del cociente AST/ALT se asocian sólidamente con el SM. La adiposidad abdominal (circunferencia de cintura) representa el principal predictor clínico de riesgo metabólico, independientemente del grado global de exceso de peso determinado por el score Z del IMC.
Financiamiento: Ninguno.

Lun142

CUANDO LA OBESIDAD SE ACOMPAÑA DE PÉRDIDA MUSCULAR: OBESIDAD SARCOPÉNICA COMO PREDICTOR DE PROGRESIÓN HEPÁTICA Y DESENLACES EXTRAHEPÁTICOS EN MASLD

A. Reyna-Sariñana, B. M. Román-Calleja, C. F. Martínez-Cabrera, V. M. Cervantes-Bobadilla, C. A. Aguilar-Salinas, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La obesidad sarcopénica, caracterizada por la coexistencia de exceso peso o de grasa corporal acompañada de disminución de la masa y función muscular, representa un perfil de alto riesgo en pacientes con enfermedades hepáticas, incluida la esteatosis hepática metabólica (MASLD), ya que combina dos alteraciones metabólicas con potencial efecto sinérgico sobre la resistencia a la insulina, la inflamación sistémica y la progresión de la fibrosis. Sin embargo, existe escasa evidencia longitudinal sobre su prevalencia, características clínicas y su asociación con la progresión de la enfermedad hepática y los desenlaces extrahepáticos.
Objetivo: Determinar la prevalencia de obesidad sarcopénica, identificar los factores clínicos, bioquímicos y de estilo de vida asociados y evaluar su relación con la progresión de la rigidez hepática y otros desenlaces extrahepáticos durante el seguimiento a mediano plazo.
Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte ambispectivo en 106 adultos con obesidad y MASLD evaluados entre 2022 y 2025. La obesidad sarcopénica se definió mediante densitometría dual de rayos X y fuerza de prensión manual. Se evaluaron variables clínicas, composición corporal, actividad física, ingesta dietética, esteatosis y fibrosis hepática mediante elastografía transitoria (FibroScan®). Se compararon las características basales entre participantes con y sin obesidad sarcopénica. Se construyeron modelos de regresión logística multivariada para identificar factores asociados con obesidad sarcopénica y con un incremento ≥ 20% de la rigidez hepática durante el seguimiento, ajustando por posibles factores de confusión. Los eventos cardiovasculares y la mortalidad se analizaron mediante curvas de Kaplan-Meier.
Resultados: La prevalencia de obesidad sarcopénica fue de 36,8%. Los participantes con obesidad sarcopénica presentaron mayor índice de masa corporal, mayor frecuencia de fibrosis significativa, mayor porcentaje de masa grasa y circunferencia de cintura, así como menor masa muscular esquelética, fuerza de prensión, ángulo de fase, actividad física e ingesta de proteínas ($p < 0,05$). En el análisis multivariado, un mayor tiempo de ejercicio semanal se asoció independientemente con menores probabilidades de obesidad sarcopénica (OR = 0,987; IC95%, 0,980–0,994; $p = 0,001$), mientras que la fibrosis significativa se asoció con mayores probabilidades de este fenotipo (OR = 2,027; IC95%, 1,134–2,998; $p = 0,001$). Durante el seguimiento, la obesidad sarcopénica se asoció con una mayor frecuencia de incremento ≥ 20% de la rigidez hepática (33,3% vs. 7,5%; $p = 0,004$). Tras ajustar por rigidez hepática basal y tiempo de seguimiento, la obesidad sarcopénica permaneció asociada independientemente con este desenlace (**Figura 1**). Las curvas de Kaplan-Meier mostraron menor supervivencia libre de eventos cardiovasculares en pacientes con obesidad sarcopénica (log-rank $p = 0,042$), mientras que no se observaron diferencias en la supervivencia global.
Conclusiones: En pacientes con MASLD, la obesidad sarcopénica identifica un perfil clínico de mayor riesgo, caracterizado por menor actividad física, mayor frecuencia de fibrosis significativa y una mayor probabilidad de incremento de la rigidez hepática durante el seguimiento. Los participantes con obesidad sarcopénica presentaron una menor supervivencia libre de eventos cardiovasculares, hallazgo que requiere confirmación en estudios con mayor tamaño de muestra. Estos hallazgos respaldan la incorporación de la evaluación de la composición corporal y la función muscular en la estratificación clínica de esta población.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Lun143

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DE LOS PADRES Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE SOBREPESO/OBESIDAD EN NIÑOS

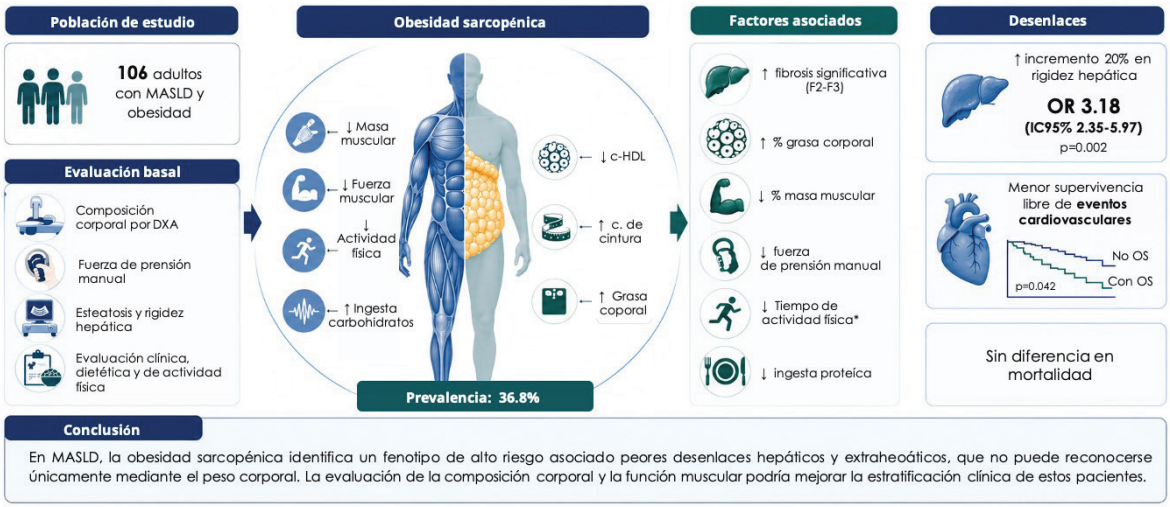
K. L. Antúnez-Williams, R. M. Martínez-García, A. Valdés-Cervantes, L. A. Orellana-Chacón, J. C. Rivas-Rodríguez, I. A. Cura-Esquivel, A. Nieto-Sanjuanero, C. A. Zapata-Castilleja, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Tabla 1. Análisis comparativo de marcadores bioquímicos e inflamatorios según la presencia de SM. (**Lun141**)

Parámetro bioquímico	Sin criterios SM (n = 21)	Cumple criterios SM (n = 48)	Valor de p
PCR (mg/L), mediana (rango) [n = 15]	10 (9 – 16)	13 (7 – 39)	0,571[a]
Glucemia central (mg/dL), mediana (rango) [n = 69]	94 (60 – 101)	86.5 (40 – 107)	0,108[a]
HbA1c (%), mediana (rango) [n = 38]	4,9 (4,0 – 6,0)	5,0 (4,0 – 7,0)	0,132[a]
Insulina sérica (µUI/Ml), mediana (rango) [n = 38]	17,5 (5,0 – 32,9)	12,0 (5,0 – 32,0)	0,205[a]
Índice HOMA-IR, mediana (rango) [n = 38]	4,1 (0,8 – 8,9)	2,2 (0,5 – 8,4)	0,182[a]
AST (U/I), media (± DE) [n = 67]	29,6 (±7,4)	25,9 (± 7,0)	0,065[b]
Cociente AST/ALT, mediana (rango) [n = 67]	1,4 (0,9 – 2,7)	1,0 (0,6 – 1,75)	0,002[a]
LDL (mg/dL), mediana (rango) [n = 60]	94 (19 – 160)	83,5 (70 – 142)	0,806[a]
HDL (mg/dL), mediana (rango) [n = 68]	50 (25 – 55)	37 (24 – 72)	0,008[a]
Triglicéridos (mg/dL), mediana (rango) [n = 65]	100 (70 – 188)	115 (84 – 425)	0,001[a]

[a]Prueba para muestras independientes, U Mann Whitney, [b]Prueba t de Student para muestras independientes

Figura 1. Resumen gráfico del estudio: obesidad sarcopénica como predictor de progresión hepática y desenlaces extrahepáticos en MASLD. (**Lun142**)



Introducción: La obesidad infantil constituye un problema de salud pública creciente en México. En la población infantil, el exceso de peso se asocia con una mayor probabilidad de obesidad en la edad adulta e incrementa las probabilidades de padecer enfermedades no transmisibles como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares a una edad más temprana. Existen múltiples factores que contribuyen al desarrollo del sobrepeso y obesidad infantil, dentro de los cuales se han descrito las prácticas de alimentación de los padres. Estas prácticas están relacionadas con las estrategias y el comportamiento específico que los padres emplean para influir sobre el patrón de alimentación de sus hijos y pueden contribuir al riesgo de sobrepeso y obesidad El impacto que ejercen estas prácticas de alimentación en el comportamiento alimentario de los hijos está bien documentado en las publicaciones.
Objetivo: Evaluar la influencia de las prácticas de alimentación de los padres y la presencia de sobrepeso u obesidad en niños de 2 a 8 años.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en el Departamento de Pediatría del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se incluyó a 112 padres y sus hijos de 2 a 8 años de edad que acudieron a la consulta de sobrepeso y obesidad. Se registraron los datos demográficos de las diadas (padres-hijos) participantes, el peso, la talla y se calculó el índice de masa corporal (IMC). Se aplicó a los padres el Cuestionario integral de prácticas de alimentación (CFPQ) en forma impresa. El CFPQ es un cuestionario que mide diferentes elementos de las prácticas de alimentación que los padres implementan con sus hijos. Se integra con 49 ítems divididos en 12 subescalas con cinco respuestas mediante escala de Likert. Las subescalas evaluadas son control sobre el niño, regulación emocional, fomento del equilibrio y la variedad, entorno, uso de la comida como recompensa, participación, modelado, supervisión, presión, restricción por motivos de salud, restricción para el control de peso y educación nutricional. Se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar, y las variables categóricas como porcentajes y frecuencias. Las puntuaciones más altas en una subescala indicaban un mayor uso de esa práctica de alimentación. Se llevó a cabo una prueba U de Mann-Whitney para determinar si existían diferencias en las prácticas de alimentación entre los padres con un peso saludable y aquéllos con sobrepeso u obesidad. Las puntuaciones más altas en una subescala indicaban un mayor uso de esa práctica de alimentación. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Participaron 112 niños con edad media de 5,38 ± 1,91 años; 50% presentó peso normal, 22% sobrepeso y 28% obesidad. Entre los padres, 15% tenía peso normal, 31% sobrepeso y 54% obesidad. Los padres con peso saludable mostraron mayores puntuaciones en regulación emocional ($p = 0,014$) y modelado de hábitos saludables ($p = 0,003$) en comparación con padres con sobrepeso u obesidad. Los niños con peso normal presentaron puntuaciones significativamente mayores en la subescala de modelado respecto a los niños con sobrepeso ($p \leq 0,001$). No se observaron diferencias significativas en las demás subescalas.
Conclusiones: Las prácticas de alimentación parental representan un área de oportunidad para promover hábitos alimentarios saludables y prevenir la obesidad infantil. El modelado positivo y la promoción de una alimentación equilibrada se asociaron con un estado nutricional más favorable en los niños. Las intervenciones dirigidas a mejorar la nutrición familiar deben incluir estrategias enfocadas tanto en los padres como en los hijos, especialmente en familias con antecedentes de sobrepeso u obesidad.
Financiamiento: El estudio no requirió financiamiento externo específico.

Lun144

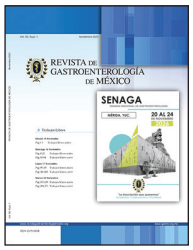
CONCORDANCIA ENTRE DOS TÉCNICAS DE ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA PARA LA EVALUACIÓN DE FIBROSIS Y ESTEATOSIS HEPÁTICA EN UNA POBLACIÓN DE TAMIZAJE CON RIESGO METABÓLICO

R. Carrillo-Mendoza, A. Ruiz-Margáin, R. U. Macías-Rodríguez, Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) es la causa más frecuente de enfermedad hepática crónica a nivel mundial, con una prevalencia cercana al 30% de la población adulta. La presencia de fibrosis constituye su principal determinante pronóstico, por lo que su detección temprana en poblaciones de riesgo metabólico resulta prioritaria. La elastografía transitoria controlada por vibración (VCTE) es el método no invasivo más utilizado y validado para estadificar fibrosis y esteatosis, aunque la medición se realiza sin guía de imagen en tiempo real. Han surgido nuevos equipos que integran ultrasonido al transductor, pero su desempeño frente al equipo de referencia no ha sido caracterizado en poblaciones de tamizaje ni se han propuesto puntos de corte específicos.
Objetivo: Evaluar el rendimiento de un equipo nuevo (equipo 2) frente al de referencia (equipo 1) en las mediciones continuas y en la clasificación categórica de fibrosis y esteatosis, y proponer puntos de corte específicos para el equipo nuevo.
Material y métodos: Estudio transversal de prueba diagnóstica en 698 adultos con factores de riesgo metabólico, evaluados el mismo día con ambos equipos por operadores expertos independientes. La rigidez hepática (kPa) y la atenuación ultrasónica (dB/m) se compararon mediante coeficiente de correlación intraclase (CCI), coeficiente de Lin y análisis de Bland-Altman. Las categorías de fibrosis y esteatosis se derivaron tras aplicar los mismos puntos de corte a ambos equipos y se evaluaron con kappa ponderada y tablas 2 × 2, tomado el equipo 1 como estándar. Los puntos de corte del equipo 2 se derivaron mediante el índice de Youden.
Resultados: La edad fue de 55,9 ± 10,8 años y el 81,5% presentaba sobrepeso u obesidad. Para la rigidez, la correlación fue sólida ($r = 0,733$; CCI 0,703), con sobreestimación de 0,67 kPa por el equipo 2. Para la atenuación fue moderada ($r = 0,695$; CCI, 0,678). El acuerdo categórico fue de 85,6% en fibrosis (κ lineal 0,557) y 66,7% en esteatosis (κ lineal 0,451), con errores de dirección opuesta: sobrediagnóstico de fibrosis (16,8% vs. 10,5%) e infradiagnóstico de esteatosis, con sensibilidad de 26,8% para la esteatosis grave. Las áreas bajo la curva fueron de 0,906 a 0,930 para fibrosis y de 0,867 a 0,881 para esteatosis. Con los puntos de corte propuestos (6,9, 9,6 y 13,1 kPa; 271,

279 y 291 dB/m) la sensibilidad para esteatosis grave asciende a 78,0% con excelente especificidad.
Conclusiones: El equipo de la elastografía con ultrasonido en el transductor mostró una capacidad discriminativa excelente; sin embargo, los puntos de corte convencionales sobrediagnostican la fibrosis e infradiagnostican la esteatosis. Se proponen puntos de corte específicos que mejoran el rendimiento diagnóstico, que requieren validación externa.
Financiamiento: Ninguno.

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO
www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 23 de noviembre de 2026

MISCELÁNEOS I

Lun145

¿RASGOS DE PERSONALIDAD O ANSIEDAD? FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

S. A. Reyes-Díaz, B. A. Priego-Parra, M. M. Pérez-Guzmán, I. V. López-Covarrubias, R. Silva-Bravo, A. P. Vázquez-Cruz, M. Amieva-Balmori, F. B. Roesch-Dietlen, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Intestinal, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Los rasgos de personalidad, particularmente el neuroticismo, se han asociado con mayor susceptibilidad de trastornos gastrointestinales. En el síndrome de intestino irritable (SII), los factores psicosociales desempeñan un papel central; sin embargo, la relación entre los rasgos de personalidad y su interacción permanece inexplorada.
Objetivo: Evaluar la asociación entre rasgos de personalidad, síntomas gastrointestinales y factores psicológicos en sujetos con SII y controles sanos (CS).
Material y métodos: Estudio transversal y analítico que utilizó un muestreo no aleatorizado en el que se incluyó a CS y sujetos con SII. Los participantes que aceptaron el consentimiento informado completaron un cuestionario electrónico compuesto por 60 preguntas. Para el diagnóstico de SII se utilizó el cuestionario Roma IV. Para evaluar la intensidad de los síntomas se empleó la Escala de severidad de síntomas en sujetos con SII (IBS-SSS). La ansiedad y la depresión se evaluaron con la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS). Los rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad) se evaluaron mediante el cuestionario *Big Five-15* (BFI-15p). En el análisis estadístico, las variables numéricas se reportaron con medidas descriptivas y de dispersión, y las categóricas con frecuencia y porcentaje. Para la comparación entre grupos se utilizaron las pruebas t de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Se realizaron correlaciones con la prueba de Spearman. Se construyeron dos modelos de regresión logística multivariable: el primero ajustado por edad, sexo y rasgos de personalidad; el segundo adicionalmente por ansiedad y depresión. Se consideró como significancia estadística un valor de $p < 0,05$. El análisis de los datos se realizó en el programa R Studio.
Resultados: Se incluyó a 485 pacientes (23 años [rango = 18-72], 52,6% de mujeres), de los cuales 17,1% tuvo SII. Los individuos con SII tuvieron mayor gravedad de síntomas gastrointestinales (179,9 ± 8,7 vs. 41,9 ± 3,7, $p < 0,001$), ansiedad (9 [7-11] vs. 5 [3-8], $p < 0,001$), depresión (4 [3-7] vs. 3 [1-6], $p = 0,002$), y neuroticismo (11 [8-12] vs. 9 [6-12], $p < 0,001$), así como menor extraversión (11 [8-13] vs. 12 [10-14], $p = 0,012$) y responsabilidad (13 [11-14] vs. 13 [11-15], $p = 0,032$) en comparación con los CS. En los sujetos con SII, la gravedad de los síntomas gastrointestinales se correlacionó con la ansiedad ($r = 0,245$, $p = 0,026$) y el neuroticismo ($r = 0,226$, $p = 0,040$), e inversamente con la responsabilidad ($r = -0,234$, $p = 0,033$). Además, la ansiedad se correlacionó con el neuroticismo ($r = 0,441$, $p < 0,001$), mientras que la depresión se correlacionó inversamente con la extraversión ($r = -0,414$, $p < 0,001$), la responsabilidad ($r = -0,410$, $p < 0,001$) y la apertura a la experiencia ($r = -0,241$, $p = 0,028$). En el análisis de regresión logística multivariado ajustado por edad y sexo, el neuroticismo se asoció con el SII (OR = 1,12; IC95%, 1,03-1,22; $p = 0,010$), mientras que la extraversión mostró una asociación inversa limítrofe con la presencia de SII (OR = 0,91; IC95%, 0,82-1,00; $p = 0,044$). El ser mujer también se asoció con el SII (OR = 2,69; IC95%, 1,57-4,77; $p < 0,001$). En el segundo modelo, únicamente la ansiedad (OR = 1,15; IC95%, 1,06-1,25; $p = 0,001$) y el ser mujer (OR = 2,53; IC95%, 1,46-4,53; $p = 0,001$) permanecieron asociados con SII (**Figura 1**).
Conclusiones: Los sujetos con SII presentaron mayor ansiedad, depresión y neuroticismo, así como menor extraversión y responsabilidad, en comparación con los CS. Aunque algunos rasgos de personalidad se asociaron con la gravedad de los síntomas, el análisis multivariable identificó a la ansiedad y el ser mujer como los principales factores asociados con SII, por lo que se recomienda incorporar el tamizaje de ansiedad en la evaluación clínica rutinaria.
Financiamiento: Ninguno.

Lun146

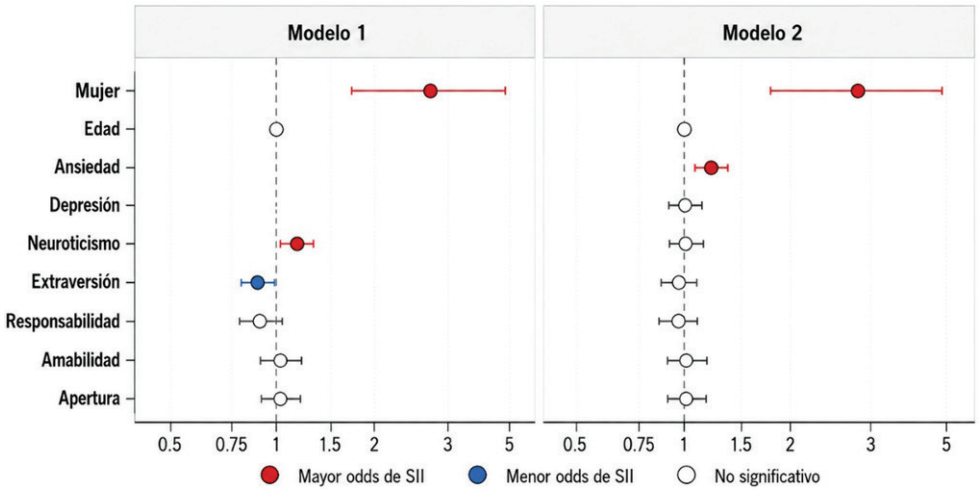
ESCALA HJM-F (EDAD, SEXO, HEMOGLOBINA, FIT Y FAMILIA) PARA PREDECIR LA PROBABILIDAD DE DETECCIÓN DE LESIÓN PREMALIGNA Y CÁNCER COLORRECTAL EN COLONOSCOPIA DURANTE EL TAMIZAJE DE CÁNCER DE COLON

A. Díaz-García, C. A. Oviedo-Garza, R. Vázquez-Pérez, M. I. Astudillo-Delgado, J. I. Mazadiego-Cid, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

Introducción: La prueba inmunoquímica fecal (FIT) es ampliamente utilizada en programas de tamizaje para cáncer colorrectal (CCR) debido a su bajo costo, accesibilidad y naturaleza no invasiva; sin embargo, la relevancia de

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Figura 1. Factores asociados con el síndrome de intestino irritable. Se realizó un modelo de regresión logística multivariable. (**Lun145**)



esta prueba define realizar una colonoscopia en los individuos con resultados positivos. Por lo tanto, su realización temprana constituye un paso crítico en el diagnóstico de CCR, al permitir la detección temprana de lesiones premalignas y neoplásicas. La capacidad de los sistemas de salud para realizar colonoscopias oportunas es limitada, lo que puede retrasar el diagnóstico.
Objetivo: Desarrollar y validar la escala HJM-F, que incorpora edad, sexo, anemia, valor de FIT y antecedente heredofamiliar (AHF) de CCR, para predecir riesgo de lesión significativa (adenoma avanzado o CCR) en pacientes con FIT positivo durante el tamizaje de CCR.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohorte en 46 pacientes > 45 años con FIT > 20 µg Hb/g y colonoscopia (2024-2026). Se usó regresión logística para identificar predictores de lesión significativa y se construyó una escala de puntos. Rendimiento evaluado con AUROC y validación interna.
Resultados: La lesión significativa se encontró en 11 pacientes (23,9%): CCR en 8,7%, y adenoma avanzado en 15,2%. Predictores independientes (OR; IC95%): edad ≥ 70 años (3,5; 1,2-10,2), sexo masculino (2,3; 1,3-4,1), anemia (4,8; 2,2-10,5), FIT ≥ 100 µg/g (7,2; 2,8-18,6) y AHF de CCR (3,0; 1,3-6,9). La escala HJM-F (**Tabla 1**) clasificó a los pacientes en tres niveles de riesgo según la probabilidad de lesión significativa: bajo (0-3 puntos, 1,5%), intermedio (4-7 puntos, 11,8%) y alto (≥ 8 puntos, 45,5%). El grupo de alto riesgo, pese a representar sólo el 28,3% de la cohorte, concentró el 72,7% de las lesiones significativas detectadas. La escala mostró AUROC de 0,85 (IC95%, 0,75-0,95).
Conclusiones: La escala HJM-F es una herramienta sencilla que mejora la predicción de lesiones significativas en pacientes con FIT positivo. Su implementación permitiría priorizar colonoscopias urgentes en alto riesgo, optimizar recursos y reducir tiempos de espera en el tamizaje de CCR. Se requiere validación externa en cohortes independientes antes de su implementación clínica.
Financiamiento: No.

Tabla 1. Escala de riesgo HJM-F. (**Lun146**)

Factor	Categoría	Puntaje
Edad	< 70	0
	> 70	3
Sexo	Femenino	0
	Masculino	2
Hemoglobina	Sin anemia	0
	Anemia	4
FIT	20-99 µg Hb/g	0
	≥ 100 µg Hb/g	5
Antecedente heredofamiliar de CCR	Sin antecedente	0
	Con antecedente	3
	Puntaje total	**0-17 puntos**

*Anemia: Hb < 13 g/dL en hombres/< 12 g/dL en mujeres. **AHF CCR: familiar(es) de primer grado con CCR.
Riesgo: Bajo (0-3 pts); intermedio (4-7 pts); alto (≥ 8 pts).

Lun147

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA INTERACCIÓN INTESTINO-CEREBRO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA MEXICANA: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE ROMA V EN UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

E. M. Toro-Monjaraz, T. Taft, M. Benninga, C. Di-Lorenzo, R. Rosen, M. Saps, S. Nurko, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Los trastornos de la interacción intestino-cerebro (TECI) son una causa común de síntomas gastrointestinales, deterioro funcional y uso de servicios médicos durante la edad pediátrica. Recientemente se publicaron los Criterios de Roma V, que incluyen nuevos trastornos del eje cerebro-intestino. En México existen pocos estudios que describan la prevalencia de los TECI en pediatría con base en los criterios de Roma, por lo que con la reciente publicación de los criterios de Roma V se da una oportunidad para conocer la prevalencia de estos trastornos en el mundo y particularmente en población pediátrica mexicana.
Objetivo: Estimar la prevalencia de los diferentes trastornos de la interacción intestino-cerebro definidos por los criterios pediátricos de Roma V en una muestra de niños y adolescentes mexicanos, basados en una encuesta multinacional en cuatro diferentes países, México, Estados Unidos, Italia y China.
Material y métodos: Estudio transversal, con base en encuesta poblacional en línea, aplicada entre diciembre de 2024 y febrero de 2025. Los cuidadores de niños mexicanos entre 0 y 17 años respondieron el cuestionario de diagnóstico pediátrico Roma V, que incluye 142 preguntas sobre síntomas gastrointestinales. Dos investigadores verificaron los diagnósticos establecidos mediante algoritmos basados en criterios. Se calcularon las prevalencias con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. En el presente análisis se tomaron sólo los datos de los 1 926 participantes de México, sin incluir los datos de China, Italia y Estados Unidos.
Resultados: La prevalencia global de TECI fue de 28%. En México, los trastornos de la defecación y anorrectales fueron la categoría más frecuente con una prevalencia del 30,3% (IC95%, = 28,3-32,4). El diagnóstico más frecuente fue el estreñimiento funcional, con un 24,6% (IC95%, 22,7-26,5), seguido de incontinencia fecal no retentiva con 4,0%, diarrea funcional con 2,7% y disquecia del lactante con 1,8%. Los trastornos gastroduodenales se encontraron en 9,2% (IC95%, 7,9-10,5). La prevalencia de la dispepsia funcional fue de 8,4% (IC95%, 7,0-9,9), y el síndrome de distrés posprandial fue el que tuvo una mayor frecuencia (6,8%), mientras que el síndrome de dolor epigástrico tuvo una prevalencia de 2,5%. La prevalencia de síndrome de vómito cíclico fue de 1,2%, de rumiación de 0,8% y de síndrome de náusea crónica de 0,5%. Los trastornos de dolor abdominal se observaron en un 5,3% de los casos

(IC95%, 4,1 – 6,4). Los diagnósticos más frecuentes fueron el síndrome de dolor abdominal mediado centralmente, con 2,8%; la migraña abdominal, con 2,1%; y el síndrome de intestino irritable, con 1,2%. Se identificaron trastornos funcionales de la alimentación en un 4,0% (IC95%, 3,1 – 4,9), principalmente por alteración de la regulación del hambre de tipo reducido, con un 3,1%. Los trastornos de malestar abdominal y los trastornos esofágicos tuvieron prevalencias de 1,8% y 0,6%, respectivamente. No se han encontrado casos de síndrome de dolor biliar ni de hiperémesis por cannabinoides. La **Tabla 1** muestra los resultados globales.

Tabla 1. Prevalencia de los trastornos de la interacción intestino-cerebro en niños mexicanos según los criterios de Roma V (n = 1 926). **(Lun147)**

Categoría/diagnóstico	Prevalencia (%)	IC95%
Trastornos gastrointestinales superiores		
Cualquier trastorno esofágico	0,6	0,3-1,0
Aerofagia	0,05	0-0,2
Eructo supragástrico	0,2	0-0,4
Dolor esofágico no relacionado con reflujo	0,4	0,09-0,6
Hipersensibilidad al reflujo	0,4	0,09-0,6
Cualquier trastorno funcional de la alimentación	**4,0**	**3,1-4,9**
Trastorno restrictivo anticipatorio	0,5	0,2-0,8
Desregulación del hambre, tipo excesivo	0,7	0,4-1,1
Desregulación del hambre, tipo reducido	3,1	2,3-3,9
Disfagia hipersensible	0,3	0,06-0,6
Trastorno alimentario desencadenado médicamente	0,3	0,06-0,6
Cualquier trastorno gastroduodenal	**9,2**	**7,9-10,5**
Dispepsia funcional	8,4	7,0-9,9
Síndrome de dolor epigástrico	2,5	1,7-3,4
Síndrome de distrés posprandial	6,8	5,5-8,2
Síndrome de náusea crónica	0,5	0,1-0,9
Síndrome de vómito cíclico	1,2	0,7-1,7
Rumiación	0,8	0,4-1,2
Hiperémesis por cannabinoides	0	—
Trastornos gastrointestinales inferiores		
Cualquier trastorno de dolor abdominal	**5,3**	**4,1-6,4**
Migraña abdominal	2,1	1,3-2,8
Síndrome de dolor abdominal mediado centralmente (CAPS)	2,8	1,9-3,7
Síndrome de intestino irritable	1,2	0,6-1,8
IBS-C	0,5	0,2-0,8
IBS-D	0,05	0-0,2
IBS-M	0,2	0-0,3
IBS-U	0,2	0-0,3
Dolor abdominal no especificado	0,07	0-0,2
Síndrome de dolor biliar	0	—
Cualquier trastorno de la defecación o anorrectal	**30,3**	**28,3-32,4**
Estreñimiento funcional	24,6	22,7-26,5
Diarrea funcional	2,7	2,0-3,4
Incontinencia fecal no retentiva	4,0	3,0-5,0
Disquecia del lactante	1,8	0,6-3,0
Cualquier trastorno de malestar abdominal	**1,8**	**1,2-2,4**
Distensión abdominal funcional	0,4	0,1-0,7
Síndrome de distrés del lactante*	5,8	3,7-8,0

Nota: IC95%, intervalo de confianza del 95%; CAPS, síndrome de dolor abdominal mediado centralmente; IBS-C, síndrome de intestino irritable con estreñimiento; IBS-D, con diarrea; IBS-M, mixto; IBS-U, no clasificado. * El síndrome de distrés del lactante se estimó únicamente en el subgrupo de lactantes; por ello, su porcentaje no es directamente comparable con la prevalencia calculada sobre toda la cohorte.

Conclusiones: Los trastornos de la interacción intestino-cerebro son muy frecuentes en la población pediátrica mexicana estudiada. El estreñimiento funcional es el diagnóstico más frecuente, seguido de la dispepsia funcional, en particular el síndrome de dispepsia posprandial. Los hallazgos muestran una carga epidemiológica considerable y respaldan la necesidad de mejorar el reconocimiento temprano, fortalecer la capacitación del personal de salud y desarrollar estrategias de atención adaptadas a la población pediátrica mexicana.

Financiamiento: Fundación Roma.

Lun148

DETERMINACIÓN DEL PUNTO DE CORTE ÓPTIMO DE LA PRUEBA INMUNOQUÍMICA FECAL PARA LA DETECCIÓN DE LESIONES PRECURSORAS DEL CÁNCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

M. I. Astudillo-Delgado, S. M. I. Mejía-Loza, A. Díaz-García, R. Vázquez-Pérez, J. I. Mazadiego-Cid, E. I. Juárez-Valdés, Hospital Juárez de México

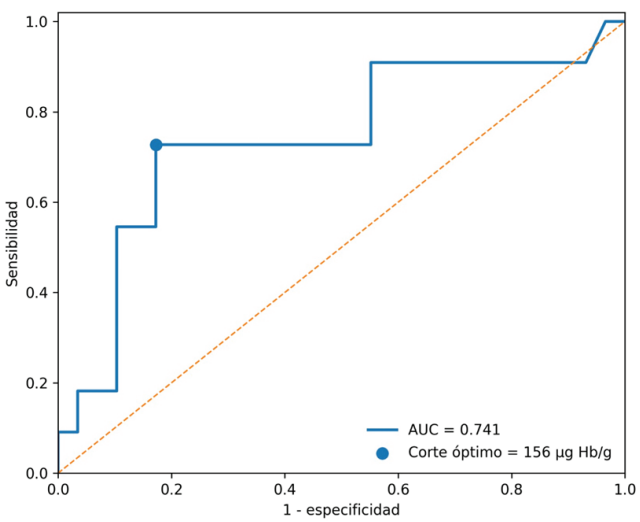
Introducción: La prueba inmunoquímica fecal (FIT) es una estrategia de primera línea para el tamizaje del cáncer colorrectal; sin embargo, su rendimiento para identificar lesiones precursoras depende de la concentración de hemoglobina fecal y el umbral empleado.

Objetivo: Determinar el punto de corte óptimo del FIT para detectar lesiones precursoras del cáncer colorrectal confirmadas por histopatología.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyó consecutivamente a 345 personas usuarias del Hospital Juárez de México sometidas a FIT cuantitativo como prueba de tamizaje durante 2024-2026. Se utilizó la prueba FOB Gold® y se consideró positiva una concentración ≥ 20 µg Hb/g de heces. Los 44 pacientes positivos fueron referidos a colonoscopia y evaluación histopatológica. Se consideraron lesiones precursoras los adenomas convencionales y las lesiones serradas; las lesiones avanzadas se definieron según USMSTF 2020. Los casos de adenocarcinoma se describieron por separado y se excluyeron de la curva ROC. El FIT se expresó como mediana y rango intercuartílico (RIC); se emplearon U de Mann-Whitney, curva ROC e índice de Youden.

Resultados: La positividad del FIT fue 12,8% (44/345). La mediana de edad fue 59,5 años (RIC 52,8-66,0) y 27 (61,4%) fueron mujeres. Once pacientes (25,0%) presentaron lesiones precursoras, 9 (81,8%) avanzadas, y 4 (9,1%) cáncer colorrectal. Sin incluir el cáncer, el FIT fue mayor en pacientes con lesiones precursoras [398,05 µg Hb/g de heces (RIC 110-659) vs. 72 µg Hb/g de heces (RIC 32-105); p = 0,020]. El AUC fue de 0,741 (IC95%, 0,527-0,920). El punto de corte de 156 µg Hb/g de heces mostró sensibilidad de 72,7%, especificidad de 82,8%, VPP de 61,5% y VPN de 88,9% (**Figura 1**).

Figura 1. Curva ROC de la prueba inmunoquímica fecal para la detección de lesiones precursoras del cáncer colorrectal. AUC = 0,741; punto de corte óptimo = 156 µg Hb/g de heces. **(Lun148)**



Conclusiones: En esta cohorte, un FIT ≥156 µg Hb/g de heces mostró capacidad discriminativa moderada para detectar lesiones precursoras entre pacientes con FIT positivo. Este resultado es exploratorio y requiere validación externa.
Financiamiento: Este trabajo no recibió patrocinio gubernamental ni comercial.

Lun149

PREVALENCIA DE ESTEATOSIS PANCREÁTICA EN PACIENTES ADULTOS MEXICANOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. D. Hidalgo-Maldonado, A. López-Nepomuceno, B. K. Alvarado-Gutiérrez, A. C. Gándara-Lois, J. S. Serrano-Heredia, A. Gutiérrez-Castillo, A. M. Quintanar-Martínez, M. C. Peláez-Luna, J. Hernández-Calleros, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La esteatosis pancreática (EP) es una alteración caracterizada por el depósito de grasa intrapancreática que se asocia con diferentes pancreatopatías y comorbilidades metabólicas. La limitada evidencia epidemiológica resalta la necesidad de investigar y caracterizar su efecto en la población adulta mexicana.
Objetivo: Establecer la frecuencia de esteatosis pancreática mediante el uso de resonancia magnética nuclear (RMN) y sus factores asociados en adultos mexicanos atendidos en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México.
Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a 162 adultos que contaban con un estudio de RMN de abdomen superior. La EP se determinó mediante dos imágenes del páncreas con diferentes tiempos de eco (*in-phase* y *out-of-phase*), se calculó la fracción grasa en tres regiones (cabeza, cuerpo y cola) y se obtuvo un promedio final; se consideró un punto de corte de 4,4% para diagnosticar esteatosis pancreática. Se recopilaron parámetros antropométricos, bioquímicos y clínicos. Para determinar la diferencia de variables cuantitativas se utilizaron las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, mientras que la diferencia de proporciones se analizó con x^2 o exacta de Fisher. Las pruebas de Spearman o Pearson se usaron para determinar correlaciones y se formaron modelos a través de regresión logística. Se consideró $p < 0,05$ para definir significancia estadística.
Resultados: Se incluyó a 162 pacientes, de los cuales 46 (28,4%) presentaron EP; estos pacientes tenían mayor edad (69,5 vs. 53,0 años; $p < 0,001$), un mayor riesgo cardiovascular (8,93% vs. 6,85%; $p < 0,001$) y mayor frecuencia de hipertensión arterial (47,8% vs. 27,6%; p= 0,014) y consumo de estatinas (42,9% vs. 20,0%; p = 0,005). Aunque la prevalencia de DM y síndrome metabólico fue superior en los pacientes con EP, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística (**Tabla 1**). Como motivo de solicitud de la RMN, se observó una mayor proporción de pacientes con cáncer de páncreas en el grupo con EP (13,0% vs. 2,6%; $p < 0,028$) y una menor proporción de estudios por otras indicaciones (39,1% vs. 57,4%; $p < 0,001$). La distribución de la intensidad de la señal por resonancia mostró una mayor frecuencia de señal hipointensa en los pacientes con EP (39,0% vs. 8,0%; $p < 0,001$) relacionado con la atrofia del parénquima pancreático. De manera concordante, el promedio de la fracción de grasa fue significativamente mayor en los pacientes con EP (12,36% vs. −0,24%; $p < 0,001$) (**Tabla 1**). La fracción de grasa pancreática se correlacionó positivamente con la edad (rho = 0,47; $p < 0,001$) y el riesgo cardiovascular ($r = 0,31$; $p < 0,001$). En el análisis multivariado, la edad fue el único factor asociado con la esteatosis pancreática (OR = 1,083; IC95%, 1,05–1,12; $p < 0,001$), con un incremento del 8,3% en las probabilidades de presentarla por cada año adicional de edad. El modelo mostró una buena capacidad discriminativa (AUC = 0,80).
Conclusiones: Casi un tercio de los pacientes evaluados por RMN presentó esteatosis pancreática. Aunque se asoció a mayor riesgo cardiovascular, hipertensión y cáncer, la edad destacó como su único predictor independiente. Además, su característico patrón hipointenso en imagen se vinculó directamente con la atrofia del parénquima. Estos hallazgos resaltan la importancia de su identificación temprana y de estudios prospectivos para definir su efecto clínico.
Financiamiento: Este trabajo no fue patrocinado.

Tabla 1. Características de los pacientes con y sin esteatosis pancreática. Análisis estadístico con t de Student (a), U de Mann-Whitney (b), exacta de Fisher (c) y x^2 (d). (**Lun149**)

		n 162 (100%)	Sin esteatosis pancreática 116 (71,6%)	Con esteatosis pancreática 46 (28,4%)	p < 0,05
Edad (años)		58,50 (46,00, 69,00)	53,00 (37,75, 64,25)	69,50 (63,25, 75,75)	**< 0,001**[b]
Sexo	**Mujeres**	109 (67,3%)	80 (69,00%)	29 (63,00%)	0,469[b]
Hombres	53 (32,7%)	36 (31,00%)	17 (37,00%)		
IMC (Kg/m^2)		25,59 (21,98, 28,30)	25,70 (22,26, 28,32)	25,15 (21,76, 28,04)	0,626[b]
Hábito tabáquico		53 (32,7%)	38 (32,8%)	15 (32,6%)	0,985[b]
Índice tabáquico		0,00 (0,00, 0,250)	0,00 (0,00, 0,137)	0,00 (0,00, 1,800)	0,415[b]
Consumo de alcohol		34 (21,00%)	25 (21,6%)	9 (19,6%)	0,780[b]
Colesterol total		159,00 (124,00, 200,00)	168,00 (130,25, 210,00)	149,00 (115,00, 184,00)	**0,015**[b]
Colesterol LDL		92,45 (67,67, 129,67)	99,80 (68,88, 133,67)	85,62 (65,53, 108,10)	0,062[b]
Colesterol HDL		42,00 (34,00, 54,00)	42,00 (34,00, 54,00)	41,00 (33,50, 50,00)	0,546[b]
Triglicéridos		110,00 (72,50, 160,00)	108,00 (71,00, 171,00)	116 (79,00, 141,00)	0,821[b]
Riesgo cardiovascular (%)		7,50 ± 2,90	6,85 ± 2,86	8,93 ± 2,45	**< 0,001**[a]
Motivo de solicitud de RM	**Lesión en páncreas**	57 (35,4%)	38 (33,0%)	19 (41,3%)	**0,028**[c]
	Cáncer de páncreas	9 (5,60%)	3 (2,6%)	6 (13,0%)	
	Pancreatitis	11 (6,8%)	8 (7,0%)	3 (6,5%)	
	Otros	84 (52,2%)	66 (57,4%)	18 (39,1%)	
Intensidad de la señal media de RM	**Hiperintenso**	97 (63,4%)	83 (74,1%)	14 (34,1%)	**< 0,001**[d]
	Isointenso	31 (20,3%)	20 (17,9%)	11 (26,8%)	
	Hipointenso	25 (16,3%)	9 (8,0%)	16 (39,0%)	
Diabetes		50 (30,90%)	32 (27,60%)	18 (39,1%)	0,151[d]
Hipertensión arterial		54 (33,3%)	32 (27,60%)	22 (47,8%)	**0,014**[d]
Síndrome metabólico		43 (26,90%)	27 (23,50%)	16 (35,60%)	0,121[d]
Consumo de estatinas		39 (26,50%)	21 (20,0%)	18 (42,90%)	**0,005**[d]
Promedio de fracción de grasa		1,71 (-1,43, 6,69)	-0,24 (2,25)	12,36 (8,61, 18,30)	**< 0,001**[b]

IMC, índice de masa corporal; RM, resonancia magnética. *Tabla elaborada por la autora.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**104-107

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx

Sesión de trabajos libres orales

Lunes 23 de noviembre de 2026

HÍGADO II

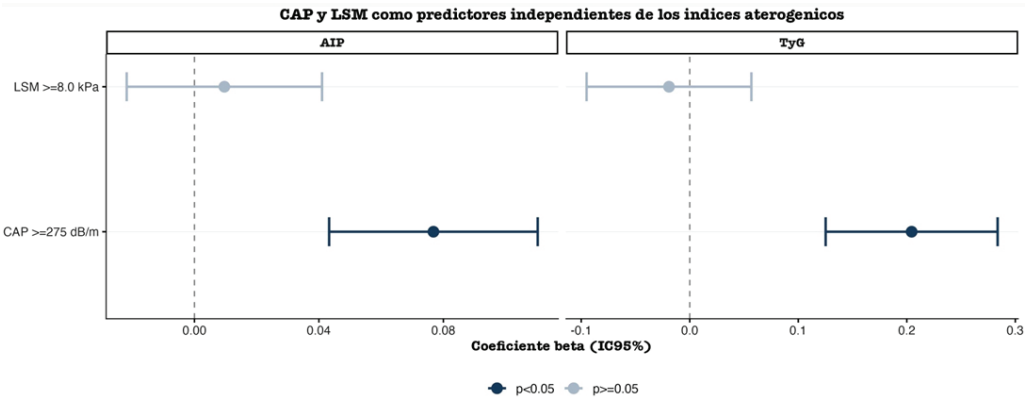
Lun150

LA ESTEATOSIS HEPÁTICA SE ASOCIA DE FORMA INDEPENDIENTE CON EL RIESGO ATEROGÉNICO EN LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA METABÓLICA: ESTUDIO DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA LATINOAMERICANA

C. E. Coronel-Castillo, Grupo Colaborativo: Consorcio STELLA, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: En la enfermedad hepática esteatósica metabólica (MASLD), la esteatosis y la fibrosis hepática representan procesos fisiopatológicos distintos con potenciales efectos independientes sobre el metabolismo lipídico y la resistencia a la insulina. Su contribución diferencial al perfil aterogénico no se ha caracterizado adecuadamente a nivel mundial y no se ha evaluado en cohortes latinoamericanas.
Objetivo: Evaluar la asociación independiente del parámetro de atenuación controlada (CAP), la elastografía hepática (LSM) y el FAST score con el índice triglicéridos-glucosa (TyG) y el índice aterogénico de plasma (AIP) en pacientes de una cohorte latinoamericana con MASLD.
Material y métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo (19 centros, siete países latinoamericanos) de pacientes con MASLD, FibroScan y perfil lipídico disponibles. Se calcularon TyG [ln (TG mg/dL × glucosa en ayuno mg/dL/2)] y AIP [log10 (TG/HDL - C mg/dL)]. El CAP se analizó dicotómicamente (< 275 vs. ≥ 275 dB/m) y por grado de esteatosis (S1/S2/S3); el LSM (< 8,0 vs. ≥ 8,0 kPa). Modelos de regresión lineal múltiple ajustados por edad, sexo, IMC, diabetes mellitus tipo 2 y estatinas. Los pacientes con biopsia hepática disponible sirvieron como análisis de sensibilidad para el FAST score.
Resultados: Se incluyó a 1 675 pacientes (mediana de edad de 57 años; 57,1% de hombres; IMC 31,0 kg/m²; 60,4% con diabetes mellitus tipo 2). El CAP ≥ 275 dB/m predijo de forma independiente mayor TyG (β = +0,204; IC95%, 0,125-0,283; p < 0,001) y AIP (β = +0,073; IC95%, 0,038-0,108; p < 0,001). El grado S3 mostró la asociación más sólida respecto de S1 (TyG β = +0,227, p < 0,001). El LSM no se asoció con TyG ni AIP en ninguna forma de análisis (p > 0,30), con intervalos de confianza estrechos centrados en cero, evidencia positiva de ausencia de efecto. En pacientes con biopsia disponible (n = 516), el FAST score predijo ambos desenlaces de forma significativa (p < 0,01). Los hallazgos fueron consistentes en todos los análisis de sensibilidad y subgrupos preespecificados (**Figura 1**).

Figura 1. Gráfica de bosque de los modelos de análisis primario. Coeficientes β con intervalos de confianza del 95% para el CAP ≥ 275 dB/m y el LSM ≥ 8,0 kPa como predictores del AIP (panel izquierdo) y el TyG (panel derecho), ajustados por edad, sexo, IMC, diabetes mellitus tipo 2 y uso de estatinas. Los puntos azul oscuro indican p < 0,05; los puntos azul claro indican p ≥ 0,05. La línea punteada marca el valor nulo (β = 0). (**Lun150**)



AIP, índice aterogénico de plasma; CAP, parámetro de atenuación controlada; IC95%, intervalo de confianza del 95%; LSM, elastografía hepática; TyG, índice triglicéridos-glucosa.

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Conclusiones: La esteatosis hepática cuantificada por CAP, pero no la fibrosis medida por LSM, se asocia de forma independiente con el perfil aterogénico en MASLD. El nulo del LSM constituye evidencia activa de ausencia de efecto, no una limitación estadística. Estos hallazgos son coherentes con evidencia de aleatorización mendeliana que posiciona la exportación lipídica hepática como el eje mediador del riesgo cardiovascular en esta enfermedad, y sustentan el uso del CAP como herramienta de estratificación cardiometabólica no invasiva en pacientes con MASLD.
Financiamiento: El presente estudio no recibió financiamiento.

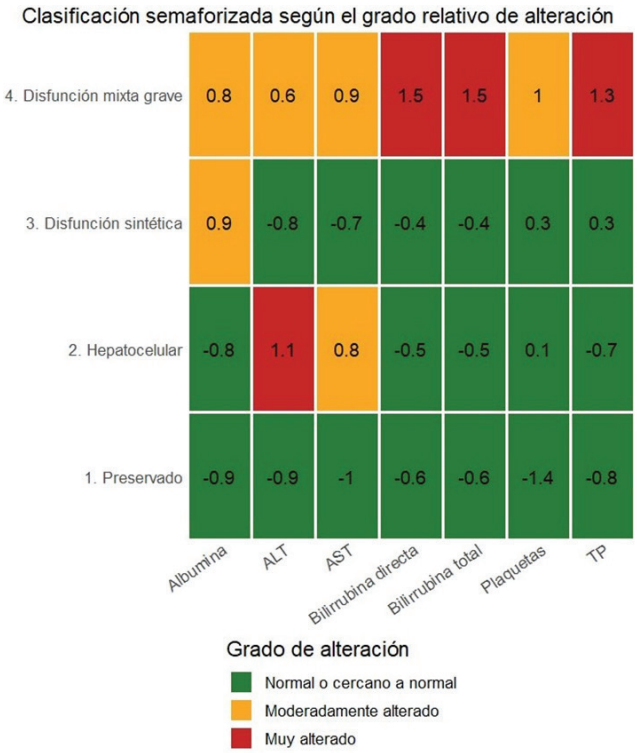
Lun151

FENOTIPOS BIOQUÍMICOS HEPÁTICOS Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA: VALOR PRONÓSTICO DE UNA CLASIFICACIÓN DERIVADA MEDIANTE ANÁLISIS DE CLÚSTERES

B. E. Meléndez-Acosta, J. R. Gámez-Díaz, P. Maggiani-Aguilera, R. Acuña-Maldonado, E. Saldaña-Rocha, J. A. Gómez, B. J. Uriarte-Zamora, A. G. Zambrano-León, Hospital General de Mazatlán

Introducción: Las alteraciones de las pruebas bioquímicas hepáticas son frecuentes en pacientes hospitalizados y se asocian con mayor riesgo de mortalidad. Aunque biomarcadores como las aminotransferasas, las bilirrubinas, la albúmina y el tiempo de protrombina forman parte de la evaluación clínica habitual, su interpretación aislada puede subestimar la complejidad de la disfunción hepática. La integración de estos parámetros mediante análisis de clústeres permite identificar fenotipos bioquímicos con valor pronóstico; sin embargo, la evidencia en pacientes hospitalizados es limitada.
Objetivo: Identificar fenotipos bioquímicos hepáticos mediante análisis de clústeres y evaluar su asociación independiente con la mortalidad intrahospitalaria.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico en una cohorte de adultos hospitalizados a partir de expedientes clínicos electrónicos. Se incluyó a pacientes con determinaciones de recuento plaquetario, bilirrubina total, bilirrubina directa, ALT, AST, albúmina y tiempo de protrombina, y con información sobre el desenlace intrahospitalario. Las variables con distribución asimétrica fueron transformadas mediante logaritmo natural y luego se estandarizaron. Los fenotipos se identificaron mediante análisis de componentes principales (PCA) y análisis de clústeres con el algoritmo k-means. La asociación con la mortalidad se evaluó mediante regresión logística univariada y multivariada, tras ajustar por edad, sexo y comorbilidades clínicamente relevantes. La capacidad discriminativa del modelo se determinó mediante el área bajo la curva ROC (AUC). Todos los análisis se realizaron con R versión 4.5.0 y se consideró significativa una $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 3 059 pacientes hospitalizados, con una mortalidad intrahospitalaria del 19,0%. La mediana de edad fue de 56 años (RIC, 41-69) y el 58,9% correspondió al sexo masculino. Se identificaron cuatro fenotipos bioquímicos hepáticos: perfil hepático preservado (53,2%), lesión hepatocelular con función sintética conservada (18,2%), disfunción sintética hipoalbuminemia (21,5%) y disfunción hepática mixta grave (7,1%) (**Figura 1**). La mortalidad aumentó progresivamente entre los fenotipos (12,2%, 15,5%, 32,8% y 36,7%, respectivamente; $p < 0,001$). Tras el ajuste por edad, sexo, presencia de comorbilidades incluidos cirrosis descompensada, neoplasia, lesión renal aguda, enfermedad renal crónica, choque séptico, otros tipos de choque, neumonía, insuficiencia cardiaca aguda, evento vascular cerebral, sangrado digestivo, diabetes mellitus e hipertensión arterial, conservaron una asociación independiente con la mortalidad: lesión hepatocelular (OR, 1,39; IC95%, 1,04-1,86), disfunción sintética (OR, 2,98; IC95%, 2,33-3,81) y disfunción hepática mixta grave (OR, 3,93; IC95%, 2,70-5,70). La clasificación fenotípica mejoró significativamente la predicción de mortalidad intrahospitalaria (AUC 0,744 vs. 0,702; $p < 0,001$).
Conclusiones: Los fenotipos bioquímicos hepáticos identificados mediante la integración de pruebas de laboratorio de rutina se asociaron de forma independiente con la mortalidad intrahospitalaria y mejoraron la estratificación pronóstica de los pacientes hospitalizados. Estos hallazgos respaldan la utilidad de una evaluación integrada de los biomarcadores hepáticos para identificar a pacientes con mayor riesgo y apoyar la toma de decisiones clínicas.
Financiamiento: El presente estudio no recibió financiamiento externo.

Figura 1. Mapa de calor del perfil bioquímico relativo de los cuatro fenotipos hepáticos. (**Lun151**)



Lun152

RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD, DEPRESIÓN, OBLIGACIÓN Y ESTADO DE NUTRICIÓN EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

S. E. Martínez-Vázquez, C. H. Gutiérrez-Aguirre, S. G. López-Yáñez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Un cuidador(a) informal (CI) procura a un enfermo sin recibir retribución, pero se ha documentado que los cuidadores informales presentan "síndrome de sobrecarga". También se ha visto una relación entre el estado de salud del cuidador y el enfermo en sentido directo e inverso. En un CI de personas con cirrosis hepática poco se ha descrito sobre la salud mental que experimenta y cómo repercute en su estado nutricional.
Objetivo: Describir la relación entre el grado de ansiedad, depresión, obligación y alteración del estado nutricional de los cuidadores informales de pacientes con cirrosis hepática.
Material y métodos: Estudio transversal registrado ante el comité de ética e investigación con número GAS- 4062, que recolectó información sobre ansiedad, depresión, obligación y estado nutricional en cuidadores informales voluntarios reclutados por muestreo aleatorio simple, quienes de forma consentida proporcionaron y respondieron cuestionarios validados. Se procuraron los criterios de Helsinki para la investigación en humanos. Los participantes fueron reclutados al acompañar a sus enfermos a consulta de seguimiento. Se describieron correlaciones de Spearman entre obligación, ansiedad, depresión y estado nutricional, así como regresión logística para identificar los factores que afectan el estado nutricional.
Resultados: Se obtuvo a 91 CI de 48 (± 15,4), mayoritariamente mujeres (62,6%), hijas (62,6%) solteras (43,9%) con nivel educativo superior (38,2%), de religión católica (70,6%), de enfermos principalmente con cirrosis autoinmune en estadio Child- Pugh B. Se detectaron cuatro tipos de obligación: familiar, moral, vínculo afectivo y utilidad del cuidado (validados con ACP) de los cuales la moral, de vínculo y utilidad fueron las que recibieron mayor acuerdo entre los participantes (> 70%). El 44% reportó ansiedad mínima, 22% depresión moderada y 67,6% no tuvo rasgos de depresión, 42,9% calidad

moderada de la dieta, 41,8% sobrepeso y 41,4% baja masa muscular. Las correlaciones de Spearman indicaron que tanto la depresión como la ansiedad tuvieron correlación inversa con la calidad de la dieta (r = - 0,323, p = 0,002 y r = -0,326, p = 0,002), mientras que con el estado nutricional fue directa (r = 0,468, p = 0,000); los tipos de obligación no tuvieron correlación con el estado nutricional pero la depresión y la ansiedad sí de manera inversa con algunos ítems de la obligación moral y de vínculo ([r = -0,260, p = 0,013; r = -0,250, p = 0,017] y [r = -0,250, p = 0,017; r = -0,204, p = 0,05], respectivamente). La regresión logística mostró que por cada punto que mejora la calidad de la dieta, la probabilidad de peor estado nutricional disminuye en 33,6%, ajustado por ansiedad y depresión (B = -0,401, Exp (B) = 0,664; IC95%, 0,481- 0,917; p = 0,013).

Conclusiones: Las cuidadoras informales de pacientes con cirrosis hepática realizan las tareas de cuidado por obligación moral, vínculo afectivo y utilidad del cuidado bajo un estado de ansiedad mínima, con dieta de calidad moderada que las conduce a sobrepeso y baja masa muscular. La atención a la calidad de la dieta y a la salud mental deben ser un punto central en los cuidadores informales.

Financiamiento: Este trabajo no recibió recursos externos o patrocinios para su elaboración.

Lun153

USO PROLONGADO DE RIFAXIMINA EN PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA Y SU ASOCIACIÓN CON RESISTENCIA ANTIMICROBIANA Y MICROORGANISMOS PRODUCTORES DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN EL PRIMER EPISODIO DE PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA

I. O. Vargas-Olmos, G. E. Castro-Narro, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una de las complicaciones infecciosas más frecuentes y de mayores efectos pronósticos en pacientes con cirrosis hepática. La rifaximina se utiliza ampliamente para la prevención de la encefalopatía hepática debido a su efecto sobre la microbiota intestinal; sin embargo, su uso prolongado ha generado preocupación por un posible incremento de la resistencia antimicrobiana. La evidencia disponible es limitada y presenta importantes variables de confusión, por lo que es todavía un tema de controversia.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la exposición prolongada a rifaximina y la presencia de microorganismos productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), así como los patrones de resistencia antimicrobiana, en pacientes con primer episodio de peritonitis bacteriana espontánea.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y comparativo en pacientes con cirrosis hepática y primer episodio de PBE atendidos en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Los pacientes se clasificaron en dos grupos de acuerdo con la exposición a rifaximina durante más de 30 días antes del diagnóstico de PBE. Se excluyó a los pacientes con uso de antibióticos en los 90 días previos, episodios anteriores de PBE, infecciones concomitantes y otros factores que pudieran modificar los patrones de resistencia. Se analizaron las características clínicas, los aislamientos microbiológicos, la frecuencia de microorganismos productores de BLEE y los perfiles de susceptibilidad antimicrobiana obtenidos mediante cultivo de líquido ascítico y antibiograma. Se empleó estadística descriptiva e inferencial con prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la distribución de las variables, prueba t de Student o U de Mann-Whitney según correspondiera, y prueba exacta de Fisher para la comparación de variables categóricas y subanálisis por etiología. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 140 pacientes, de los cuales 39 recibían rifaximina y 101 no habían estado expuestos al fármaco. Ambos grupos presentaron características clínicas y demográficas comparables. No se observaron diferencias en la distribución de los microorganismos aislados; sin embargo, la exposición prolongada a rifaximina se asoció con una mayor frecuencia de microorganismos productores de BLEE (34,2% vs. 18,4%; p = 0,047). Asimismo, se identificó una mayor resistencia a ceftriaxona (p = 0,047), ciprofloxacina (p = 0,007), ampicilina (p = 0,016) y amoxicilina/ácido clavulánico (p = 0,040) en los pacientes expuestos a la rifaximina. En el subanálisis por etiología de la cirrosis, la asociación fue significativa únicamente en pacientes con cirrosis criptogénica (p = 0,034).

Conclusiones: La exposición prolongada a la rifaximina se asoció con una mayor frecuencia de microorganismos productores de BLEE y con un incremento de la resistencia a antibióticos de primera línea utilizados en el tratamiento de la PBE, sin modificar la distribución de los microorganismos aislados. Estos hallazgos resaltan la importancia de individualizar el uso de rifaximina mediante una adecuada valoración del riesgo-beneficio en cada paciente y respaldan la necesidad de realizar estudios prospectivos y multicéntricos que confirmen estos resultados y definan su efecto clínico.

Financiamiento: Ninguno.

Lun154

COMPARACIÓN DE MÉTODOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA MASA MUSCULAR EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA UTILIZANDO EL ÍNDICE MÚSCULO ESQUELÉTICO MEDIDO POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA COMO MÉTODO DE REFERENCIA

Y. Meraz-Arredondo, O. Méndez-Guerrero, A. Carranza-Carrasco, C. D. López-López, R. Guerrero-Guerrero, A. López-Nepomuceno, T. S. Grimaldo-Galeana, F. M. Del-Razo-Olvera, N. Navarro-Álvarez, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La evaluación de la composición corporal es fundamental en el manejo de los pacientes con cirrosis hepática (CH), debido a que las alteraciones en el estado nutricional son frecuentes. Las guías de práctica clínica recomiendan como estándar de oro la cuantificación del índice músculo esquelético (SMI) a nivel de la tercera vertebra lumbar mediante tomografía axial computarizada (TAC); no obstante, su disponibilidad es baja. Actualmente existen otros métodos para la evaluación de la composición corporal, pero es necesario validar su desempeño en esta población frente al método de referencia.

Objetivo: Comparar el desempeño de los diferentes métodos de evaluación de la masa muscular en pacientes con CH utilizando el SMI obtenido por TAC como método de referencia.

Material y métodos: Se realizó un estudio de prueba diagnóstica en pacientes con CH. La gravedad de la enfermedad se evaluó mediante las escalas de Child-Pugh y MELD 3.0. En todos los participantes se evaluó el índice musculoesquelético apendicular (ASMI) mediante absorciometría dual de rayos X (DXA) y bioimpedancia eléctrica (BIA), el ángulo de fase (AF), la fuerza de presión manual con dinamometría y el índice del músculo psoas (IMP) y SMI mediante TAC. Con los resultados obtenidos se estableció el diagnóstico de baja masa muscular y sarcopenia por los diferentes métodos y se compararon con el SMI como método de referencia. Se utilizó kappa (κ) para evaluar el grado de concordancia entre métodos y se determinó su capacidad diagnóstica con sensibilidad y especificidad. Posteriormente se analizaron los grupos por gravedad de la enfermedad y se compararon frente a los diferentes métodos de evaluación.

Resultados: Se incluyó a 81 pacientes, en su mayoría mujeres (53%, n = 43), con una mediana de edad de 54 años (RIC, 46,0-60,0). El 41% de los pacientes presentó sobrecarga hídrica, el 53% se clasificó como Child-Pugh B y la media de MELD 3.0 fue de 14 ± 5. La prevalencia de baja masa muscular determinada mediante SMI fue del 50,6% (n = 41), mientras que el 40,74% (n = 33) presentó baja fuerza muscular. Al evaluar la presencia de sarcopenia con estas dos entidades se encontró una prevalencia de 25,9% (n = 21). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables de edad, sexo, clasificación de Child-Pugh y sobrecarga hídrica entre los diferentes grupos (**Tabla 1**).

La prevalencia de baja masa muscular evaluada por DXA y BIA fue de 18,51% (n = 15) y 25,92% (n = 21), respectivamente. El análisis kappa demostró que el ASMI medido mediante DXA y BIA presentó una concordancia aceptable con el método de referencia (κ = 0,314 y 0,313; p < 0,001), tras identificar correctamente al 34 y 41% de los pacientes con masa muscular reducida. La prevalencia de sarcopenia estimada por estos mismos métodos fue de 13,6% y 21,0%, respectivamente, y ambos mostraron una concordancia moderada con el método de referencia (κ = 0,620 y κ = 0,657; p < 0,001). En cuanto al rendimiento diagnóstico, DXA y BIA

Tabla 1. Concordancia y capacidad diagnóstica de diferentes métodos para detectar baja masa muscular. (**Lun154**)

Características	Todos (n = 81)	Masa muscular (SMI)		Concordancia (SMI)		Capacidad diagnóstica (SMI)	
		Baja n = 41 (50,6%)	Normal n = 40 (49,4%)	Kappa	Valor de p	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Edad (años)	54 (46-60)	55,0 (48-60)	52,5 (45-61)				
Sexo (F), n (%)	43 (53)	21 (51)	22 (55)				
CHILD, n (%)							
A	29 (36)	16 (40)	13 (33)				
B	43 (53)	20 (48)	23 (57)				
C	9 (11)	5 (12)	4 (10)				
MELD 3.0, n (%)	14 ± 5	14 ± 5	14 ± 5				
Sobrecarga hídrica, n (%)	33 (41)	17 (41)	16 (40,0)				
AF bajo (< 4,9), n (%)	29 (35,8)	17 (41,5)	12 (30)	0,114	0,282	41,5	70,0
Baja fuerza, n (%)	33 (40,8)	21 (51,2)	12 (30)	0,212	0,052	51,2	70,0
ASMI bajo (DXA), n (%)	15 (18,5)	14 (34,1)	1 (2,5)	0,314	< 0,001	34,1	97,5
ASMI bajo (BIA), n (%)	21 (25,9)	17 (41,5)	4 (10)	0,313	0,001	41,5	90,0
PMI bajo, n (%)	32 (39,5)	24 (58,5)	8 (20)	0,384	< 0,001	58,5	80,0

AF, ángulo de fase; ASMI, índice de masa muscular esquelética apendicular (*Appendicular skeletal muscle index*); SMI, índice de masa muscular esquelética (*Skeletal muscle index*) medido mediante tomografía computarizada a nivel de la tercera vértebra lumbar (L3); DXA, absorciometría dual de rayos X; BIA, análisis de bioimpedancia eléctrica; TC, tomografía computarizada; PMI, *Psoas muscle index*; MELD, *Model for end-stage liver disease*.

mostraron una especificidad superior al 90% para la evaluación de baja masa muscular (**Tabla 1**).
Conforme aumentó la gravedad de la enfermedad según la clasificación de Child-Pugh, se incrementó significativamente la prevalencia de bajo ángulo de fase (17,2%, 41,9% y 66,7%; p = 0,011), baja fuerza de presión manual (10,3%, 53,5% y 77,8%; p < 0,001), así como de sarcopenia diagnosticada mediante BIA (6,9%, 30,2% y 22,2%; p = 0,049) e IMEL (10,3%, 32,6% y 44,4%; p = 0,034).
Conclusiones: BIA y DXA parecen ser buenos métodos para diagnosticar baja masa muscular, pero es necesario evaluarla en conjunto con la función muscular para determinar un diagnóstico más certero y oportuno.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Lun155

ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES SÉRICOS DE GAMMA-GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA AL INGRESO Y EL DESENLACE CLÍNICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FALLA HEPÁTICA AGUDA

A. B. Mejía-Hernández, R. Vázquez-Frias, F. Prado-Galbarro, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La falla hepática aguda pediátrica (FHAP) es una entidad poco frecuente asociada con elevada morbimortalidad y una evolución clínica impredecible. La identificación de biomarcadores pronósticos confiables es fundamental para optimizar la estratificación temprana del riesgo, orientar la referencia oportuna a trasplante hepático y apoyar la toma de decisiones clínicas. La utilidad de la gamma-glutamil transpeptidasa (GGT) como predictor del desenlace clínico permanece incierta y la evidencia disponible en población pediátrica es limitada.
Objetivo: Evaluar la asociación entre los niveles séricos de gamma-glutamil transpeptidasa al ingreso y el desenlace clínico en pacientes pediátricos con falla hepática aguda.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, Instituto Nacional de Salud, centro nacional de referencia para enfermedades hepáticas pediátricas. Se incluyó a pacientes menores de 18 años con diagnóstico de FHAP atendidos entre enero de 2016 y marzo de 2026. El diagnóstico se estableció de acuerdo con los criterios del *Pediatric acute liver failure study group*. El desenlace clínico se clasificó como recuperación con hígado nativo, muerte o trasplante hepático. La GGT al ingreso se evaluó como variable continua, ajustada para la edad y mediante los puntos de corte previamente publicados (< 60 y < 96 U/L). Se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para variables continuas y pruebas de asociación para variables categóricas.
Resultados: Se incluyó a 52 pacientes con una mediana de edad de 32,5 meses (RIC, 17,0–59,3); el 59,6% correspondió al sexo femenino. La etiología más frecuente fue la indeterminada (55,8%), seguida de la infecciosa (23,1%), farmacológica (7,7%), metabólica (3.8%), autoinmune (3,8%) y otras causas (5,8%). El 61,6% de los casos se concentró en el periodo 2023–2025. El desenlace clínico fue recuperación con hígado nativo en 22 pacientes (42,3%), muerte en 24 (46,2%) y trasplante hepático en 6 (11,5%) (**Tabla 1**). Los niveles séricos de GGT no mostraron diferencias entre los grupos de desenlace (x^2 = 0,320; p = 0,852). Tampoco se observaron asociaciones al analizar la GGT ajustada para la edad (p = 0,564) ni mediante los puntos de corte < 60 U/L (p = 0,767) y < 96 U/L (p = 0,896).
Conclusiones: Los niveles séricos de gamma-glutamil transpeptidasa al ingreso no se asociaron con recuperación con hígado nativo, muerte ni trasplante hepático en esta cohorte de pacientes pediátricos con falla hepática aguda. La GGT no mostró utilidad pronóstica al analizarse como variable continua, ajustada para la edad ni mediante los puntos de corte previamente publicados. La concentración de casos en los años más recientes del periodo de estudio resalta la importancia de continuar investigando biomarcadores pronósticos que contribuyan a una estratificación temprana del riesgo. Se requieren estudios multicéntricos con mayor tamaño de muestra para validar estos hallazgos e integrar la GGT dentro de modelos pronósticos combinados.
Financiamiento: El presente estudio no recibió financiamiento externo.

Tabla 1. Asociación entre los niveles séricos de gamma-glutamil transpeptidasa y el desenlace clínico. (**Lun155**)

Desenlace clínico	n (%)	GGT (U/L), media ± DE
Recuperación con hígado nativo	22 (42,3)	82,5 ± 49,5
Muerte	24 (46,2)	111,8 ± 113,3
Trasplante hepático	6 (11,5)	82,5 ± 27,1

Prueba de Kruskal-Wallis: x^2 = 0,320; p = 0,852. GGT, gamma-glutamil transpeptidasa; DE, desviación estándar.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**108-111

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx

Sesión de trabajos libres orales

Lunes 23 de noviembre de 2026

PÁNCREAS II

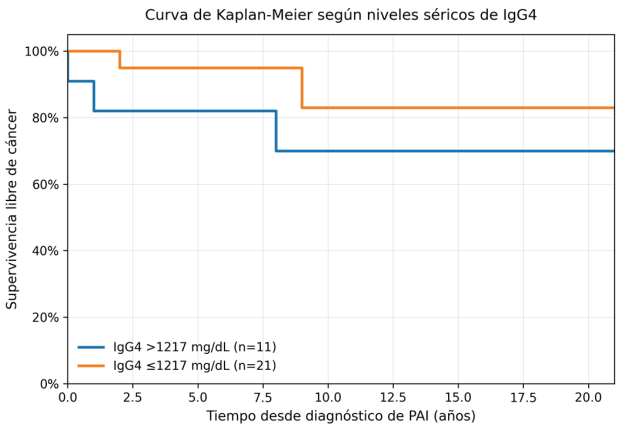
Lun156

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE CÁNCER EN PACIENTES MEXICANOS CON PANCREATITIS AUTOINMUNE POR ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4

P. Rodríguez-García, E. Gutiérrez-León, J. Hernández-Calleros, L. F. Uscanga-Domínguez, M. C. Peláez-Luna, M. Quintanar-Martínez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La pancreatitis autoinmune (PAI) es una enfermedad inflamatoria crónica del páncreas mediada por mecanismos inmunológicos, considerada una manifestación de la enfermedad relacionada con IgG4. Recientemente se ha sugerido una posible asociación con neoplasias malignas; sin embargo, las condiciones predisponentes no están definidas.
Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados con el desarrollo de cáncer y evaluar la frecuencia de neoplasias en pacientes mexicanos con PAI por enfermedad relacionada con IgG4.
Material y métodos: Estudio observacional, transversal y retrospectivo que incluyó a pacientes adultos con diagnóstico de pancreatitis autoinmune asociada a enfermedad relacionada con IgG4, atendidos en un centro de tercer nivel entre febrero de 2022 y marzo de 2026. Se analizaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas y la presencia de neoplasias malignas.
Resultados: Se incluyó a 32 pacientes, de los cuales 6 (18,7%) desarrollaron cáncer. Los pacientes con cáncer presentaron niveles séricos de IgG4 (959 vs. 407 mg/dL) más altos, mayor frecuencia de colestasis y glucosa alterada en ayuno. Las neoplasias identificadas fueron predominantemente extrapancreáticas; cáncer renal, mamario y prostático. En el análisis de supervivencia, los pacientes con niveles de IgG4 > 1 217 mg/dL mostraron una menor supervivencia libre de cáncer y aparición más temprana de neoplasias (**Figura 1**).
Conclusiones: Los pacientes con PAI y cáncer tuvieron niveles más elevados de IgG4 y un fenotipo clínico marcado. Estos hallazgos sugieren un posible perfil clínico diferenciado; sin embargo, se requieren estudios con mayor tamaño de muestra para confirmar estos resultados.
Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Curvas de supervivencia libre de cáncer estratificadas de acuerdo con los niveles séricos de IgG4 al diagnóstico de pancreatitis autoinmune relacionado con enfermedad por IgG4. Los pacientes se dividieron utilizando como punto de corte la mediana de la cohorte (1 217 mg/dL). La curva azul representa a los pacientes con niveles de IgG4 > 1 217 mg/dL y la curva naranja a aquéllos con niveles ≤ 1 217 mg/dL. El evento de interés fue el diagnóstico de cáncer durante el seguimiento. Los pacientes que no desarrollaron cáncer contribuyeron al análisis hasta la fecha de su última evaluación clínica registrada. (**Lun156**)



Lun157

BIOPSIA CON AGUJA FINA EN TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

J. M. Millán-Alanís, J. O. Jáquez-Quintana, L. A. González-Torres, L. M. Sáenz-Medina, C. A. Guajardo-Aldaco, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos pancreáticos (TNEP) representan un porcentaje creciente de las lesiones pancreáticas y requieren una adecuada obtención de tejido para establecer el diagnóstico, determinar el índice proliferativo Ki-67 y definir la estrategia terapéutica. Aunque la aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido endoscópico (EUS-FNA) ha sido el método tradicional, la biopsia con aguja fina (EUS-FNB) podría ofrecer muestras de mayor calidad al preservar la arquitectura tisular. Sin embargo, su rendimiento global no se ha establecido de forma concluyente.
Objetivo: Evaluar el rendimiento de muestreo de la biopsia con aguja fina guiada por ultrasonido endoscópico (EUS-FNB) en pacientes con TNEP, incluidas la adecuación de la muestra, la determinación del índice Ki-67 y la concordancia diagnóstica y de gradación tumoral con la histopatología quirúrgica, así como comparar su desempeño con EUS-FNA.
Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis conforme a PRISMA, con protocolo registrado en PROSPERO (CRD42024593331). Se incluyeron ensayos clínicos y estudios de cohorte que evaluaran EUS-FNB en pacientes con sospecha o diagnóstico de TNEP. Se efectuó una búsqueda en MEDLINE, Embase, Scopus, Web of Science y Cochrane desde su inicio hasta octubre de 2024. Dos revisores realizaron de forma independiente la selección de estudios, extracción de datos y evaluación del riesgo de sesgo mediante QUADAS-2. Se efectuó un metaanálisis de proporciones utilizando modelos de efectos fijos o aleatorios según la heterogeneidad, además de análisis por tipo de aguja y comparación entre FNB y FNA. La certeza de la evidencia se evaluó con la metodología GRADE.
Resultados: Se incluyeron 12 estudios con 846 pacientes. La EUS-FNB obtuvo una muestra histológica adecuada en el 89% de los casos y permitió la determinación del índice Ki-67 en el 96%. La tasa de éxito técnico fue del 98%. La concordancia diagnóstica con la pieza quirúrgica fue del 82%, mientras que la concordancia en la gradación tumoral alcanzó el 80%, con tasas de subgradación y sobregradación del 17% y 3%, respectivamente. Entre las diferentes agujas, SharkCore mostró el mejor desempeño en adecuación de muestra y concordancia de gradación. En comparación con EUS-FNA, EUS-FNB obtuvo una mayor proporción de muestras adecuadas para análisis histológico y para evaluación de Ki-67, aunque ambas técnicas mostraron una concordancia similar para la gradación tumoral. La calidad de la evidencia fue moderada para adecuación de muestra y evaluación de Ki-67, y baja a muy baja para el resto de los desenlaces.
Conclusiones: La evidencia disponible sugiere que la EUS-FNB proporciona un mejor rendimiento procedimental y anatomopatológico que la EUS-FNA para la evaluación de TNEP, especialmente al facilitar la obtención de tejido adecuado y la determinación del índice Ki-67. Las agujas de corte distal, como SharkCore, mostraron resultados superiores frente a otros diseños. No obstante, la evidencia presenta limitaciones importantes derivadas del predominio de estudios observacionales, el riesgo de sesgo, la heterogeneidad metodológica y el sesgo de verificación por la disponibilidad limitada de histopatología quirúrgica. Por ello, aunque la EUS-FNB parece ser la estrategia más favorable para la adquisición de tejido, se requieren estudios prospectivos multicéntricos de mayor calidad para confirmar estos hallazgos y definir su efecto en las guías clínicas.
Financiamiento: El estudio no recibió financiamiento externo. Los autores declararon no tener conflictos de interés.

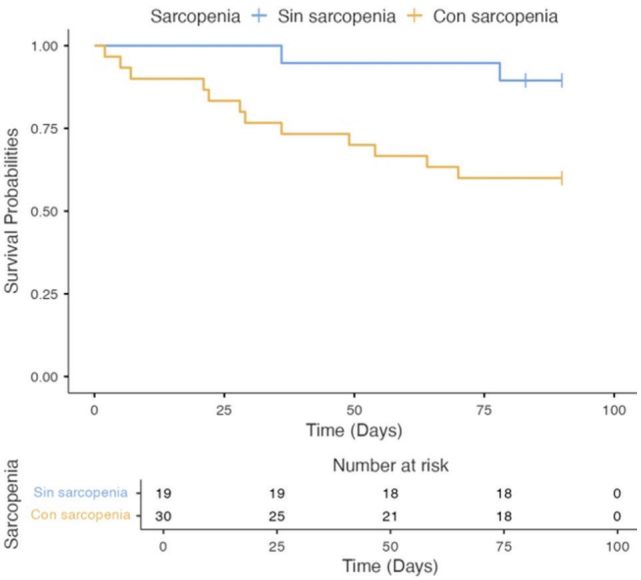
Lun158

SARCOPENIA COMO FACTOR PRONÓSTICO DE SUPERVIVENCIA EN ADULTOS CON ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS: COHORTE PRELIMINAR

A. López-Nepomuceno, L. Méndez-Sánchez, A. D. Hidalgo-Maldonado, B. K. Alvarado-Gutiérrez, J. A. Gabutti-Thomas, I. García-Juárez, M. Quintanar-Martínez, M. C. Peláez-Luna, J. Hernández-Calleros, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El adenocarcinoma ductal de páncreas (ACDP) ha tenido un incremento en su incidencia, con una supervivencia general a cinco años de 7 a 13%, por lo que representa el sexto lugar en mortalidad por cáncer. Sus desenlaces adversos han generado el interés por estudiar factores pronósticos de supervivencia, entre ellos la sarcopenia, resultado de mecanismos catabólicos, de la insuficiencia pancreática y de las intervenciones oncológicas.
Objetivo: Determinar el efecto pronóstico de la sarcopenia en la supervivencia general y libre de progresión a 90 días en adultos con ACDP.
Material y métodos: Cohorte prospectiva con seguimiento de 90 días que incluyó a 53 adultos mexicanos con reciente diagnóstico de ACDP en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. La sarcopenia se determinó en presencia de un índice del músculo esquelético (IME) disminuido (analizado con tomografía computarizada en L3) y fuerza muscular reducida (evaluada con dinamometría). Se recopilaron parámetros antropométricos, bioquímicos y clínicos. Para determinar la diferencia de medias se utilizó la prueba t de Student y para diferencia de medianas U de Mann-Whitney. La diferencia de proporciones se analizó con x^2 o exacta de Fisher. Para identificar correlaciones se aplicaron las pruebas de Spearman o Pearson. Finalmente se usaron la prueba de Kaplan-Meier y la regresión de Cox para analizar mortalidad y sobrevida. Se consideró $p < 0,05$ para definir significancia estadística.
Resultados: Se incluyó a 53 pacientes con ACDP, de los cuales 32 (60,4%) presentaron sarcopenia, mientras que 26 (81,5%) de estos presentaron sarcopenia grave. Los pacientes con sarcopenia tuvieron menores niveles de albúmina (p = 0,002), proteínas totales (p = 0,001), circunferencia de pantorrilla (p = 0,048) y hemoglobina (p = 0,024), así como mayores niveles de bilirrubina total (p = 0,007), en comparación con aquéllos sin sarcopenia. Asimismo, se identificó una mayor frecuencia de sarcopenia en pacientes hospitalizados (p = 0,016) y puntuaciones ECOG más altas (p = 0,004). El IME tuvo una correlación positiva con el IMC (rho = 0,52, p < 0,001), la albúmina (r = 0,28, p = 0,039), la hemoglobina (r = 0,41, p = 0,002), la circunferencia de brazo (rho = 0,57, p < 0,001) y de pantorrilla (r = 0,49, p < 0,001). Por último, el análisis de sobrevida a 90 días demostró un riesgo de incremento de ECOG con un HR = 2,27 (p = 0,113) y mortalidad con un HR = 4,76 (p = 0,041) en pacientes con sarcopenia (**Figura 1**).
Conclusiones: La sarcopenia es un factor pronóstico adverso en pacientes con ACDP al asociarse con un riesgo casi cinco veces mayor de mortalidad a 90 días y un mayor deterioro funcional, clínico y nutricional. Estos hallazgos respaldan su utilidad como marcador pronóstico y enfatizan la importancia de su detección e intervención tempranas como parte del abordaje integral de pacientes con ACDP.
Financiamiento: Este trabajo no contó con algún financiamiento.

Figura 1. Curva de supervivencia general de Kaplan-Meier en pacientes con y sin sarcopenia. (**Lun158**)



Lun159

RELACIÓN ENTRE ESTEATOSIS PANCREÁTICA Y DESENLACES EN PANCREATITIS AGUDA

A. Peláez-Chávez, J. Guzmán-Meneses, M. Molina-López, E. Salgado-Parra, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

Introducción: El páncreas graso es un trastorno de diagnóstico cada vez más frecuente en estudios de imagen. Se ha postulado que la acumulación

lipídica en el parénquima pancreático magnifica la respuesta inflamatoria durante un episodio de pancreatitis aguda a través de la lipotoxicidad por ácidos grasos libres y la producción local de adipocinas. Sin embargo, su relevancia como marcador pronóstico en la población mexicana no ha sido completamente dilucidada.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la presencia de esteatosis pancreática previa por estudios de imagen (TC/USG) y la gravedad del cuadro, los reactantes de fase aguda a las 48 horas, el requerimiento de unidad de terapia intensiva (UTI) y la mortalidad en pacientes con pancreatitis aguda.

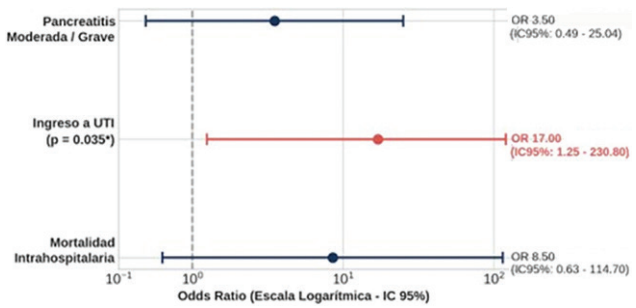
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico en un periodo de tres años. Se incluyó a adultos con pancreatitis aguda que contaran con un estudio de imagen abdominal previo (TC o USG). La esteatosis pancreática previa se definió según criterios radiológicos validados (densidad < 35 UH o razón páncreas/bazo < 0,70 en TC, e hiperecogenicidad pancreática marcada en USG). Los desenlaces evaluados fueron la gravedad (Clasificación de Atlanta modificada), el ingreso a UTI y la mortalidad intrahospitalaria, además de los niveles de proteína C reactiva (PCR), hematocrito (Hto) y velocidad de sedimentación globular (VSG) a las 48 horas del ingreso. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC) comparadas mediante U de Mann-Whitney; las categóricas mediante prueba exacta de Fisher y *odds ratio* (OR) con intervalo de confianza de 95% (IC95%).

Resultados: Se incluyó a 24 pacientes; 12 (50,0%) fueron mujeres y 6 (25,0%) presentaron esteatosis pancreática previa. La mediana de edad fue de 59,5 años (RIC, 45,8-73,0). Las etiologías principales fueron biliar (33,3%) y metabólica (29,2%). Un total de 7 (29,2%) pacientes desarrolló pancreatitis moderadamente grave o grave. El ingreso a la UTI ocurrió en 4 (16,7%) pacientes: 3/6 (50,0%) con esteatosis pancreática y 1/18 (5,6%) sin esteatosis (OR, 17,00; IC95%, 1,25-230,8; p = 0,035). La pancreatitis moderada/grave ocurrió en el 50,0% (3/6) de los pacientes con esteatosis frente al 22,2% (4/18) sin esteatosis (p = 0,307). La mortalidad intrahospitalaria fue del 33,3% (2/6) con esteatosis frente al 5,6% (1/18) sin esteatosis (p = 0,143). La PCR a las 48 horas mostró una tendencia superior en el grupo con esteatosis (mediana 12,05 vs. 2,16 mg/L; p = 0,486) (**Figura 1**).

Conclusiones: La esteatosis pancreática previa se asoció de manera significativa con un mayor riesgo de requerir ingreso a la unidad de terapia intensiva en pacientes con pancreatitis aguda. Se requiere aumentar el tamaño muestral para confirmar su valor predictivo independiente en modelos multivariados.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Gráfica de bosque que muestra los *odds ratios* (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC95%) en escala logarítmica para los desenlaces clínicos en pacientes con esteatosis pancreática previa. La línea vertical punteada representa el valor nulo (OR = 1,0). El ingreso a la unidad de terapia intensiva (UTI) demostró una asociación estadísticamente significativa (OR, 17,00; IC95%, 1,25-230,80; p = 0,035). (**Lun159**)



Lun160

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS DE INICIO TEMPRANO: UN FENOTIPO EMERGENTE. ESTUDIO PILOTO TRANSVERSAL

M. Pappas-Silveira, J. Hernández-Calleros, A. López-Nepomuceno, J. M. Yáñez-Reyes, A. Gutiérrez-Castillo, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El cáncer de inicio temprano es el que se diagnostica antes de los 50 años y tiene diferencias relevantes. Por un lado, tiende a mostrar un comportamiento más agresivo, pero los jóvenes tienen una mayor probabilidad de recibir y tolerar terapias más agresivas. Los estudios recientes han demostrado un aumento de su incidencia y los cánceres gastrointestinales son los que han aumentado más.

En el primer adenocarcinoma ductal de páncreas (ACDP) se ha observado un estadio más avanzado, pero con mayor reserva funcional al diagnóstico, una mayor frecuencia de localización en la cabeza y una administración de tratamientos más agresivos. Sin embargo, existe controversia entre las diferencias en el comportamiento al compararlo con adultos en edad avanzada con ACDP y la evidencia en esta población es limitada.

Objetivo: Describir las características clínicas, demográficas y la evolución de un grupo de adultos en edad temprana con ACDP del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Material y métodos: Estudio piloto transversal de cáncer de páncreas de inicio temprano. Se recopilaron datos demográficos, clínicos e histológicos mediante revisión de expedientes.

Resultados: Se incluyó a 16 pacientes con diagnóstico de ACDP antes de los 50 años; 81,2% correspondió a hombres y la media de edad fue de 42,6 años. Hasta 68,7% tenía antecedente familiar de cáncer y sólo 1 de ACDP; 18,7% de los pacientes tenía consumo riesgoso de alcohol, 68,7% consumía tabaco y 18,7% tenía riesgo laboral. Ninguno tenía antecedente de pancreatitis aguda recurrente, pancreatitis crónica o de otras neoplasias. El síntoma de presentación más común fue la ictericia (43,7%), seguido del dolor abdominal (37,5%). La media del IMC fue de 22,4 kg/m^2, la del tamaño tumoral fue de 3,94 cm y la media de CA 19,9 y de albúmina fueron 1 954 y 3,2, respectivamente. La localización más frecuente fue la cabeza del páncreas (75%) y la mayoría tenía contacto con vasos adyacentes (93,7%), adenopatías (87,5%) y metástasis (56,2%). La principal vía para llegar al diagnóstico fue el ultrasonido endoscópico (56,2%). El tiempo medio de los síntomas al diagnóstico fue de 5,1 meses y 7 (43,7%) pacientes requirieron más de una biopsia. El principal grado de diferenciación fue moderado. En cuatro casos se obtuvo el resultado de una prueba germinal, con detección de una mutación en p53 y una en HER-2. No se detectó inestabilidad satelital en ningún caso. Ningún caso se detectó en un estadio resecable. Todos los casos requirieron quimioterapia y sólo tres llegaron a la cirugía. El 50% de los pacientes murió, con una media del diagnóstico a la muerte de 12,3 meses. De los que permanecen vivos, la mediana de supervivencia es de 10,5 meses (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas. (Lun160)

Sexo	Hombre	13
	Mujer	3
Edad	42,6 (33-50)	
Antecedentes heredofamiliares de cáncer	Sí	11
	No	5
Antecedentes heredofamiliares de cáncer de páncreas	Sí	1
	No	15
Ocupación o exposición de riesgo	Sí	3
	No	13
Consumo de alcohol > 50 g/día por > 5 años	Sí	3
	No	13
Consumo de tabaco	Sí	11
	No	5
Pancreatitis aguda de repetición o pancreatitis crónica	No	16
Índice de Charlson	0	13
	1	2
	2	1
Síntoma de presentación	Ictericia	7
	Dolor abdominal	6
	Pérdida de peso	1
	Intolerancia a la vía oral	1
	Sangrado variceal	1
Índice de masa corporal	22,4 (18-28)	
Vía de diagnóstico	Ultrasonido endoscópico	9
	Radiología intervencionista	2
	Cirugía	2
	Biopsia de metástasis	3
Número de biopsias	1	9
	2	5
	3	2
Meses del inicio de síntomas al diagnóstico	5,1 (0-14)	

Grado de diferenciación	Bien diferenciado	0
	Moderadamente diferenciado	11
	Pobremente diferenciado	3
Mutaciones germinales	HER-2	1
	p53	1
	Inestabilidad microsatelital	0
	BRCA1, BRCA2, PALB2, ATM, KRAS, CDKN2, SMAD4	0
Localización del tumor	Cabeza	12
	Proceso uncinado	2
	Cuerpo	2
Tamaño del tumor (cm)	3,9 (2-5)	
Contacto vascular	Sí	15
	No	1
Adenopatías	Sí	14
	No	2
Metástasis	Sí	9
	No	7
Estadio clínico	Resecable	0
	Limítrofe	3
	Localmente avanzado	4
	Metastásico	9
Albúmina	3,2 (2-4,8)	
CA 19.9	1 954 (0,8-12 000)	
ECOG	0	2
	1	10
	2	2
Tratamiento	Quimioterapia neoadyuvante	6
	Quimioterapia	9
	Cuidados paliativos	1
Muerte	Sí	8
	No	8
Meses del diagnóstico a la muerte	12,3 (3-45)	
Meses de supervivencia	10,5 (0-35)	

Conclusiones: En esta cohorte, la mayoría de los casos de ACDP de inicio temprano correspondió a hombres, la mayoría sin antecedentes familiares de cáncer de páncreas, factores de riesgo claros o antecedente de pancreatitis aguda recurrente o crónica. La mayoría de los casos se diagnosticó en estadios avanzados y hubo una mortalidad del 50%. Se requiere complementar con un estudio comparativo con cáncer de páncreas de inicio tardío, incluidos un mayor tamaño de muestra y una mayor información molecular.

Financiamiento: Ninguno.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**113-116

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx

Sesión de trabajos libres orales

Lunes 23 de noviembre de 2026

ERGE

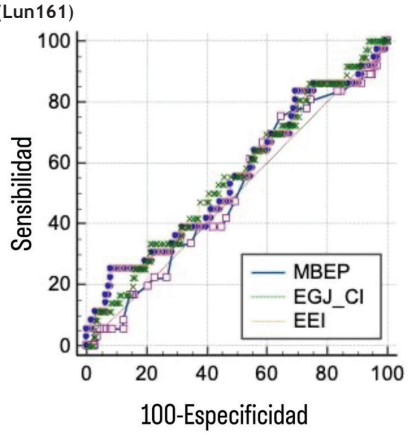
Lun161

EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DEL PUNTAJE DE MBEP, EGJ-CI Y PRESIÓN MEDIA DEL EEI EN LA PREDICCIÓN DE LA ERGE

L. Santoyo-Fexas, J. A. Arce-Hernández, J. O. Jáquez-Quintana, J. A. González-González, H. J. Maldonado-Garza, G. Torres-Barrera, R. A. Jiménez-Castillo, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La definición y el enfoque diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) han evolucionado en la última década, principalmente a través del segundo consenso de Lyon. En este último se propusieron criterios de apoyo para el diagnóstico de la ERGE, entre ellos la presencia de una unión esofagogástrica (UEG) hipotensa medida por manometría esofágica de alta resolución (HRM). Sin embargo, la evidencia actual no es contundente respecto de cuál es la mejor forma de medir la presión de la UEG y si el valor de su medición se mantiene en pacientes con UEG tipos I y II.
Objetivo: Documentar la efectividad de la presión basal media de la UEG (MBEP), la integral contráctil de la UEG (EGJ-CI) y la presión basal media del esfínter esofágico inferior (EEI) para predecir el diagnóstico de ERGE en pacientes con UEG tipos I y II, además de comparar su valor predictivo.
Material y métodos: Se analizó de manera retrospectiva la información de 174 pacientes con síntomas típicos de ERGE que acudieron al servicio de gastroenterología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González para la realización de HRM y monitorización de pH-impedancia (pH-MII) de 24 horas (≥ 7 días sin IBP), durante el periodo comprendido entre enero de 2025 y junio de 2026.
Mediante HRM se obtuvo la MBEP que se determinó con la suma del contorno isobárico para conseguir la presión espiratoria (primera interrupción del contorno en espiración) y la presión inspiratoria (ajuste del contorno para aislar las contracciones basales de la crura diafragmática); esta suma se dividió entre dos para obtener el resultado. EGJ-CI se calculó mediante la delimitación de tres ciclos respiratorios en reposo. Utilizando un umbral de contorno isobárico de 2 mmHg por encima de la presión intragástrica media, se obtuvo la integral de la zona de alta presión corregida por tiempo y expresada en mmHg-cm a través de la herramienta mouse inteligente básico.
Para evaluar el rendimiento predictivo de la MBEP, EGJ-CI y presión basal media del EEI en la detección de ERGE (tiempo de exposición esofágica al ácido > 6%) 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 174 pacientes, la mediana de edad fue de 58,0 años y 134 (77,0%) fueron mujeres. De la totalidad de la cohorte, 106 (60,9%) pacientes tuvieron una UEG tipo I y 68 (39,1%) una UEG tipo II. Tras evaluar a los 174 pacientes con pH-MII de 24 horas, 36 (20,7 %) se diagnosticaron con ERGE.
Tras el análisis de curva ROC se obtuvieron los puntos de corte con mayor rendimiento en la predicción de ERGE. El punto de corte de la MBEP fue 19,0 (AUC, 0,50; sensibilidad, 0,75; especificidad, 0,35), la EGJ-CI tuvo un punto de corte 55,2 (AUC, 0,55; sensibilidad, 0,25; especificidad, 0,92) y la presión media del EEI tuvo un punto de corte de 12,3 puntos (AUC, 0,55; sensibilidad, 0,33; especificidad, 0,79). Al comparar el AUC no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones,(**Figura 1**).
Conclusiones: La MBEP, la EGJ-CI y la presión basal media del EEI demostraron un bajo rendimiento en la predicción de ERGE en esta cohorte de pacientes con síntomas típicos de ERGE y UEG tipos I y II. Esto sugiere que las mediciones de presión de la UEG como criterio de soporte de ERGE se deberían usar con cautela en este grupo de pacientes.
Financiamiento: Este trabajo no cuenta con financiamiento de ninguna empresa farmacéutica.

Figura 1. Área bajo la curva de la puntuación de la MBEP, EGJ-CI y presión basal media del EEI para predecir ERGE en pacientes evaluados con pH-MII de 24 horas. (**Lun161**)



0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Lun162

MODIFICACIÓN DE SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR *HELICOBACTER 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, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La relación entre la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), su tratamiento y la enfermedad por reflujo gastroesofágico aún es controvertida. Se ha propuesto que la eliminación de la bacteria puede modificar la secreción ácida gástrica y favorecer la aparición o el empeoramiento del reflujo; sin embargo, otros estudios han documentado estabilidad o mejoría sintomática después del tratamiento.
Objetivo: Evaluar los cambios de la frecuencia y la intensidad de los síntomas indicativos de enfermedad por reflujo gastroesofágico cuatro semanas después del tratamiento de erradicación de *H. pylori*.
Material y métodos: Análisis subsecuente de información obtenida prospectivamente en un ensayo clínico aleatorizado, de no inferioridad y ciego simple. Se incluyó a pacientes adultos con infección por *H. pylori* confirmada mediante biopsia gástrica. Recibieron durante 14 días amoxicilina y claritromicina combinadas con tegoprazán (50 mg) o esomeprazol (40 mg), dos veces al día. Se evaluaron 13 síntomas típicos, esofágicos y extraesofágicos antes y cuatro semanas después del tratamiento. La frecuencia se comparó mediante la prueba exacta de McNemar, la intensidad mediante Wilcoxon y las diferencias entre esquemas mediante U de Mann-Whitney. Se consideró significativa una $p < 0,05$.
Resultados: Se analizó a 155 pacientes, con edad media de 52,0 ± 12,2 años; 121 (78,1%) fueron mujeres. Recibieron esquema de erradicación triple con tegoprazán 78 pacientes (50,3%) y con esomeprazol 77 (49,7%). Los síntomas basales más frecuentes fueron pirosis (69,0%), regurgitación (63,9%) y aclaramiento faríngeo excesivo (59,4%). A las cuatro semanas disminuyó significativamente la frecuencia de pirosis (69,0% vs. 49,7%; $p < 0,001$), regurgitación (63,9% vs. 43,9%; $p < 0,001$), dolor retroesternal (48,4% vs. 26,5%; $p < 0,001$), disfagia (23,9% vs. 12,9%; $p = 0,002$), odinofagia (25,8% vs. 17,4%; $p = 0,047$), aclaramiento faríngeo excesivo (59,4% vs. 45,2%; $p = 0,004$), ardor faríngeo (47,1% vs. 26,5%; $p < 0,001$) y laringoespasmo (18,7% vs. 7,7%; $p = 0,005$) (**Figura 1**).
Conclusiones: El tratamiento de erradicación de *H. pylori* se asoció con una mejoría temprana en la frecuencia, intensidad y número de síntomas indicativos de enfermedad por reflujo gastroesofágico, sin observarse un empeoramiento generalizado a las cuatro semanas. La respuesta clínica global fue similar entre los esquemas con tegoprazán y esomeprazol.
Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun163

PERCEPCIÓN SINTOMÁTICA DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON Y SIN NEUROPATÍA CLÍNICA: ESTUDIO COMPARATIVO CON PH-IMPEDANCIA

H. A. Cabello-Valdés, E. A. San-Vicente-Parada, S. M. I. Mejía-Loza, M. Pinacho-Juárez, S. L. Zapata-Ortega, C. Miranda-Sosa, Hospital Juárez de México

Introducción: La diabetes se asocia con trastornos motores digestivos por neuropatía autonómica y con mayor prevalencia de ERGE. La neuropatía puede además alterar la sensibilidad visceral esofágica y causar hiposensibilidad o hipersensibilidad pese a similar exposición ácida objetiva. La relación entre grado de neuropatía y discordancia síntoma-exposición ácida no está claramente establecida.
Objetivo: Comparar la discordancia entre percepción sintomática y exposición ácida por pH-impedancia, entre pacientes diabéticos con y sin neuropatía clínica (MNSI).
Material y métodos: Estudio observacional, transversal, comparativo y correlacional. Se incluyó a adultos con diabetes tipo 2 y síntomas indicativos de ERGE, con pH-impedancia de 24 h sin IBP. Mediante Google Forms se aplicó el Instrumento de neuropatía de Michigan (MNSI): grupo A con neuropatía (≥ 7) y grupo B sin neuropatía (< 7); y los cuestionarios GERDQ (positivo ≥ 8) y GERD-HRQL esofágico (0-75). Se consideró pH-metría positiva con tiempo de exposición ácida (TEA) ≥ 6%. Se calculó la correlación de Spearman; la comparación entre grupos empleó U de Mann-Whitney (previa Shapiro-Wilk, con tamaño de efecto biserial), y se analizó TEA vertical y supino y la impedancia basal nocturna (MNBI) como variable continua; tablas 2 × 2 de concordancia con índice kappa por grupo; y comparación de discordancia entre grupos mediante x^2/Fisher con OR e IC95%. Significanci:a $p < 0,05$. Software: jamovi.
Resultados: Se incluyó a 52 diabéticos (82,7% de mujeres; edad de 60,0 ± 9,4 años; IMC 29,6 ± 4,3; 14,3 ± 7,3 años de evolución): 23 (44,2%) con neuropatía y 29 (55,8%) sin ella. Los grupos fueron comparables en edad ($p = 0,542$), IMC ($p = 0,461$), años de diabetes ($p = 0,385$) e insulinoterapia ($p = 0,318$). No hubo diferencias entre grupos en GERDQ ($U = 347,5$, $p = 0,803$), GERD-HRQL ($U = 349,0$, $p = 0,782$), TEA total ($U = 353,5$, $p = 0,718$), TEA vertical ($U = 380,0$, $p = 0,395$) ni MNBI ($U = 322,5$, $p = 0,784$). El TEA supino mostró el mayor tamaño de efecto (mediana 2,7% vs. 0,0%; $U = 393,5$; $p = 0,251$; $r = -0,18$), sin significancia. El MNSI no se correlacionó con GERDQ (rho = +0,182, $p = 0,196$), GERD-HRQL (rho = +0,193, $p = 0,170$) ni MNBI (rho = +0,049, $p = 0,735$). La MNBI no se correlacionó con síntomas en ningún grupo, pero sí de forma inversa y significativa con el TEA, con mayor fuerza en el grupo con neuropatía (total rho = -0,803; vertical rho = -0,670; supino rho = -0,651; todos $p \leq 0,001$) que sin neuropatía (total rho = -0,490, $p = 0,008$; vertical rho = -0,429, $p = 0,023$; supino rho = -0,289, $p = 0,136$, no significativo) (**Tabla 1**). La concordancia síntoma-pH-metría fue de 43,5% con neuropatía (kappa = -0,120) y 37,9%

Figura 1. Frecuencia de síntomas indicativos de ERGE antes y cuatro semanas después del tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*. (**Lun 162**)

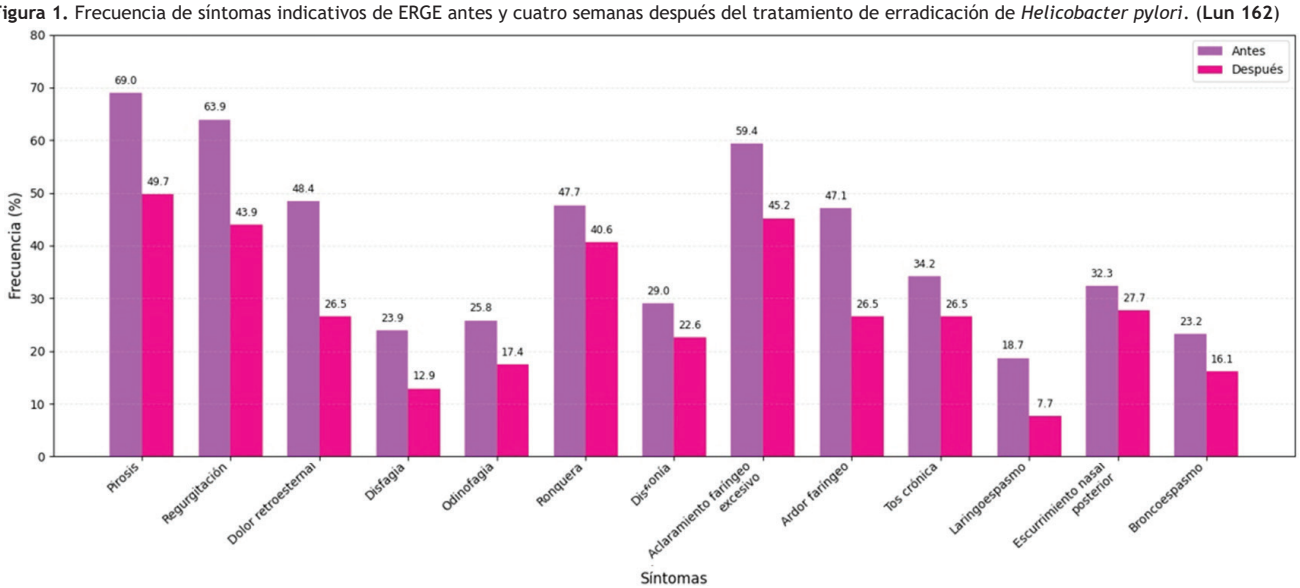


Tabla 1. Correlación de Spearman entre la impedancia basal nocturna (MNBI) y el tiempo de exposición ácida (TEA), de acuerdo con la presencia de neuropatía diabética. Los valores negativos indican relación inversa (a mayor exposición ácida, menor integridad mucosa). (**Lun163**)

Correlación (Spearman)	rho	p
Con neuropatía (MNSI ≥ 7), n = 22		
MNBI *vs.* TEA total	−0,803	< 0,001
MNBI *vs.* TEA vertical	−0,670	< 0,001
MNBI *vs.* TEA supino	−0,651	0,001
Sin neuropatía (MNSI < 7), n = 28		
MNBI *vs.* TEA total	−0,490	0,008
MNBI *vs.* TEA vertical	−0,429	0,023
MNBI *vs.* TEA supino	−0,289	0,136

*Elaboración propia.

sin neuropatía (kappa = -0,237); global 40,4%. La discordancia no difirió entre grupos (56,5% vs. 62,1%; Fisher p = 0,779; OR = 0,794, IC95% 0,261-2,422).
Conclusiones: La neuropatía diabética clínica no se asoció con gravedad sintomática, calidad de vida, exposición ácida ni integridad mucosa, ni con mayor discordancia síntoma-exposición ácida. Se documentó discordancia en cerca del 60% de la muestra, con kappa negativa en ambos grupos, no exclusiva del grupo con neuropatía, lo que sugiere una alteración de la percepción esofágica generalizada en el diabético. La MNBI reflejó fielmente la exposición ácida: la disociación ocurre entre el daño tisular y su percepción consciente. La relación MNBI-TEA fue más estrecha con neuropatía, sobre todo en supino, lo que indica compromiso de los mecanismos neuromusculares de aclaramiento nocturno. Los hallazgos evidencian la limitada capacidad de los cuestionarios para estimar el estado real del esófago y refuerzan la utilidad de la evaluación objetiva, incluso ante síntomas leves o ausentes. Limitaciones: muestra reducida (n = 52), diseño transversal e instrumento de neuropatía periférica que no evalúa la inervación autonómica esofágica.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

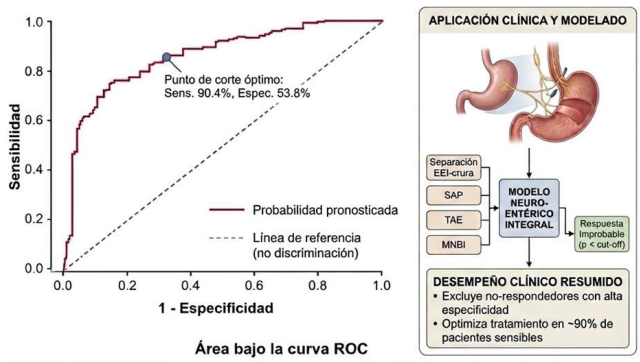
Lun164

PREDICTORES CLÍNICOS Y FISIOLÓGICOS DE RESPUESTA A INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PIROSIS Y ENDOSCOPIA NORMAL: COHORTE PROSPECTIVA CON MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN Y PH-IMPEDANCIA

J. I. Mazadiego-Cid, R. Vázquez-Pérez, E. A. San-Vicente-Parada, R. Zapata-Arenas, C. Miranda-Sosa, M. I. Astudillo-Delgado, A. Díaz-García, G. Kato-Arroyo, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La respuesta a los inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes con pirosis y endoscopia normal es heterogénea y no puede predecirse mediante la evaluación clínica aislada. Aunque diversas métricas obtenidas mediante manometría esofágica de alta resolución (MAR) y pH-impedancia (pH-I) se han asociado con la respuesta terapéutica, se desconoce su contribución independiente para predecir la respuesta al tratamiento.
Objetivo: Determinar la asociación entre los hallazgos de la evaluación funcional esofágica, incluido el fenotipo fisiopatológico, y la respuesta al tratamiento con IBP, así como identificar los predictores independientes de respuesta en pacientes con pirosis y endoscopia normal.
Material y métodos: Cohorte prospectiva realizada entre enero de 2023 y diciembre de 2025. Se evaluó consecutivamente a 577 pacientes con síntomas indicativos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) remitidos para endoscopia digestiva alta, MAR y pH-I. Los pacientes con pirosis y endoscopia normal se clasificaron como ERGE no erosiva, hipersensibilidad al reflujo o pirosis funcional de acuerdo con los criterios de Lyon 2.0 y Roma IV. Todos recibieron tratamiento con IBP durante ocho semanas. La respuesta clínica se definió como una reducción ≥ 50% de la intensidad del síntoma predominante respecto del valor basal. Se realizó regresión logística multivariada para identificar los predictores independientes de respuesta.
Resultados: De los 577 pacientes evaluados consecutivamente, 255 con pirosis y endoscopia normal integraron la cohorte analítica; 177 (69,4%) presentaron respuesta clínica. La respuesta difirió significativamente entre los fenotipos fisiopatológicos, y fue mayor en la ERGE no erosiva (85,1%), intermedia en la hipersensibilidad al reflujo (58,8%) y menor en la pirosis funcional (17,4%) (p < 0,001). En el análisis multivariado, una mayor separación EEI-crura (OR = 2,35; IC95%, 1,81-3,05; p < 0,001), el SAP (OR = 1,28 por cada incremento de 10%; IC95%, 1,12-1,46; p < 0,001) y el TEA (OR = 1,12 por cada incremento de 1%; IC95%, 1,02-1,22; p = 0,014) se asociaron independientemente con una mayor probabilidad de respuesta, mientras que una mayor MNBI se asoció con una menor probabilidad de respuesta (OR = 0,90 por cada incremento de 100 Ω; IC95%, 0,83-0,98; p = 0,014). El sexo y la reserva contráctil no mostraron asociación independiente. El modelo mostró un ajuste global significativo (x^2 ómnibus = 86,48; p < 0,001), adecuada calibración (Hosmer-Lemeshow, p = 0,389) y buena discriminación aparente (AUC = 0,867; IC95%, 0,817-0,917), con una clasificación global del 79,2% (**Figura 1**).
Conclusiones: En pacientes con pirosis y endoscopia normal, el fenotipo fisiopatológico y la evaluación funcional integrada mediante MAR y pH-I identificaron predictores independientes de respuesta clínica al tratamiento con IBP. Estos hallazgos respaldan el valor de una evaluación fisiológica multiparamétrica para optimizar la selección de candidatos al tratamiento antisecretor.
Financiamiento: El grupo de investigación declara que el estudio se realizó con recursos propios.

Figura 1. Curva ROC del modelo de regresión logística multivariable para la predicción de respuesta clínica al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones en pacientes con pirosis y endoscopia normal. El modelo integró la separación entre el esfínter esofágico inferior y el diafragma crural, la probabilidad de asociación sintomática, el tiempo de exposición ácida y la impedancia basal nocturna media. Mostró una buena capacidad discriminativa (AUC = 0,867; IC95%, 0,817–0,917; p < 0,001). En el punto de corte óptimo alcanzó una sensibilidad del 90,4% y una especificidad del 53,8% para identificar a pacientes con respuesta clínica al tratamiento. (**Lun164**)



Área (AUC)[b]	Desv. Error estándar	Significación asintótica[a] (p)	IC 95%	
			Límite inferior	Límite superior
0.867	0.025	<0.001	0.817	0.917

AUC: área bajo la curva ROC; IC: intervalo de confianza.
[a] Bajo el supuesto no paramétrico.
[b] Hipótesis nula: AUC = 0.5.

Resumen de Rendimiento Global del Modelo:
Sensibilidad: 90.4% (al punto de corte)
Especificidad: 53.8% (al punto de corte)

Lun165

UTILIDAD DEL PHOENIX SCORE PARA REDUCIR LOS DIAGNÓSTICOS INCONCLUSOS DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO: VALIDACIÓN EXTERNA EN POBLACIÓN MEXICANA

K. F. Núñez-Román, A. H. P. Hernández-Borjón, E. Hernández-Moscoso, F. Arreola-Banda, A. I. Robles-Rameño, J. A. González-Cervantes, D. H. Acosta-Sandoval, G. Morales-Osorio, F. U. Villegas-García, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El tiempo de exposición ácida (AET) es el parámetro principal para diagnosticar enfermedad por reflujo gastroesofágico; sin embargo, los valores entre 4% y 6% se catalogan como inconclusos o en zona gris. El *pHoenix score* incorpora la exposición ácida de pie y supina, y podría reducir la proporción de paciente con resultados inconclusos.

Objetivo: Evaluar la utilidad del *pHoenix score* para reducir los diagnósticos inconclusos y su concordancia con Lyon 2.0 y DeMeester.
Material y métodos: Estudio transversal retrospectivo de pacientes del Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, sometidos a impedancia/pH-metría ambulatoria de 24 horas, en el periodo de enero del 2024 a enero del 2026. El *pHoenix* se calculó como: (AET de pie × 0,991) + (AET supino × 1,286). Se utilizó McNemar para comparar resultados inconclusos, kappa para concordancia y curvas ROC para evaluar discriminación, tras considerar DeMeester > 14,72 como comparador.
Resultados: Se incluyó a 88 pacientes; 76,1% correspondió a mujeres. La mediana de edad fue de 58 años (RIC 48–64) y la del índice de masa corporal de 26,5 kg/m² (RIC, 24,2–31,1). Según Lyon 2.0, 55 (62,5%) estudios se encontraron en rangos fisiológicos, cinco (5,7%) inconclusos y 28 (31,8%) patológicos. Mediante *pHoenix*, 53 (60,2%) fueron normales, dos (2,3%) inconclusos y 33 (37,5%) patológicos. La reducción absoluta de resultados inconclusos fue de 3,4 puntos porcentuales y la relativa del 60%, sin alcanzar significación estadística (McNemar exacto, p = 0,375). De los cinco estudios inconclusos según Lyon, dos (40%) se reclasificaron como normales, dos (40%) como patológicos y uno (20%) permaneció inconcluso (**Tabla 1**). Los cuatro pacientes reclasificados presentaron concordancia con DeMeester. El acuerdo observado entre Lyon y *pHoenix* fue del 88,6%, con concordancia buena (κ = 0,774; IC95%, 0,649–0,899; p < 0,001). El *pHoenix* mostró un AUC de 0,954 (IC95%, 0,901–1,000; p < 0,001), frente a 0,897 (IC95%, 0,822–0,972; p < 0,001) del AET total.

Tabla 1. Reclasificación diagnóstica mediante *pHoenix* respecto de los criterios de Lyon 2.0. (**Lun165**)

Clasificación Lyon 2.0	*pHoenix* normal	*pHoenix* inconcluso	*pHoenix* patológico	Total
Normal	50	1	4	55
Inconcluso	2	1	2	5
Patológico	1	0	27	28
Total	**53**	**2**	**33**	**88**

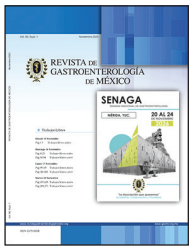
Los datos se presentan como frecuencias absolutas. El *pHoenix* reclasificó a cuatro de los cinco pacientes ubicados en la zona gris de Lyon 2.0: dos como normales y dos como patológicos. La proporción de resultados inconclusos disminuyó de 5,7% a 2,3%, correspondiente a una reducción relativa del 60% (McNemar exacto, p = 0,375). El acuerdo observado entre ambas clasificaciones fue del 88,6% (κ = 0,774; IC95%, 0,649–0,899; p < 0,001).

Conclusiones: El *pHoenix* redujo descriptivamente los resultados inconclusos y reclasificó al 80% de los pacientes en la zona gris de Lyon, con buena concordancia y excelente capacidad discriminativa. Estos hallazgos requieren confirmación en cohortes mayores.
Financiamiento: Este trabajo no contó con financiamiento para su realización.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**116-119

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 23 de noviembre de 2026

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL I

Lun166

DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DEL NORESTE DE MÉXICO

A. J. Castro-Beltrán, A. Y. Ruiz-Flores, A. S. Guerra-Garza, J. M. Llamas-Medrano, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal afecta principalmente a adultos jóvenes y puede comprometer distintas dimensiones de la calidad de vida, incluida la salud sexual. Los metaanálisis recientes estiman una prevalencia cercana al 50%, con mayor afectación en mujeres y en pacientes con enfermedad activa. A pesar de su relevancia, la sexualidad todavía es poco abordada durante la atención habitual. En México existe información limitada sobre este problema, por lo que resulta necesario describir su frecuencia y los desenlaces relacionados en esta población.
Objetivo: Describir la frecuencia de disfunción sexual y alteraciones de la calidad de vida, ansiedad, depresión, fatiga e imagen corporal en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en un hospital de tercer nivel del noreste de México.
Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo realizado en pacientes de 17 a 67 años con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria intestinal, atendidos en un hospital de tercer nivel del noreste de México. Se incluyó mediante muestreo consecutivo a 21 pacientes que completaron los cuestionarios de función sexual; los demás instrumentos se analizaron según la disponibilidad de respuesta. La función sexual se evaluó mediante FSFI en mujeres e IIEF-15 en hombres; además, se aplicaron HADS, SIBDQ, FACIT-F y BIS para valorar ansiedad y depresión, calidad de vida, fatiga e imagen corporal, respectivamente. Se realizó un análisis descriptivo. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se resumieron mediante media y desviación estándar.
Resultados: Se incluyó a 21 pacientes, con una edad media de 40 ± 13 años; 14 (66,7%) presentaban colitis ulcerativa y 7 (33,3%) enfermedad de Crohn. Quince (71,4%) fueron hombres y 6 (28,6%) mujeres. La frecuencia global de disfunción sexual fue de 57,1%; se identificó disfunción sexual en 4 de 6 mujeres (66,7%) y disfunción eréctil en 8 de 15 hombres (53,3%). El deterioro de la calidad de vida se presentó en 13 de 21 pacientes (61,9%). Entre los participantes con información disponible, el 60% presentó ansiedad, el 30% depresión, el 30% fatiga y el 70% algún grado de alteración de la imagen corporal. La disfunción sexual se identificó en 9 de 14 pacientes con colitis ulcerativa (64,3%) y en 3 de 7 con enfermedad de Crohn (42,9%). Se observó coexistencia frecuente de disfunción sexual con deterioro de la calidad de vida, ansiedad y alteraciones de la imagen corporal.
Conclusiones: La disfunción sexual fue frecuente en esta cohorte de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y afectó a más de la mitad de los participantes. También se observó una elevada frecuencia de deterioro de la calidad de vida, ansiedad y alteraciones de la imagen corporal. Estos hallazgos resaltan la necesidad de incorporar la evaluación de la salud sexual dentro del abordaje integral de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun167

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, ENDOSCÓPICA, HISTOPATOLÓGICA Y GENÉTICA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE INICIO MUY TEMPRANO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ, CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA

P. I. García-Sánchez, R. Vázquez-Frias, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano (VEO-IBD), definida por el inicio de síntomas antes de los seis años, constituye un subgrupo de pacientes con características clínicas, inmunológicas y genéticas particulares. Pese al incremento mundial de su incidencia, la información integral en la población latinoamericana es limitada.
Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas, bioquímicas, endoscópicas, histopatológicas, genéticas y terapéuticas de pacientes con VEO-IBD atendidos en un centro nacional de referencia mexicano.
Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal realizado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria intestinal mediante criterios clínicos, endoscópicos e histopatológicos,

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

con inicio de síntomas antes de los seis años, atendidos entre 2015 y 2025. Se analizaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, endoscópicas, histopatológicas, genéticas y terapéuticas. Las variables cuantitativas se describieron mediante media, desviación estándar y mediana; las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.
Resultados: Se incluyó a 11 pacientes. La edad media al inicio de los síntomas fue de 31,5 ± 23,5 meses y al diagnóstico de 40,9 ± 22,8 meses. Las manifestaciones iniciales más frecuentes fueron diarrea (90,9%), rectorragia (45,5%), dolor abdominal (45,5%) y evacuaciones nocturnas (54,5%). Durante el seguimiento, todos los pacientes presentaron diarrea; 72,7% rectorragia, 63,6% actividad moderada según el índice PUCAI y 27,3% desnutrición. La trombocitosis estuvo presente en el 100% de los pacientes tanto al diagnóstico como durante el seguimiento, mientras que la velocidad de sedimentación globular se encontró elevada en 81,8% y 90,9%, respectivamente. La colonoscopia mostró afección del ciego, colon ascendente y transverso en 81,8% de los casos, y del colon descendente, sigmoides y recto en 100%, 100% y 90,9%, respectivamente. Histológicamente predominaron el infiltrado linfoplasmocitario crónico, la distorsión de criptas, la eosinofilia y los microabscesos crípticos. Se realizó secuenciación de exoma en cuatro pacientes (36,4%) y se identificaron variantes heterocigotas en *NFKB1*, *NFAT5*, *NLRC4* y *NOD2*; dos se clasificaron como patogénicas o probablemente patogénicas y dos como variantes de significado incierto. Los tratamientos más empleados fueron mesalazina (72,7%), azatioprina (54,5%), prednisona (45,5%) e infliximab (45,5%).
Conclusiones: En esta cohorte. la enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano mostró un fenotipo caracterizado por inflamación colónica extensa e inflamación sistémica persistente. La identificación de variantes genéticas potencialmente relevantes apoya la incorporación de la evaluación molecular en pacientes seleccionados como parte de un abordaje multidisciplinario, aunque el acceso limitado a estos estudios es todavía una barrera para la medicina de precisión.
Este estudio representa una de las primeras series mexicanas con caracterización clínica, endoscópica, histopatológica y genética integral de esta población, y aporta información relevante para el diagnóstico y manejo en centros de referencia.
Financiamiento: Sin financiamiento.

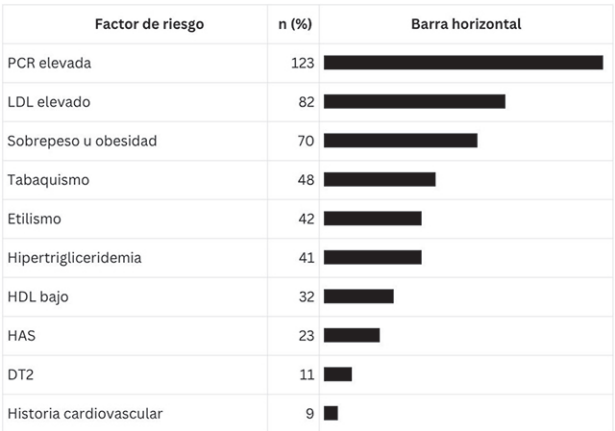
Lun168

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

M. Soto-Villalpando, F. Martínez-Silva, J. I. Carrillo-Rojas, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se caracteriza por ser una patología crónica caracterizada por episodios intermitentes de remisión y recaída. Los procesos inflamatorios crónicos tienen un papel bien reconocido en el aumento del riesgo cardiovascular aterosclerótico; múltiples enfermedades inflamatorias sistémicas como el lupus eritematoso, artritis reumatoide y diabetes se han asociado directamente con el aumento del riesgo; sin embargo, la asociación con la EII no se ha establecido por completo. Al igual que ocurre con otras patologías crónicas, los factores de riesgo cardiovascular tradicionales tales como el síndrome metabólico, la obesidad y el tabaquismo no explican por completo el aumento del riesgo cardiovascular observado en esta población.
Objetivo: Identificar los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza.
Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) atendidos por el servicio de gastroenterología en un hospital de tercer nivel. Los datos demográficos se reportaron con medidas de tendencia central y dispersión, se utilizó x^2 para las asociaciones, y las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y t de Student. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS V25 y se consideró un valor de p estadísticamente significativo < 0,05.
Resultados: Se incluyó a 135 pacientes, el 39% de hombres y 61% de mujeres, con edad promedio de 47,3 ± 14,6 años. El 91% de la población tuvo elevación de PCR (**Figura 1**). Las comorbilidades más prevalentes fueron el sobrepeso y la obesidad con 52% e hipertensión arterial sistémica con 17%. El factor de riesgo cardiovascular más común fue la presencia de colesterol LDL elevado (61%). El tabaquismo en comparación de género fue del 53% en hombres contra 24% en mujeres (p = 0,001). El 67% de los pacientes obtuvo un riesgo cardiovascular bajo.
Conclusiones: Los pacientes con EII tienen un estado de inflamación crónica continua, por lo que el perfil de riesgo cardiovascular se ve modificado por la enfermedad; en este sentido, la evaluación integral desde la consulta inicial ayuda a categorizar su riesgo y de esta manera incidir de forma oportuna para evitar complicaciones.
Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. (**Lun168**)



PCR, proteína C reactiva; HAS, hipertensión arterial sistémica; LDL, lipoproteínas de baja densidad; HDL, lipoproteínas de alta densidad, DT2, diabetes tipo 2.

Lun169

ASOCIACIÓN DE MONOCITOSIS COMO BIOMARCADOR DE GRAVEDAD EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

P. Muñoz-Martínez, M. Sosa-Arce, S. M. Téllez-Salmerón, B. Araiza-Ramírez, M. Cervantes-Garduño, L. P. Bilbao-Chávez, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno que se diagnostica cada vez con más frecuencia en los niños y adolescentes, en los cuales se puede presentar con características clínicas especiales, sobre todo con la alteración del crecimiento y desarrollo puberal. La EII puede ser una alteración grave con una repercusión médica, psicológica y sociofamiliar notable, que requiere idealmente un manejo en unidades multidisciplinares.
La presencia de monocitosis en sangre periférica es un marcador de gravedad en la enfermedad inflamatoria intestinal en los adultos, por lo que surge la incógnita de si es un biomarcador útil en la predicción de pronóstico y gravedad en la población pediátrica.
Objetivo: Determinar la asociación de monocitosis como biomarcador de gravedad en enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes pediátricos.
Material y métodos: Diseño de estudio: estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. Se incluyeron los expedientes de pacientes pediátricos, con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en la UMAE Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del CMN La Raza, en el periodo comprendido entre enero de 2020 y diciembre de 2025. Muestreo no probabilístico por conveniencia de casos consecutivo, catalogado como estudio sin riesgo. Se calcularon para variables cuantitativas media y desviación estándar y para variables cualitativas frecuencias y porcentajes; la diferencia entre grupos se estimó mediante x^2, asociación lineal por lineal. El cálculo de la asociación de los monocitos con las variables de estudio se realizó mediante razón de momios para prevalencia.
Resultados: En los 39 expedientes de niños con enfermedad inflamatoria intestinal incluidos predominó el sexo masculino con 69,2% (n = 27), con una media de edad de 123,33 meses (+ 60,232). En cuanto al tipo de enfermedad

inflamatoria intestinal, la más frecuente fue la colitis ulcerosa en 53,8% y al momento del diagnóstico 23 niños presentaron brote moderado conforme a índices de actividad clínica PUCAI o PCDAI (59%). Al analizar las características de los niños conforme al grado de actividad clínica (brote leve, moderado o grave), no se encontró diferencia entre los grupos.
En la **Tabla 1** se desglosan los factores asociados a la monocitosis en niños con enfermedad inflamatoria intestinal. No se encontró asociación entre la monocitosis y la actividad clínica moderada a grave, RMP = 2,166 (IC95%, 0,375, 12,495); sólo se encontró asociación de la monocitosis con hipoalbuminemia (RMP = 10,5; IC95%, 2,139-51,529) y PCR elevada (RPM = 6,678; IC95%, 1,576-28,294).

Tabla 1. Factores asociados a la monocitosis en niños con enfermedad inflamatoria intestinal *(*n = 39). (**Lun169**)

	Monocitosis			
Variable	**Sí n = 15**	**No n = 24**	**RMP**	**IC95%**
Sexo, hombre	11 (73,3)	16 (66,7)	1,375	0,330, 5,715
Tipo de enfermedad inflamatoria intestinal				
• Colitis ulcerosa/colitis indeterminada	10 (66,7)	15 (62,5)	1,000	0,262, 3,815
• Enfermedad de Crohn	5 (33,3)	9 (37,5)		
Actividad clínica				
• Brote moderado y grave	13 (86,7)	18 (75)	2,166	0,375, 12,495
Anemia	10 (66,7)	12 (50)	2,00	0,542, 7,63
Hipoalbuminemia	9 (60)	3 (12,5)	**10,5**	**2,139, 51,529**
PCR elevada	11 (73,3)	7 (29,2)	**6,678**	**1,576, 28,294**
VSG elevada	9 (60)	13 (54,2)	1,269	0,343, 4,696

Valores expresados en frecuencias y porcentajes. RMP, razón de momios para prevalencia; IC, intervalo de confianza. Tabla realizada por los autores.

Conclusiones: En este estudio no se identificó asociación entre la actividad clínica moderada a grave de la enfermedad inflamatoria intestinal en niños al momento del diagnóstico con la presencia de monocitosis y únicamente se asoció a hipoalbuminemia y PCR elevada.
Financiamiento: El estudio no recibió financiamiento por parte de la industria farmacéutica y los gastos fueron cubiertos por los autores.

Lun170

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y PARTICIPACIÓN LABORAL: IMPACTO SOBRE LA PRODUCTIVIDAD, EL DESEMPLEO Y LAS BARRERAS ESTRUCTURALES EN UNA COHORTE MEXICANA

G. Cabrera-Palma, M. C. Bravo-Dolores, S. Basave-Falcó, M. V. Martínez-Vega, J. M. Ríos, M. Cabrera-Palma, J. A. Chida-Romero, R. Y. López-Pérez, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se asocia con deterioro funcional significativo y pérdida de productividad laboral. Aunque este efecto ha sido ampliamente documentado en países de altos ingresos, en contextos de ingresos medios como México, caracterizados por sistemas de salud fragmentados y acceso variable a terapias avanzadas, los determinantes clínicos y socioestructurales de la participación laboral permanecen insuficientemente definidos. Esta brecha limita la comprensión de la carga socioeconómica de la EII y la formulación de estrategias efectivas de reintegración laboral.
Objetivo: Evaluar el efecto de la EII sobre la productividad laboral, la prevalencia de desempleo y los factores clínicos y estructurales asociados a la desvinculación laboral.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en 82 pacientes con EII (edad media de 41 años; 52,4% de mujeres), incluidos 55 con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y 27 con enfermedad de Crohn (EC). La productividad laboral se evaluó mediante el cuestionario validado *Work productivity and activity impairment* (WPAI), complementado con una encuesta estructurada para identificar condiciones de desempleo y sus determinantes clínicos y socioestructurales.
Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes, y las continuas como medias. Para la comparación entre grupos (CUCI vs. EC) se utilizaron las pruebas x^2 o exacta de Fisher para variables categóricas y prueba t de Student o U de Mann–Whitney, según fuera la distribución. Se consideró significancia estadística un valor de $p < 0,05$. El análisis se realizó con IBM SPSS Statistics versión 29.0.
Resultados: Se incluyó a 82 pacientes (67,1% CUCI, 32,9% EC), sin diferencias demográficas entre grupos ($p > 0,05$) (**Tabla 1**). La prevalencia de desempleo fue de 59,8%, atribuible a la EII en el 85,7% de los casos, sin diferencias entre CUCI y EC ($p = 0,36$). En los pacientes empleados (n = 33), el WPAI mostró un efecto significativo en la productividad laboral, con ausentismo del 30,5%, presentismo del 48,5% y pérdida global de productividad del 60,8%, sin diferencias entre subtipos de enfermedad ($p > 0,05$). La limitación en actividades diarias fue mayor en pacientes desempleados en comparación con empleados (63,4% vs. 41,8%). Los factores clínicos más frecuentemente asociados al desempleo fueron diarrea, fatiga persistente y necesidad de atención médica frecuente (71,4% cada uno), sin diferencias significativas entre CUCI y EC. En contraste, los factores estructurales mostraron un papel predominante, en particular el temor a perder la gratuidad de la atención médica (73,8%), único factor con diferencia significativa entre grupos (84,6% vs. 56,2%; $p = 0,04$) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Efecto laboral, productividad y factores asociados en pacientes con EII. (**Lun170**)

Variable	**Global (n = 82)**	**CUCI (n = 55)**	**EC (n = 27)**	**p**
Características demográficas y clínicas				
Edad media (años)	41	39,5	43	0,18
Sexo femenino	43 (52,4%)	26 (47,3%)	17 (63%)	0,18
Sexo masculino	39 (47,6%)	29 (52,7%)	10 (37%)	—
Desempleo	49 (59,8%)	31 (56,4%)	18 (66,7%)	0,36
Desempleo atribuible a EII*	42 (85,7%)	26 (83,9%)	16 (88,9%)	0,71
Terapia avanzada	60 (73,2%)	39 (70,9%)	21 (77,8%)	0,48
Productividad laboral (WPAI)				
Ausentismo (%)	30,5	26,7	40,6	0,12
Presentismo (%)	48,5	47,9	50,0	0,79
Pérdida total (%)	60,8	59,5	64,2	0,34
Limitación actividades (desemp.)	63,4	63,5	63,3	0,99
Limitación actividades (emp.)	41,8	37,9	52,2	0,21
Factores clínicos (n = 42)				
Diarrea	30 (71,4%)	20 (76,9%)	10 (62,5%)	0,29
Fatiga persistente	30 (71,4%)	19 (73,1%)	11 (68,8%)	0,75
Atención médica frecuente	30 (71,4%)	18 (69,2%)	12 (75,0%)	0,68
Dolor abdominal	29 (69,0%)	19 (73,0%)	10 (62,5%)	0,46
Urgencia evacuatoria	26 (61,9%)	18 (69,2%)	8 (50,0%)	0,20
Estrés por enfermedad	26 (61,9%)	16 (61,5%)	10 (62,5%)	0,95
No reintegración laboral (n = 42)				
Temor a síntomas	31 (73,8%)	21 (80,7%)	10 (62,5%)	0,18
Fatiga persistente	32 (76,2%)	20 (76,9%)	12 (75,0%)	0,88
Dolor abdominal	25 (59,5%)	14 (53,8%)	11 (68,8%)	0,33
Urgencia evacuatoria	21 (50,0%)	15 (57,7%)	6 (37,5%)	0,19
Citas médicas frecuentes	17 (40,5%)	9 (34,6%)	8 (50,0%)	0,31
Factores estructurales (n = 42)				
Temor a perder gratuidad	31 (73,8%)	22 (84,6%)	9 (56,2%)	0,04
Falta flexibilidad laboral	28 (66,7%)	17 (65,3%)	11 (68,8%)	0,81
Falta comprensión empleador	24 (57,1%)	13 (50,0%)	11 (68,8%)	0,22
Experiencias negativas	17 (40,5%)	11 (42,3%)	6 (37,5%)	0,75
Sin acceso a baño cercano	24 (57,1%)	17 (65,4%)	11 (68,8%)	0,82

CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; EC, enfermedad de Crohn; EII, enfermedad inflamatoria intestinal; WPAI, *Work productivity and activity impairment*. El porcentaje de desempleo atribuible a EII se calculó sobre la población desempleada.

Conclusiones: La EII se asocia con una elevada carga de desempleo y deterioro sustancial de la productividad laboral, independientemente del subtipo de enfermedad. Los determinantes del desempleo parecen estar más influidos por factores estructurales y percepciones del paciente que por diferencias clínicas. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias integrales que incorporen políticas laborales adaptativas y garanticen la continuidad terapéutica en sistemas de salud fragmentados.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun171

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A REMISIÓN PROFUNDA (DISEASE CLEARANCE) EN PACIENTES MEXICANOS CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

N. N. Parra-Holguín, J. G. López-Gómez, M. M. Alamilla-Pérez, S. I. Juárez-Cruz, F. D. Gutiérrez-Herrera, J. K. Yamamoto-Furusho, Grupo Colaborativo: Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El *disease clearance*, definido como la remisión clínica, endoscópica e histológica simultánea, ha surgido como un objetivo terapéutico ambicioso en la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). Su obtención se relaciona con mejores desenlaces; sin embargo, su frecuencia y factores asociados se han estudiado poco en la población de Latinoamérica. El Índice integral de actividad de enfermedad (NIIE), desarrollado en México, evalúa conjuntamente los dominios clínico, bioquímico, endoscópico e histológico.
Objetivo: Determinar la frecuencia de *disease clearance* y sus factores asociados en pacientes mexicanos con CUCI, así como comparar la definición tradicional con el NIIE.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal y multicéntrico en pacientes con CUCI atendidos en dos centros de tercer nivel de la Ciudad de México. Se incluyó a aquéllos con evaluaciones clínica, endoscópica e histológica realizadas en un intervalo máximo de tres meses. El *disease clearance* tradicional se definió como la presencia simultánea de remisión clínica, endoscópica e histológica. Se recopilaron variables demográficas, clínicas, terapéuticas y de la actividad de la enfermedad. Se efectuaron análisis bivariados y regresión logística binaria para identificar factores asociados. Ambas definiciones se compararon mediante la prueba de McNemar.
Resultados: Se incluyó a 510 pacientes, de los cuales 280 (54,9%) fueron mujeres y 230 (45,1%) hombres; la mediana de edad fue de 49 años y la mediana de evolución de la enfermedad de 13 años. La colitis extensa estuvo presente en 397 pacientes (77,8%). Según la definición tradicional, 128 (25,1%) alcanzaron *disease clearance*. La remisión clínica, endoscópica e histológica se documentó en 443 (86,9%), 180 (35,3%) y 161 (31,6%) pacientes, respectivamente. En el análisis bivariado, una mayor edad, un mayor tiempo de evolución y el uso de 5-ASA se asociaron con una mayor probabilidad de alcanzar *disease clearance* (RM = 1,53; IC95%, 1,12–2,10; p = 0,01), mientras que el uso de inmunomoduladores se asoció con una menor probabilidad (RM = 0,52; IC95%, 0,32–0,83; p = 0,006). Entre las terapias avanzadas, el infliximab se relacionó con una frecuencia significativamente mayor de *disease clearance* en comparación con otras terapias. Tras el ajuste multivariado, *disease clearance* se asoció independientemente con una menor frecuencia de hospitalizaciones (RM ajustada = 0,56; IC95%, 0,35–0,89; p = 0,01). El NIIE identificó *disease clearance* en 229 pacientes (44,9%), una proporción significativamente mayor que la definición tradicional (p < 0,001). La concordancia entre ambas definiciones fue moderada (κ = 0,583; p < 0,001).
Conclusiones: El 25,1% de los pacientes mexicanos con CUCI alcanzó *disease clearance*, desenlace asociado independientemente con una menor frecuencia de hospitalizaciones. En el análisis bivariado, el uso de 5-ASA se relacionó con mayor probabilidad de alcanzar *disease clearance*, mientras que los inmunomoduladores se asociaron con una menor probabilidad. Entre las terapias avanzadas, el infliximab mostró una frecuencia significativamente mayor de *disease clearance* en comparación con otras terapias.
Financiamiento: Ninguno.

Lun172

CARACTERÍSTICAS Y DESENLACES CLÍNICOS DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA AGUDA GRAVE: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVA 2012-2025

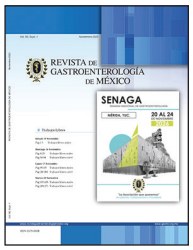
N. N. Parra-Holguín, J. K. Yamamoto-Furusho, Grupo colaborativo: Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La colitis ulcerosa aguda grave (ASUC) representa la manifestación más grave de la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y constituye una urgencia médica que requiere hospitalización y tratamiento intensivo. A pesar de los avances en el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal, el tratamiento inicial con corticosteroides intravenosos es aún el estándar terapéutico, mientras que un porcentaje considerable de pacientes requiere terapia de rescate o colectomía. La identificación temprana de factores asociados con desenlaces desfavorables es esencial para optimizar la toma de decisiones clínicas. Sin embargo, la evidencia proveniente de población mexicana es todavía limitada.
Objetivo: Describir las características clínicas, el manejo intrahospitalario y los desenlaces clínicos de pacientes con colitis ulcerosa aguda grave atendidos en un hospital de referencia, así como identificar los desenlaces clínicos a los 12 meses de seguimiento.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional y retrospectivo en una cohorte de pacientes con diagnóstico de CUCI atendidos en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán entre enero de 2012 y junio de 2025. Se incluyó a pacientes que cumplieron los criterios de Truelove y Witts para ASUC. Se recopilaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, endoscópicas y terapéuticas, Los desenlaces evaluados fueron colectomía, recurrencia de ASUC, nueva hospitalización y mortalidad hasta 12 meses de seguimiento. Las variables continuas se analizaron mediante pruebas de normalidad y se compararon con la prueba U de Mann-Whitney; las variables categóricas se analizaron con x^2, se realizó análisis bivariado y regresión logística para los factores asociados a los desenlaces. Se consideró significativo un valor de p < 0,05.
Resultados: Se incluyó a 86 pacientes, de los cuales 45 (52,3%) fueron hombres y 41 (47,7%) mujeres, con una mediana de edad de 41 años. La colitis extensa estuvo presente en 76 pacientes (88,4%) y 13 (15,1%) presentaron ASUC como manifestación inicial de la enfermedad. Ochenta y cuatro pacientes (97,7%) recibieron corticosteroides intravenosos y 60 (71,4%) presentaron respuesta clínica al tercer día de tratamiento. La terapia de rescate fue necesaria en 17 pacientes (19,8%), de los cuales 16 (94,1%) recibieron ciclosporina y 1 (5,9%) infliximab. Durante la hospitalización, la colectomía se realizó en 10 pacientes (11,6%), 7 (8,1%) presentaron megacolon tóxico, 3 (3,5%) perforación intestinal y 8 (9,3%) requirieron ingreso a la unidad de cuidados intensivos; no se registraron defunciones. A los 12 meses de seguimiento, 8 pacientes (9,6%) requirieron colectomía y 4 (4,7%) presentaron un nuevo episodio de ASUC. Los pacientes sometidos a colectomía presentaron concentraciones de hemoglobina significativamente menores al ingreso, así como una mayor frecuencia de megacolon tóxico y de ingreso a cuidados intensivos. Los pacientes con nueva hospitalización presentaron niveles significativamente mayores de proteína C reactiva al ingreso.
Conclusiones: En esta cohorte mexicana, el ASUC presentó bajas tasas de colectomía y ausencia de mortalidad. La anemia, megacolon tóxico y una mayor respuesta inflamatoria al ingreso se asociaron con peores desenlaces clínicos.
Financiamiento: Ninguno.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**120-131

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres en cartel

Lunes 23 de noviembre de 2026

ESÓFAGO

Lun173

HALLAZGOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS, MANOMÉTRICOS Y DE MONITOREO DE PH EN PACIENTES ESTUDIADOS POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO POR GRUPO ETARIO

J. J. Durán-Castro, J. J. Herrera-Esquivel, J. R. Muñoz-Gutiérrez, S. Moleres-Regalado, J. A. Fernández-Rivero, A. J. Sánchez-López, Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico tradicionalmente se ha considerado una enfermedad predominante en adultos de mediana edad y adultos mayores. En los últimos años se ha observado un incremento de su frecuencia entre pacientes jóvenes, lo que sugiere un cambio en la distribución etaria de la enfermedad. Paralelamente, el envejecimiento poblacional incrementará el número de pacientes de edad avanzada con ERGE. No obstante, la ERGE presenta diferencias en su expresión clínica y gravedad según la edad; sin embargo, la relación entre el grupo etario y los hallazgos endoscópicos y funcionales del esófago todavía está poco caracterizada.
Objetivo: Determinar la asociación entre grupo etario con la presentación clínica, gravedad del daño mucoso del esófago determinado por endoscopia, monitoreo ambulatorio de pH impedancia y la presencia de trastornos motores determinado por manometría del esófago en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo de pacientes con ERGE atendidos en el Hospital General Dr. Manuel Gea González entre julio de 2023 y julio de 2026. Se incluyó a pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta, manometría esofágica de alta resolución y monitoreo ambulatorio de pH-impedancia. Se compararon tres grupos etarios (< 30, 30-60 y > 60 años). La asociación entre la edad y los hallazgos clínicos, endoscópicos y funcionales se evaluó mediante la prueba x^2 y modelos de regresión logística; se consideró significativa una $p < 0,05$.
Resultados: Se analizó a 155 pacientes; 94 (60,6%) fueron mujeres y la edad media fue de 53 años. El grupo de 30-60 años representó el 59,4% de la muestra, seguido por los mayores de 60 años (33,5%) y los menores de 30 años (7,1%). La esofagitis grado B, C o D de Los Ángeles predominó en los pacientes mayores de 60 años (98,1%), mientras que en los menores de 30 años predominó la ausencia de esofagitis o la esofagitis grado A (90,9%). La manometría fue normal con mayor frecuencia en los menores de 30 años (63,6%) y en el grupo de 30-60 años (55,4%), mientras que la motilidad esofágica inefectiva predominó en los mayores de 60 años (49,2%). El reflujo patológico por pH-impedancia fue más frecuente en los grupos de 30-60 años (85,9%) y > 60 años (86,5%). Los síntomas típicos (pirosis y regurgitaciones) estuvieron presentes en todos los pacientes menores de 30 años, pero sólo en el 50% de los mayores de 60 años. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el grupo etario y la gravedad de la esofagitis (**Tabla 1**), la presencia de trastornos motores, el reflujo patológico y la frecuencia de síntomas típicos.
Conclusiones: La edad se asoció significativamente con la gravedad del daño esofágico estructural y funcional en pacientes con ERGE. Los pacientes mayores de 60 años presentaron mayor frecuencia de esofagitis erosiva, trastornos de la motilidad y reflujo patológico, mientras que en los menores de 30 años predominó una enfermedad menos grave y predominio de síntomas típicos. Estos hallazgos identifican al grupo etario como un factor clínicamente relevante para la estratificación de la enfermedad y apoyan la implementación de estrategias diagnósticas diferenciadas según la edad.
Financiamiento: Ninguno.

Lun174

LA INHIBICIÓN DEGLUTIVA ALTERADA DURANTE DEGLUCIONES MÚLTIPLES RÁPIDAS NO DIFERENCIA LA OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA CONFIRMADA POR FLIP DE LA NO CONFIRMADA

J. S. Arenas-Martínez, N. Parsa, M. D. Crowell, J. L. Horsley-Silva, M. F. Vela, Mayo Clinic

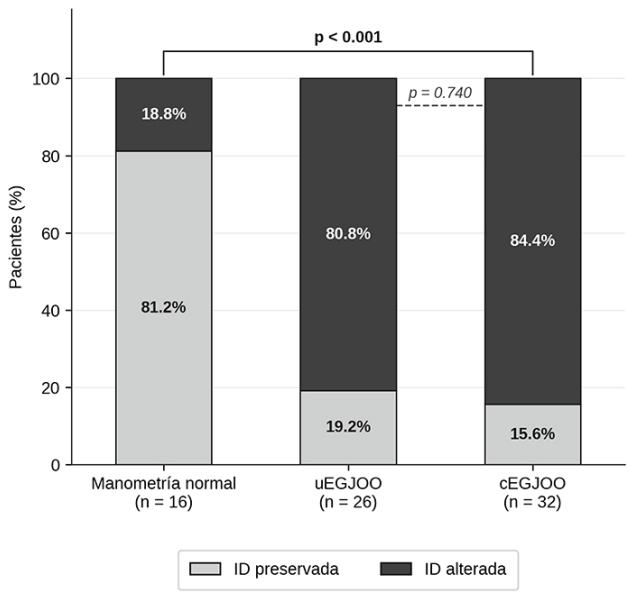
Tabla 1. Resultados de las variables en los que se observa la significancia estadística entre el grupo etario y los hallazgos endoscópicos. (**Lun173**)

		< 30 años n = 11	%	30-60 años n = 92	%	> 60 años n = 52	%	x^2 (p)
Endoscopia	Sin esofagitis y esofagitis A	10	90,9%	44	47,8%	1	1,9%	46,46 (0,000)
	esofagitis B, C y D	1	9,1%	48	52,2%	51	98,1%	

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Introducción: La obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogástrica (EGJOO) detectada por manometría de alta resolución (MAR) se considera un hallazgo no concluyente que requiere confirmación mediante estudios adicionales. Se ha propuesto que la inhibición deglutiva (ID) alterada durante degluciones múltiples rápidas (DMR) es un marcador de obstrucción verdadera que podría evitar la necesidad de pruebas confirmatorias.
Objetivo: Evaluar si la ID alterada durante las DMR permite diferenciar la EGJOO confirmada por sonda de imagen luminal funcional (FLIP) de la EGJOO no confirmada, y de pacientes con manometría normal.
Material y métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico en pacientes con disfagia o dolor torácico sometidos a MAR (Clasificación de Chicago v4.0) y FLIP, analizado según los criterios del Consenso de Dallas. Se conformaron tres grupos: normal (manometría y FLIP normales), EGJOO confirmada (apertura de la UEG reducida en FLIP) y EGJOO no confirmada (apertura de la UEG normal en FLIP); se excluyó a los pacientes con apertura de la UEG no concluyente por FLIP. Un subgrupo también se sometió a esofagograma baritado cronometrado (EBC). La ID durante las DMR se consideró alterada cuando la integral de contractilidad distal (ICD) del cuerpo esofágico superó 100 mmHg·s·cm durante las DMR; otros parámetros analizados incluyeron la presión de relajación integrada, la latencia distal, el aclaramiento del bolo y la ICD posterior a las DMR. Se utilizaron las pruebas exactas de Fisher y U de Mann-Whitney.
Resultados: Se incluyó a 74 pacientes (68% mujeres, edad media 60 ± 16 años): 16 con manometría y FLIP normales, 26 con EGJOO no confirmada y 32 con EGJOO confirmada. La tasa de ID alterada fue de 18,8% en pacientes normales, 80,8% en EGJOO no confirmada y 84,4% en EGJOO confirmada ($p < 0,001$), sin diferencia entre EGJOO confirmada y EGJOO no confirmada ($p = 0,740$) (**Figura 1**). Ningún parámetro manométrico derivado de las DMR diferenció EGJOO confirmada de EGJOO no confirmada (todas $p > 0,05$). El EBC estuvo disponible en 52 pacientes; se observó obstrucción por EBC en 0% de los pacientes normales, 30,8% de EGJOO confirmada y 7,1% de EGJOO no confirmada ($p = 0,034$).
Conclusiones: La ID alterada durante las DMR es frecuente en todo el espectro de EGJOO, pero no discrimina entre EGJOO confirmada y EGJOO no confirmada, y ningún parámetro derivado de las DMR predijo la obstrucción confirmada por FLIP. Aunque el EBC mostró una tendencia hacia mayor obstrucción en EGJOO confirmada, la concordancia con FLIP fue incompleta, congruente con datos previos que muestran una sensibilidad limitada del EBC para EGJOO confirmada. Estos hallazgos refuerzan a la FLIP como la herramienta corroborativa preferida en la evaluación de la EGJOO. La falla de la ID probablemente refleja una disfunción inhibitoria compartida en todo el espectro de EGJOO, más que un marcador específico de obstrucción verdadera, por lo que no debe utilizarse de forma aislada para sustentar el diagnóstico de EGJOO verdadera.
Financiamiento: Este trabajo ha sido patrocinado parcialmente por la beca de perfeccionamiento en el extranjero de la Asociación Mexicana de Gastroenterología.

Figura 1. Tasa de inhibición deglutiva alterada durante degluciones múltiples rápidas por grupo diagnóstico. Proporción de pacientes con inhibición deglutiva preservada y alterada durante degluciones múltiples rápidas en los distintos grupos diagnósticos. uEGJOO, obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogástrica no confirmada; cEGJOO, obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogástrica confirmada por sonda de imagen luminal funcional. (**Lun174**)



Lun175

PERSISTENCIA DEL VACIAMIENTO ESOFÁGICO ANORMAL PESE A LA RESPUESTA CLÍNICA Y MANOMÉTRICA EN PACIENTES TRATADOS POR ACALASIA

D. San-Agustín-Morales, J. Gutiérrez-Ortiz, J. S. Arenas-Martínez, G. M. Torres-Villalobos, Y. N. Varela-Martínez, L. A. Sánchez-Ruiz, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La respuesta al tratamiento de la acalasia suele evaluarse mediante la escala de Eckardt, la manometría esofágica de alta resolución y el esofagograma con bario cronometrado (*timed barium esophagram*, TBE). Sin embargo, estos métodos evalúan dimensiones diferentes de la respuesta terapéutica y su concordancia es incompleta. Existe evidencia limitada sobre la frecuencia con la que pacientes con mejoría clínica y normalización manométrica presentan persistencia del retraso del vaciamiento esofágico.
Objetivo: Evaluar la discordancia entre la respuesta clínica (Eckardt < 3) y manométrica (IRP < 12 mmHg) con la persistencia de vaciamiento esofágico anormal (columna de bario > 2 cm a los 5 minutos) en pacientes tratados por acalasia.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohorte realizado en un centro de tercer nivel. Se incluyó a pacientes con acalasia tratados entre 2010 y 2025 que contaban con evaluación clínica, manométrica y mediante esofagograma con bario cronometrado (TBE) posterior al tratamiento. Se definió éxito clínico como un puntaje de Eckardt < 3, respuesta manométrica como una presión de relajación integrada (IRP) < 12 mmHg y vaciamiento esofágico normal como una columna de bario ≤ 2 cm a los 5 minutos en el TBE. Los pacientes se estratificaron según el resultado del TBE en vaciamiento normal (≤ 2 cm) o vaciamiento retardado (> 2 cm). Se compararon las características demográficas y clínicas basales, las características del tratamiento y la frecuencia de respuesta clínica, manométrica y radiológica, así como la concordancia entre estos desenlaces.
Resultados: Se incluyó a 61 pacientes con acalasia. Los grupos fueron comparables en edad, sexo, índice de masa corporal, subtipo de Chicago, IRP basal, presión basal del esfínter esofágico inferior, diámetro esofágico y tratamiento recibido (todos $p > 0,05$). La respuesta clínica se alcanzó en el 100% de los pacientes con vaciamiento normal y en el 90,6% de aquéllos con vaciamiento retardado ($p = 0,368$). De forma similar, la normalización del IRP ocurrió en el 100% y el 90,6%, respectivamente ($p = 0,697$) (**Tabla 1**). Entre los pacientes con vaciamiento retardado, 40 (75,5%) presentaron simultáneamente respuesta clínica y normalización del IRP, a pesar de persistir un retraso del vaciamiento esofágico. En contraste, el 87,5% de los pacientes con vaciamiento normal mostró concordancia entre la respuesta clínica, la normalización del IRP y la normalización del TBE.
Conclusiones: Una proporción considerable de pacientes tratados por acalasia presenta respuesta clínica y normalización del IRP pese a mantener un vaciamiento esofágico anormal. Estos hallazgos indican que la evaluación clínica y manométrica aisladas podrían sobreestimar la respuesta funcional al tratamiento y respaldan el uso complementario del esofagograma con bario cronometrado durante el seguimiento postratamiento.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun176

ASOCIACIÓN ENTRE LA IMPEDANCIA BASAL MEDIA NOCTURNA Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PIROSIS

R. Vázquez-Pérez, E. A. San-Vicente-Parada, M. D. R. Herrero-Maceda, S. M. I. Mejía-Loza, M. I. Astudillo-Delgado, J. I. Mazadiego-Cid, A. Díaz-García, Hospital Juárez de México

Tabla 1. Características basales, del tratamiento y evolución clínica y funcional según el resultado radiológico postratamiento. (**Lun175**)

Variable	Vaciamiento normal (≤ 2 cm a los 5 min)	Vaciamiento retardado (> 2 cm a los 5 min)	Prueba entre grupos
Características demográficas	N = 8	N = 53	8,329e-09
Edad (años)	47,1 ± 10,3	50,6 ± 14,5	0,623
Sexo femenino	4 (50%)	25 (47,2)	1
IMC (kg/m²)	23,1 ± 4,49	23,7 ± 4,48	0,736
Tiempo hasta el diagnóstico (meses)	38 (15,8-51,8)	36 (13-50)	0,535
Tiempo diagnóstico-tratamiento (meses)	6 (2,75-8,25)	4 (2-7)	0,524
Características clínicas basales			
Eckardt basal	7 (5,75-8)	7 (6-9)	0,654
Síntoma predominante (disfagia)	7 (87,50%)	50 (94,33%)	0,5137
Características manométricas basales			
Subtipo Chicago			0,460
(I)	3 (37,50%)	30 (56,60%)	
(II)	5 (62,50%)	21 (39,60%)	
(III)	0 (0%)	1 (1,89%)	
IRP basal (mmHg)	25,1 (16,5-42,3)	25,6 (19-38,2)	0,548
Presión basal del EEI (mmHg)	34,2 (19,2-44,8)	34,0 (19,9-44,2)	0,874
Características radiológicas basales			
Diámetro esofágico (cm)	4,69 ± 1,10	5,66 ± 1,58	0,097
Megaesófago (> 6 cm)	1 (12,5%)	19 (35,8%)	0,253
Columna de bario a 5 minutos (cm)	1,4 (0,85-1,6)	5,7 (4,3-7)	5,793e-06
Clasificación japonesa			0,058
< 90	1 (12,5%)	3 (5,66%)	
90 < x < 135	3 (37,5%)	40 (75,47%)	
> 135	4 (50%)	10 (18,86%)	
Angulación esofágica (°)	125 ± 26	121 ± 21,1	0,604
Tratamiento			
Primer tratamiento recibido			0,708
Miotomía de Heller	6 (75%)	43 (81,13%)	
Dilatación endoscópica	2 (25%)	2 (3,77%)	
POEM	0 (0%)	8 (15,09%)	
Bótox	0 (0%)	0 (0%)	
Número de tratamientos previos	0 (0-0,5)	0 (0-0)	0,778
Longitud total de la miotomía (mm)	75 (0,75 - 90)	90 (1 - 100)	0,209
Tipo de funduplicatura			0,783
Dor	3 (37,5%)	21 (39,62%)	
Toupet	3 (37,5%)	23 (43,39%)	
Respuesta clínica y funcional			
Eckardt post	1 (0,75 - 2)	1 (1 - 2)	0,822
Mejoría clínica (Eckardt ≤3)	8 (100%)	48 (90,56%)	0,368
IRP post (mmHg)	6,35 (1,55 - 9,57)	7,7 (3,8 - 11,5)	0,974
Normalización del IRP	8 (100%)	48 (90,56%)	0,697
Sí requirió retratamiento	2 (25%)	13 (24,52%)	1
Discordancia clínica-radiológica			
Eckardt < 3 + IRP normal + TBE ≤ 2 cm	7 (87,5%)	0 (0%)	7,059e-13
Eckardt < 3 + IRP normal + TBE > 2 cm	0 (0%)	40 (75,47%)	3,276e-05
Eckardt < 3 + IRP anormal + TBE > 2 cm	0 (0%)	8 (15,09%)	0,2423
Eckardt > 3 + IRP anormal + TBE > 2 cm	0 (0%)	3 (5,66%)	0,493

IMC, índice de masa corporal; TBE, esofagograma con bario cronometrado; IRP, presión de relajación integrada; POEM, miotomía endoscópica peroral; EEI, esfínter esofágico inferior.

Introducción: La pirosis es un síntoma frecuente en la consulta de gastroenterología que a pesar de ser originado por diferentes mecanismos fisiopatológicos (ERGE, ERNE, hipersensibilidad al reflujo y pirosis funcional) limita las actividades cotidianas de los pacientes. La integridad de la mucosa evaluada mediante la impedancia basal media nocturna (MNBI) es un marcador obtenido mediante el monitoreo ambulatorio de pH-impedancia que refleja la integridad de la mucosa esofágica y ha demostrado utilidad para diferenciar los distintos fenotipos fisiológicos del reflujo; sin embargo, se desconoce si el grado de integridad mucosa se asocia con afección en la calidad de vida en pacientes con pirosis.

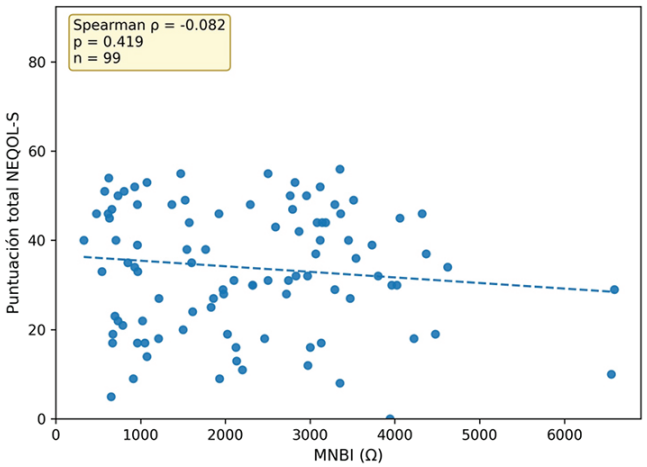
Objetivo: Determinar la asociación entre la impedancia basal media nocturna y la calidad de vida evaluada mediante el cuestionario *Northwestern esophageal quality of life* (NEQOL-S), en pacientes con pirosis.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en pacientes con pirosis sometidos a endoscopia y monitoreo ambulatorio de pH-impedancia de 24 horas. La calidad de vida se evaluó mediante la versión en español del cuestionario NEQOL-S. La asociación entre la MNBI y la puntuación total del NEQOL-S se evaluó mediante correlación de Spearman. Posteriormente se construyeron modelos de regresión lineal múltiple ajustados por edad y sexo para determinar la asociación independiente entre MNBI y la puntuación total, así como con cada uno de los dominios del NEQOL-S. El análisis estadístico se realizó con Jamovi Statistical Software. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 99 pacientes con síntomas esofágicos (edad media 47,1 ± 11,9 años). La mediana de la MNBI fue de 2123 kΩ (RIC, 965–3123). No se observó correlación significativa entre la MNBI y la puntuación total del

NEQOL-S (ρ = −0,082; p = 0,419). En el análisis de regresión lineal múltiple ajustado por edad y sexo, la MNBI no mostró asociación independiente con la calidad de vida global (β = −0,00137; IC95%, −0,00365 a 0,00091; p = 0,235). Asimismo, no se identificó asociación significativa entre la MNBI y ninguno de los dominios del NEQOL-S (todos p > 0,05), aunque el dominio de malestar emocional mostró una tendencia no significativa (p = 0,088).
La correlación entre la MNBI y la puntuación total del NEQOL-S se muestra en la **Figura 1**.
Conclusiones: En pacientes con pirosis, MNBI no se asoció con alteración en la calidad de vida evaluada mediante el NEQOL-S, incluso tras ajustar por edad y sexo. Estos hallazgos sugieren que la integridad de la mucosa esofágica explica sólo una proporción limitada de la carga percibida por el paciente, apoyando un papel predominante de la hipersensibilidad visceral y de los mecanismos de interacción intestino-cerebro en la determinación de la calidad de vida.
Financiamiento: No se obtuvo financiamiento.

Figura 1. Correlación entre la MNBI y la puntuación total del NEQOL-S. (**Lun176**)



Lun177

PARÁMETROS MANOMÉTRICOS Y DE pH-METRÍA ASOCIADOS A ERGE EN PACIENTES CON ESOFAGITIS GRADO A DE LOS ÁNGELES

A. Jasqui-Bucay, A. L. Desales-Iturbe, Y. Zamorano-Orozco, F. Zamarripa-Dorsey, M. E. López-Acosta, F. A. Lajud-Barquín, A. S. Ríos-Del-Río, D. L. Núñez-Elizondo, Hospital Ángeles Lomas/Hospital Regional No. 1 Carlos MacGregor, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La esofagitis grado A representa una forma leve de daño mucoso cuya relación con los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) no está completamente establecida. La manometría esofágica de alta resolución y la pH-metría permiten evaluar componentes motores y de exposición ácida implicados en su desarrollo.
Objetivo: Evaluar parámetros manométricos esofágicos, la reserva peristáltica y criterios de exposición ácida y de apoyo del Consenso de Lyon 2.0 entre pacientes con esofagitis A con ERGE, esofagitis A sin ERGE y pirosis funcional, y determinar los factores predictores de ERGE en pacientes con esofagitis A.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico que incluyó a 171 pacientes distribuidos en tres grupos: 54 con esofagitis A de acuerdo con la clasificación de Los Ángeles y ERGE confirmada por pH-metría, 43 con esofagitis A sin ERGE y 74 con pirosis funcional, definida por ausencia de esofagitis en la endoscopia y tiempo de exposición al ácido (TEA) < 4%. Todos los pacientes se sometieron a endoscopia digestiva alta, manometría esofágica de alta resolución con catéter de estado sólido de acuerdo con el protocolo de Chicago 4.0 y pH-impedancia, interpretadas conforme a los criterios del Consenso de Lyon 2.0. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC), dado que no cumplieron criterios de distribución normal. La comparación global entre los tres grupos se realizó mediante Kruskal-Wallis, y las comparaciones pareadas *post hoc* se efectuaron con la prueba de Dunn con corrección de Holm para comparaciones múltiples. Las variables categóricas se compararon mediante x^2. Adicionalmente, se calcularon razones de momios pareadas mediante modelos de regresión logística univariable para los parámetros de exposición ácida y de apoyo del Consenso de Lyon 2.0, tomando como referencia al grupo de pirosis funcional; las RM se reportaron por unidad de incremento de cada variable, con excepción de la MNBI, que se expresó por cada 100 ohmios, junto con sus intervalos de confianza del 95%. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05.
Resultados: Las características de los tres grupos se detallan en la **Tabla 1**. En términos de función motora esofágica, no se observaron diferencias significativas entre los grupos de esofagitis A con y sin ERGE en ninguno de los parámetros del esfínter esofágico inferior, en la longitud del cuerpo esofágico, ni en la integral contráctil distal. La reserva peristáltica evaluada por MRS no difirió entre los tres grupos, ni la prevalencia de hernia hiatal por endoscopia. En el análisis *post hoc* la esofagitis A con ERGE presentó valores significativamente mayores que esofagitis A sin ERGE, y ambos subgrupos de esofagitis A superaron significativamente a pirosis funcional. La MNBI se identificó como predictor sólo en esofagitis A con ERGE, sin significancia en el subgrupo sin ERGE, lo que la distingue como el único parámetro con capacidad predictiva dependiente del grado de daño mucoso.
Conclusiones: Los factores predictores de ERGE en pacientes con esofagitis A fueron exclusivamente los criterios de exposición ácida, sin que la función motora esofágica aportara valor discriminativo. La MNBI sólo fue predictiva en el subgrupo con mayor carga ácida, lo que limita su uso como criterio aislado. Estos hallazgos confirman que la esofagitis A no predice por sí sola la presencia de ERGE, y que la pH-impedancia es indispensable para identificar a los pacientes que realmente requieren tratamiento antirreflujo.
Financiamiento: No requirió financiamiento.

Tabla 1. Parámetros manométricos y de exposición ácida en los tres grupos [mediana (RIC)], con comparaciones pareadas *post hoc* y razones de momios frente a pirosis funcional. (**Lun177**)

Característica	Esofagitis A *con* ERGE (n = 54)	Esofagitis A *sin* ERGE (n = 43)	Pirosis funcional (n = 74)	p[a]	*Post hoc*[b]	RM Esof. A con ERGE *vs*. PF	RM Esof. A sin ERGE *vs*. PF
Parámetros manométricos (manometría esofágica de alta resolución, Chicago 4.0)							
EEI proximal, cm	41,5 (39,3, 43,5)	40,8 (38,4, 42,8)	40,7 (39,3, 42,1)	0,315	---		
EEI distal, cm	43,6 (42,2, 45,9)	43,0 (41,2, 45,0)	43,5 (41,2, 46,0)	0,608	---		
Longitud del EEI, cm	2,3 (1,7, 3,1)	2,3 (1,9, 4,0)	2,8 (2,2, 4,0)	0,034*	3 > 1		
Porción intraabdominal, cm	0,4 (0,0, 2,2)	0,6 (0,0, 2,4)	1,2 (0,2, 2,0)	0,406	---		
Presión basal media EEI, mmHg	22,6 (13,4, 28,2)	21,9 (10,1, 33,4)	17,6 (13,3, 25,8)	0,725	---		
IRP, mmHg	6,7 (3,0, 11,7)	6,7 (2,6, 9,7)	4,9 (1,9, 7,5)	0,209	---		
Relajación, %	54,0 (34,0, 65,0)	59,0 (40,5, 76,5)	61,0 (42,0, 78,0)	0,181	---		
Longitud cuerpo esofágico, cm	22,6 (21,4, 23,8)	22,9 (20,6, 24,7)	22,9 (21,5, 24,0)	0,981	---		
DCI media, mmHg·s·cm	1166 (596, 2529)	1085 (834, 1965)	1575 (1246, 2789)	0,015*	3 > 1		
DCI más alta, mmHg·s·cm	2035 (1045, 3828)	2117 (1351, 3181)	2751 (1978, 4305)	0,016*	3 > 1; 3 > 2		
Latencia distal, seg	7,1 (6,2, 8,3)	6,7 (5,8, 8,1)	7,7 (6,9, 9,5)	0,009*	3 > 2		
Velocidad frente contráctil, cm/seg	2,8 (2,3, 3,9)	3,2 (2,4, 3,6)	2,6 (1,9, 3,3)	0,040*	2 > 3		

Característica	Esofagitis A *con* ERGE (n = 54)	Esofagitis A *sin* ERGE (n = 43)	Pirosis funcional (n = 74)	p[a]	*Post hoc*[b]	RM Esof. A con ERGE *vs*. PF	RM Esof. A sin ERGE *vs*. PF
Presión basal media UEG, mmHg	77,8 (34,9, 103,0)	74,8 (50,1, 103,8)	81,5 (49,2, 108,8)	0,529	---		
Presión residual media UEG, mmHg	7,0 (1,7, 15,1)	8,8 (6,5, 12,6)	9,5 (4,4, 14,8)	0,459	---		
MRS reserva peristáltica, presente %	52	65	46	0,133	---		
Hernia hiatal endoscopia, presente %	56	42	58	0,217	---		
Criterios de exposición ácida y de apoyo del Consenso de Lyon 2.0 (pH-impedancia)							
TEA (AET), %	8,5 (6,1, 14,5)	2,2 (0,9, 4,0)	1,3 (0,2, 2,1)	< 0,001*	1 > 2; 1 > 3; 2 > 3	2,60 (1,80, 3,76)*	1,65 (1,22, 2,24)*
Número de reflujos ácidos	88 (49, 122)	42 (24, 58)	26 (8, 56)	< 0,001*	1 > 2; 1 > 3; 2 > 3	1,04 (1,02, 1,05)*	1,02 (1,00, 1,03)*
Puntaje de DeMeester	32,4 (20,9, 52,3)	9,7 (6,8, 13,9)	6,5 (1,8, 9,3)	< 0,001*	1 > 2; 1 > 3; 2 > 3	1,18 (1,11, 1,26)*	1,09 (1,03, 1,16)*
Reflujos > 5 min	1,5 (0,0, 4,8)	0,0 (0,0, 1,0)	0,0 (0,0, 0,0)	< 0,001*	1 > 2; 1 > 3; 2 > 3	2,21 (1,43, 3,40)*	1,54 (1,04, 2,27)*
MNBI, ohms	1080 (678, 1631)	2471 (1345, 3246)	2600 (1970, 3443)	< 0,001*	2 > 1; 3 > 1	0,90 (0,86, 0,94)*	0,99 (0,97, 1,02)

[a] p global (Kruskal-Wallis para variables continuas; x^2 para categóricas). [b] *Post hoc*: prueba de Dunn con corrección de Holm; se listan los pares con p < 0,05 (1 = esofagitis A con ERGE, 2 = esofagitis A sin ERGE, 3 = pirosis funcional). La notación "a > b" indica mediana significativamente mayor en el grupo a que en el b; "---"sin pares significativos. EEI, esfínter esofágico inferior; IRP, presión de relajación integrada; DCI, integral contráctil distal; UEG, unión esofagogástrica; AET/TEA, tiempo de exposición ácida; MNBI, impedancia basal nocturna media; RM, razón de momios; PF, pirosis funcional. Las columnas de RM (referencia: pirosis funcional) se muestran por unidad de incremento (MNBI por cada 100 ohmios), por regresión logística univariable. * p < 0,05/ IC95% que excluye 1.

Lun178

DISTRIBUCIÓN DE VARIANTES FARMACOGENÓMICAS DE CYP2C19 Y FENOTIPOS METABOLIZADORES EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO: POSIBLES IMPLICACIONES PARA LA TERAPIA CON IBP

A. P. Vázquez-Cruz, X. De-La-O-Santos, P. Thomas-Dupont, M. Cruz-Aguilar, J. L. Vargas-Basurto, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) constituye una de las enfermedades gastrointestinales más frecuentes y los inhibidores de la bomba de protones (IBP) representan el tratamiento farmacológico de primera línea. Sin embargo, la respuesta terapéutica presenta una importante variabilidad interindividual. Los polimorfismos del gen *CYP2C19*, responsable del metabolismo de los IBP, constituyen uno de los principales determinantes genéticos de dicha variabilidad y representan una herramienta potencial para la implementación de estrategias de medicina personalizada. No obstante, la distribución de estas variantes farmacogenómicas en población mexicana permanece escasamente estudiada.
Objetivo: Identificar las variantes farmacogenómicas CYP2C19*2, CYP2C19*3 y CYP2C19*17 en pacientes mexicanos con ERGE y determinar el fenotipo metabolizador esperado con base en el genotipo identificado.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en pacientes adultos con diagnóstico confirmado de ERGE atendidos en el Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana entre octubre de 2024 y mayo de 2025. Se obtuvo ADN genómico a partir de sangre periférica y se analizaron las variantes CYP2C19*2, CYP2C19*3 y CYP2C19*17 mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y secuenciación de Sanger. Con base en el genotipo identificado, los participantes se clasificaron según el fenotipo metabolizador esperado. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar y las categóricas como frecuencias y porcentajes.
Resultados: Se incluyó a 33 pacientes, edad media de 46 ± 16 años; 19 (57,6%) fueron hombres y 14 (42,4%) mujeres. Veintitrés pacientes (69,7%) presentaron ERGE erosiva y 10 (30,3%) enfermedad por reflujo no erosiva. La prevalencia del fenotipo metabolizador normal fue del 75,8% (25/33). La variante CYP2C19*2, asociada con pérdida de función enzimática y fenotipo metabolizador intermedio, se identificó en 7 (21,2%) pacientes, mientras que la variante CYP2C19*17, relacionada con aumento de la actividad enzimática y fenotipo metabolizador rápido, estuvo presente en 1 (3,0%) paciente. La variante CYP2C19*3 fue analizada; sin embargo, no se detectó en ninguno de los participantes de la población estudiada. No se identificaron metabolizadores lentos ni ultrarrápidos en la población estudiada (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características clínicas y distribución de las variantes farmacogenómicas de CYP2C19 en pacientes mexicanos con enfermedad por reflujo gastroesofágico (n = 33). Las variables se expresan con medias y desviaciones estándar, y las categóricas con frecuencia y porcentaje. (**Lun178**)

Variable	Total (n = 33)
Edad	46 ± 16
Mujeres	14 (42,4%)
Hombres	19 (57,6%)
Peso (kg)	85 ± 14
Talla (m)	1,67 ± 0,10
ERGE erosiva	23 (69,7%)
ERGE no erosiva	10 (30,3%)
Fenotipo metabolizador normal	25 (75,8%)
CYP2C19*2	7 (21,2%)
CYP2C19*17	1 (3,0%)
CYP2C19*3	0 (0%)

Conclusiones: En pacientes mexicanos con ERGE predominó el fenotipo metabolizador normal; sin embargo, uno de cada cinco presentó la variante CYP2C19*2, asociada con una menor actividad enzimática y potencialmente con diferencias en la respuesta al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. La ausencia de la variante CYP2C19*3 y la baja frecuencia de CYP2C19*17 caracterizan el perfil farmacogenómico observado en esta cohorte. Estos resultados proporcionan evidencia sobre la distribución de variantes de CYP2C19 en población mexicana y respaldan la incorporación futura de estrategias de farmacogenómica para individualizar el tratamiento antisecretor.
Financiamiento: Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana.

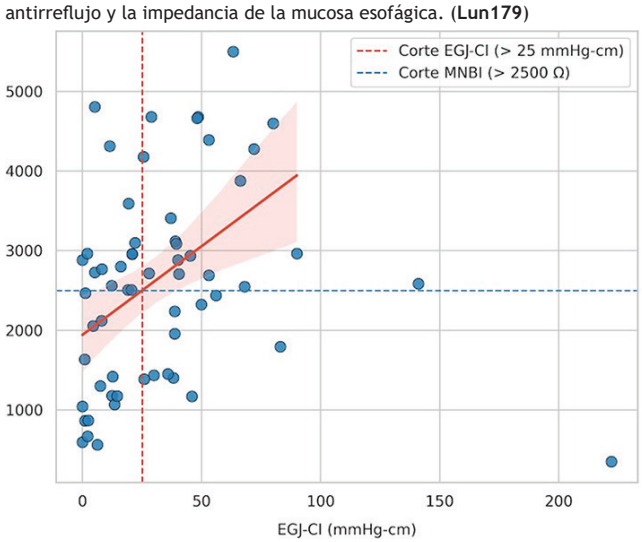
Lun179

ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE CONTRACTILIDAD DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA (EGJ-CI) Y LA IMPEDANCIA BASAL NOCTURNA MEDIA (MNBI) COMO MARCADOR DE LA INTEGRIDAD DE LA MUCOSA ESOFÁGICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

H. M. Herrera-Martínez, B. A. Enríquez-Constantino, P. Gálvez-Castillejos, E. Suárez-Morán, Hospital Español

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) involucra tanto la falla de los mecanismos defensivos como el consecuente daño estructural en la mucosa esofágica. Actualmente, la manometría esofágica de alta resolución permite medir el índice de contractilidad de la unión esofagogástrica (EGJ-CI) como indicador cuantitativo de la competencia de la barrera antirreflujo. Por su parte, la pH-metría evalúa la impedancia basal nocturna media (MNBI), un marcador altamente sensible del grado de alteración de la permeabilidad de la mucosa esofágica. Aunque fisiopatológicamente la pérdida de fuerza en la barrera antirreflujo favorece la exposición ácida y el daño a la mucosa esofágica propiamente, la asociación directa entre ambos parámetros requiere mayor evidencia en la práctica clínica.
Objetivo: Determinar si una menor contractilidad de la unión esofagogástrica se asocia con una disminución de la impedancia basal nocturna media, proporcionando evidencia sobre la competencia de la barrera antirreflujo y el daño funcional de la mucosa esofágica.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico y retrospectivo en pacientes del Hospital Español de México que se realizaron estudio de manometría esofágica de alta resolución y pH-metría impedancia de 24 horas para protocolo de disfagia y reflujo gastroesofágico. Se excluyó a aquellos pacientes con trastornos mayores de la motilidad esofágica (acalasia, obstrucción al flujo de salida de la unión esofagogástrica, espasmo esofágico distal, esófago hipercontráctil y contractilidad ausente), así como a pacientes con cirugía esofágica previa. Se realizó medición de la EGJ-CI y la MNBI de acuerdo con protocolos establecidos para éstas, tomando como valores normales un EGJ-CI > 25 mmHg-cm y una MNBI > 2500 Ω. Con la información obtenida se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial en el programa SPSS v.26 para identificar asociación entre la EGJ-CI y la MNBI, con un valor de p < 0,5, el cual se consideró significativo.
Resultados: Se incluyó a 60 pacientes (38 mujeres y 22 hombres) que cumplieron con los criterios de inclusión; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad (p = 0,42) y sexo (p = 1,0) entre los grupos con EGJ-CI y MNBI en rangos anormales. Existe una asociación monótona positiva moderada y estadísticamente significativa entre los valores continuos de EGJ-CI y MNBI; a valores más altos de EGJ-CI, tienden a registrarse valores más altos de MNBI (p = 0,005); de manera contraria, a valores más bajos de la EGJ-CI se presentaron niveles más bajos de MNBI y también se observa una asociación estadísticamente significativa (p = 0,006) (**Figura 1**).
Conclusiones: Según lo reportado en este estudio, se demuestra una asociación directa y estadísticamente significativa entre la disminución de la EGJ-CI y la reducción de la MNBI, lo que proporciona evidencia de que la pérdida de la competencia de la barrera antirreflujo se refleja en el daño estructural y funcional de la mucosa esofágica.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo para este estudio.

Figura 1. Gráfica de dispersión que muestra la distribución de los valores individuales de EGJ-CI y MNBI. Las líneas punteadas representan los puntos de corte de normalidad utilizados para el estudio. La línea de ajuste lineal evidencia una tendencia positiva directa entre la competencia de la barrera antirreflujo y la impedancia de la mucosa esofágica. (**Lun179**)



Lun180

MÁS ALLÁ DE LA EXPOSICIÓN ÁCIDA: FACTORES ASOCIADOS CON UNA IMPEDANCIA BASAL NOCTURNA MEDIA DISMINUIDA EN PACIENTES CON EXPOSICIÓN ESOFÁGICA FISIOLÓGICA

D. A. Olivares-González, E. I. González-Bravo, Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, IMSS

Introducción: La impedancia basal nocturna media (IBNM) es un marcador de la integridad de la mucosa esofágica que ha demostrado utilidad como métrica adicional en la evaluación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Sin embargo, algunos pacientes con exposición ácida fisiológica (AET < 6) presentan una IBNM disminuida, cuyos factores asociados aún no están completamente definidos. La identificación de los factores asociados con este hallazgo podría mejorar la interpretación clínica de la pH-impedanciometría esofágica.
Objetivo: Identificar los factores clínicos, endoscópicos, manométricos y de pH-impedanciometría asociados con una impedancia basal nocturna media disminuida (< 1500 Ω) en pacientes con tiempo de exposición ácida fisiológica (AET < 6%) sometidos a pH-impedanciometría ambulatoria sin tratamiento antiácido.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo realizado en pacientes sometidos a pH-impedanciometría esofágica ambulatoria de 24 horas en un centro de referencia de tercer nivel. Se incluyó a pacientes con tiempo de exposición ácida fisiológica (AET < 6%); se promediaron valores de impedancia basal en tres periodos nocturnos estables de 10 minutos cada uno y se clasificaron de acuerdo con la IBNM en dos grupos: < 1500 Ω y ≥ 1500 Ω. Se compararon variables clínicas, manométricas y de pH-impedanciometría mediante prueba U de Mann-Whitney para variables continuas y x^2 de Pearson o prueba exacta de Fisher para variables categóricas. Posteriormente se realizó regresión logística multivariada para identificar factores asociados de forma independiente con una IBNM disminuida. Se consideró significativo un valor de p < 0,05.
Resultados: De 294 pacientes sometidos a pH-impedanciometría, 176 cumplieron los criterios de inclusión (AET < 6%) y fueron analizados. De éstos, 35 (19,9%) presentaron una IBNM disminuida (< 1500 Ω) y 141 (80,1%) una IBNM ≥ 1500 Ω. En el análisis univariado, los pacientes con IBNM disminuida presentaron un IMC significativamente mayor (27,47 vs. 25,21 kg/m²; p = 0,007), mayor tiempo de exposición ácida (3,4% vs. 1,6%; p = 0,031), mayor antecedente de tabaquismo (37,1% vs. 16,3%; p = 0,006) y mayor frecuencia de acalasia (7,1% vs. 0%; p = 0,039). No se observaron diferencias significativas en edad, sexo, diabetes mellitus, enfermedad reumatológica, EEI hipotenso, motilidad esofágica inefectiva ni en el número de episodios de reflujo. En el análisis multivariado, el mayor tiempo de exposición ácida (OR ajustado 1,31; IC95%, 1,05–1,62; p = 0,014) y el antecedente de tabaquismo (OR ajustado 2,94; IC95%, 1,22–7,04; p = 0,016) permanecieron asociados de forma independiente con una IBNM disminuida (**Tabla 1**).
Conclusiones: En pacientes con exposición ácida fisiológica, una IBNM disminuida se asocia de manera independiente con un mayor tiempo de exposición ácida y con el antecedente de tabaquismo. Estos hallazgos respaldan el valor de la IBNM como biomarcador complementario para la interpretación de la pH-impedanciometría incluso en pacientes con exposición ácida fisiológica.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Tabla 1. Características de los pacientes según la impedancia basal nocturna media (IBNM). Los datos se expresan como mediana (rango intercuartílico) o n (%), según corresponda. El análisis multivariado se realizó mediante regresión logística binaria. (**Lun180**)

Variable	IBNM < 1500 Ω (n = 35)	IBNM ≥ 1500 Ω (n = 141)	p
Edad, años	58 (46-64,5)	53 (39-65)	0,179
IMC, kg/m²	27,47 (25,44-30,74)	25,21 (23,00-28,62)	0,007
Sexo femenino	27 (77,1)	107 (75,9)	0,876
Diabetes mellitus	5 (14,3)	19 (13,5)	1,000
Enfermedad reumatológica	1 (2,9)	6 (4,3)	1,000
Tabaquismo	13 (37,1)	23 (16,3)	0,006
EEI hipotenso	17/28 (60,7)	58/122 (47,5)	0,209
Motilidad esofágica inefectiva	6/28 (21,4)	14/119 (11,8)	0,219
Acalasia	2/28 (7,1)	0/119 (0)	0,035
AET, %	3,4 (0,80-4,45)	1,6 (0,50-3,40)	0,031
Número total de episodios de reflujo	48 (32,5-71,5)	47 (33-64)	0,928
Episodios de reflujo ácido	18 (4-30,5)	14 (4-22)	0,239
Episodios de reflujo débilmente ácido	27 (13,5-45,5)	30 (19-46)	0,407
Episodios de reflujo en posición supina	7 (2-15,5)	5 (2-10)	0,464
Episodios con alcance proximal	14 (7-28)	13 (6-20)	0,472
> 26 episodios de reflujo débilmente ácido	18 (51,4)	80 (56,7)	0,571
Análisis multivariado			
Variable	OR ajustado	IC95%	p
Edad	1,02	0,99-1,05	0,162
IMC	1,06	0,98-1,15	0,154
AET	1,31	1,05-1,62	0,014
Tabaquismo	2,94	1,22-7,04	0,016

AET, tiempo de exposición ácida; EEI, esfínter esofágico inferior; IBNM, impedancia basal nocturna media; IC95%, intervalo de confianza del 95%; IMC, índice de masa corporal; MEI, motilidad esofágica inefectiva; OR, *odds ratio*; RIC, rango intercuartílico.

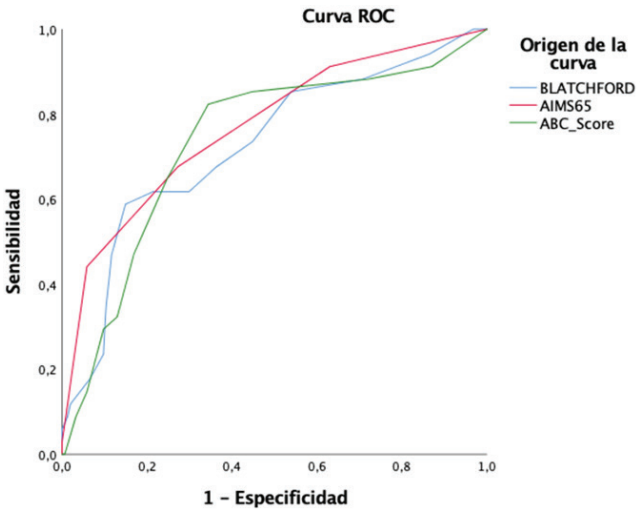
Lun181

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MASIVA: FACTORES ASOCIADOS CON MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y RENDIMIENTO DE ESCALAS PRONÓSTICAS

D. K. Tapia-Calderón, J. J. López-Rivas, D. Lagos-Prieto, L. Ulloa-Ramos, J. A. Velarde-Chávez, E. S. García-Jiménez, J. M. Aldana-Ledesma, E. C. Morel-Cerda, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, Hospital México Americano

Introducción: La hemorragia digestiva alta masiva (HDM) es una entidad potencialmente mortal que se ha definido como la presencia de hematemesis o melena asociada a choque hipovolémico y necesidad de ≥ 2 concentrados eritrocitarios en la reanimación inicial; se han descrito poco los resultados de la evolución clínica y los factores asociados a mortalidad.
Objetivo: Identificar los factores clínicos y bioquímicos asociados con la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con hemorragia digestiva alta masiva, así como comparar la capacidad discriminativa de las escalas Glasgow-Blatchford, AIMS65 y ABC score para predecir este desenlace.
Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años ingresados por HDM de cualquier etiología (variceal y no variceal) desde mayo del 2024 hasta abril del 2026. Se recopilaron variables demográficas, antecedentes clínicos, presentación y estado hemodinámico al ingreso, parámetros bioquímicos, escalas pronósticas, etiología del sangrado, tiempo hasta la endoscopia, requerimiento transfusional y complicaciones intrahospitalarias; se realizó análisis estadístico con el programa SPSS versión 25. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes, y las continuas como mediana y rango intercuartílico. Los factores asociados con mortalidad intrahospitalaria se evaluaron mediante regresión logística univariada y multivariada. Se construyó un modelo basal con variables disponibles al ingreso y otro ampliado con variables de evolución y manejo hospitalario, evitando colinealidad. Los resultados se expresaron como OR ajustadas e IC95%. La capacidad discriminativa de las escalas Glasgow-Blatchford, AIMS65 y ABC score se evaluó con curvas ROC y AUC. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 188 pacientes, con una media de edad de 57,09 ± 15,88 años, con predominio del sexo masculino (124, n = 66%). La mortalidad intrahospitalaria global fue del 18,1% (n = 34). En el análisis multivariado basal, la encefalopatía hepática y la creatinina se asociaron con mayor mortalidad intrahospitalaria, mientras que la albúmina mostró una asociación inversa. En el modelo ampliado, la creatinina, la albúmina, el tiempo hasta la endoscopia y la transfusión permanecieron asociados con la mortalidad, mientras que la encefalopatía hepática perdió significancia estadística.
Las tres escalas pronósticas mostraron una capacidad discriminativa aceptable. AIMS65 presentó el AUC más alto, seguida del ABC score y Glasgow-Blatchford (**Figura 1**).

Figura 1. Curvas ROC de las escalas Glasgow-Blatchford, AIMS65 y ABC score para la predicción de mortalidad intrahospitalaria. (**Lun181**)



Conclusiones: La mortalidad intrahospitalaria en pacientes con HDM fue elevada. La encefalopatía hepática, la disfunción renal y la hipoalbuminemia fueron los principales factores asociados con este desenlace. AIMS65 mostró la mayor capacidad discriminativa, aunque el rendimiento de las tres escalas fue únicamente aceptable.
Financiamiento: No se requirió financiamiento.

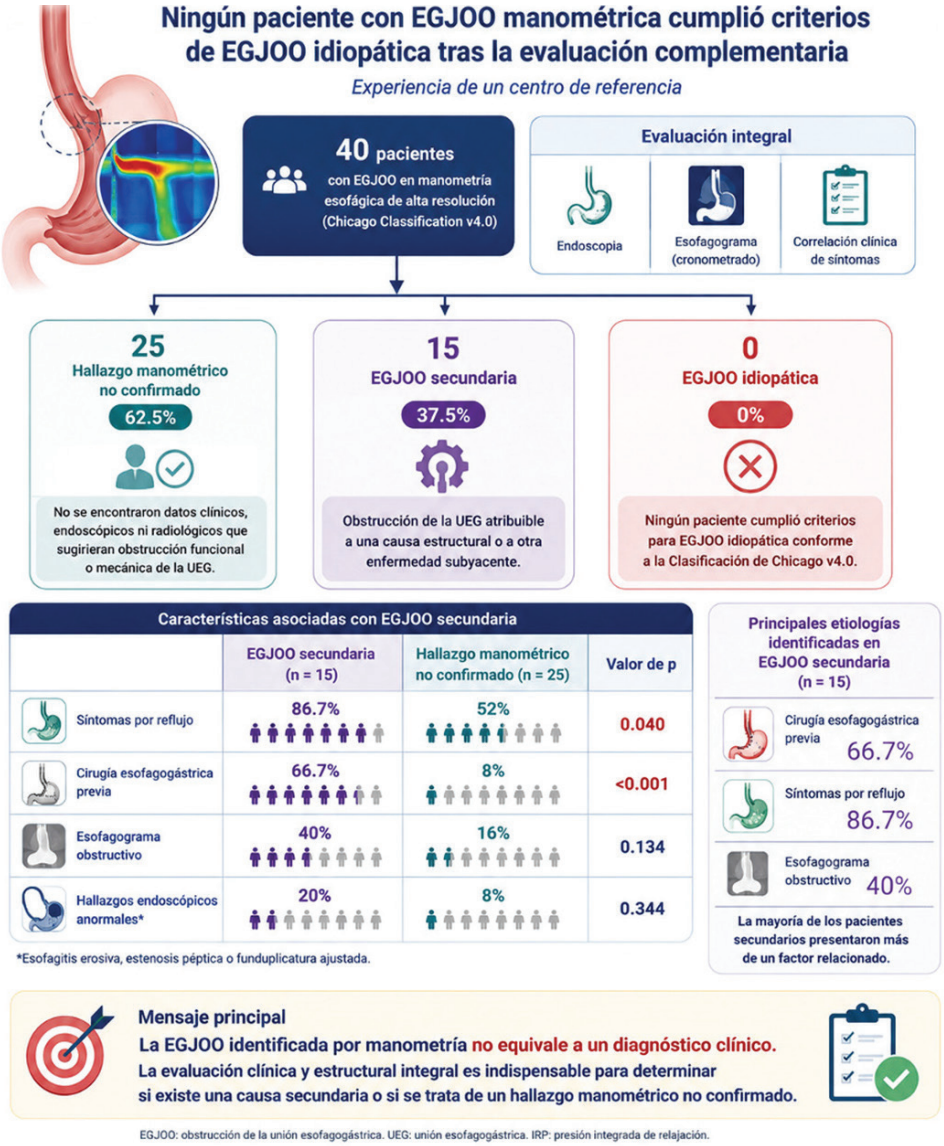
Lun182

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS COMPLEMENTARIOS EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA

J. C. Rincón-Camacho, J. Gutiérrez-Ortiz, Y. N. Varela-Martínez, L. A. Sánchez-Ruiz, M. Krause-Icaza, J. S. Arenas-Martínez, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La obstrucción de la unión esofagogástrica (EGJOO) es un hallazgo manométrico descrito por la Clasificación de Chicago versión 4.0 que requiere corroboración clínica y mediante estudios complementarios antes de establecer el diagnóstico definitivo, debido a que puede corresponder a una causa mecánica, secundaria o representar un hallazgo manométrico aislado.

Figura 1. Resumen gráfico de los resultados obtenidos. (**Lun182**)



Objetivo: Describir los desenlaces diagnósticos finales de pacientes con EGJOO manométrica tras completar la evaluación clínica y los estudios complementarios, e identificar las características asociadas con EGJOO secundaria.
Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo realizado en un centro de referencia en motilidad gastrointestinal. Se incluyó a pacientes con diagnóstico manométrico de EGJOO evaluados mediante manometría esofágica de alta resolución y estudios complementarios. Los pacientes se reclasificaron de acuerdo con los criterios diagnósticos de la Clasificación de Chicago v4.0. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartílico), según su distribución, y las variables categóricas como frecuencias y porcentajes. Las comparaciones se realizaron mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney para variables continuas y exacta de Fisher para variables categóricas. Se consideró significativa una $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 40 pacientes; 15 (37,5%) presentaron EGJOO secundaria y 25 (62,5%) correspondieron a un hallazgo manométrico no confirmado. Ningún paciente cumplió criterios de EGJOO idiopática tras la evaluación clínica y los estudios complementarios. Los pacientes con EGJOO secundaria presentaron con mayor frecuencia síntomas por reflujo (86,7% vs. 52%; $p = 0,040$) y antecedente de cirugía esofagogástrica previa (66,7% vs. 8%; $p < 0,001$). Predominó el sexo femenino en ambos grupos (93,3% vs. 80%; $p = 0,381$). No se observaron diferencias en edad, índice de masa corporal, disfagia, parámetros manométricos, esofagograma obstructivo ni hallazgos endoscópicos. En la **Figura 1** se resumen los hallazgos obtenidos.
Conclusiones: En esta cohorte, ningún paciente con EGJOO manométrica cumplió criterios de EGJOO idiopática tras completar la evaluación diagnóstica recomendada por la Clasificación de Chicago v4.0. La mayoría correspondió a un hallazgo manométrico no confirmado y los casos confirmados fueron secundarios, principalmente asociados con cirugía esofagogástrica previa, lo que respalda la necesidad de una evaluación clínica y estructural integral antes de establecer el diagnóstico definitivo.
Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento externo.

Lun183

EFECTO DEL TRATAMIENTO CON CINITAPRIDA SOBRE EL VACIAMIENTO GÁSTRICO EN PACIENTES CON GASTROPARESIA SECUNDARIA A ENFERMEDAD DE PARKINSON, REPORTE PRELIMINAR

A. Triana-Romero, N. X. Ortiz-Olvera, M. A. González-Martínez, R. Moreno-Alcántar, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo asociado a manifestaciones motoras y no motoras. Entre estas últimas, los trastornos gastrointestinales son altamente prevalentes, hasta 80% en algunas revisiones, y la gastroparesia (GP) constituye una complicación relevante debido a su impacto sobre el estado nutricional, la absorción de fármacos antiparkinsonianos y la calidad de vida. Dentro del manejo de la GP, los procinéticos son aún la principal terapia farmacológica; sin embargo, actualmente existe evidencia limitada respecto al tratamiento de la GP con cinitaprida en pacientes con EP.
Objetivo: Evaluar el efecto del tratamiento con cinitaprida durante cuatro semanas sobre el vaciamiento gástrico en pacientes con gastroparesia secundaria a enfermedad de Parkinson.
Material y métodos: Estudio clínico cuasi experimental, longitudinal, prospectivo y unicéntrico. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de EP y GP, atendidos en el servicio de gastroenterología de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Los pacientes recibieron cinitaprida, 1 mg por vía oral cada 8 horas durante 4 semanas. Se realizó evaluación basal y posterior a la intervención mediante gammagrafía de vaciamiento gástrico con sulfuro coloidal 1 mci, marcado con tecnecio 99 metaestable, con protocolo de 4 horas y el Índice de síntomas cardinales de gastroparesia (GCSI), un cuestionario validado para los síntomas de GP. Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, dispersión y proporciones, según la naturaleza y distribución de las variables. La correlación entre el tiempo de vaciamiento gástrico, el tiempo de evolución de la enfermedad y el estadio de Hoehn y Yahr se evaluó mediante correlación de Spearman. Se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas para evaluar la respuesta al tratamiento; se consideró significativa una $p < 0,05$.
Resultados: De una cohorte de 62 pacientes, se incluyó a 15 con EP, con edad media de 65,5 ± 6,4 años y 60% correspondió a hombres en los distintos estadios de la enfermedad. La frecuencia de GP fue de 33,3%. El estreñimiento fue la manifestación gastrointestinal más prevalente en 86,7% de casos; seguido de saciedad temprana con 73,3%. La mayoría de los pacientes se encontraba en un estadio 3 conforme a la escala de Hoehn y Yahr (40%). No se encontró correlación entre el tiempo de vaciamiento gástrico y el tiempo de evolución de la enfermedad, ni con el estadio de Hoehn y Yahr. Tras cuatro semanas de la intervención con cinitaprida se documentó normalización del tiempo de vaciamiento gástrico en el 60% de los pacientes en el análisis por protocolo. El puntaje basal promedio del GCSI fue de 2,08 ± 1,25 puntos. Los pacientes respondedores mostraron una reducción promedio de 52,0 ± 10,5 minutos en el tiempo de vaciamiento gástrico y una disminución absoluta de 24,6 ± 13,2% en la retención del alimento radiomarcado. En la **Tabla 1** se muestran los cambios en los parámetros de vaciamiento gástrico posterior a la intervención por paciente. No se documentaron efectos adversos gastrointestinales ni empeoramiento de los síntomas motores relacionados con la EP.
Conclusiones: Una tercera parte de los pacientes con EP presentó GP. El tratamiento con cinitaprida durante cuatro semanas demostró ser efectivo al normalizar el vaciamiento gástrico en el 60% de los pacientes tratados, sin efectos adversos motores y no motores.
Financiamiento: El estudio se realizó con los recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Lun184

FACTORES ENDOSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS ASOCIADOS CON FALLA AL TRATAMIENTO INICIAL DE ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*

F. Y. Vargas-Durán, M. Baca-García, A. I. García-Ureña, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: *Helicobacter pylori* es una causa de patologías gástricas graves y la falla de su tratamiento inicial alcanza del 15% al 30%. Aunque la resistencia antibiótica y la falta de apego son causas conocidas, las variables del huésped como los hallazgos endoscópicos e histopatológicos influyen directamente en la respuesta terapéutica.
Objetivo: Determinar los factores endoscópicos e histopatológicos asociados con la falla al tratamiento inicial de erradicación de *Helicobacter pylori*.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo de casos y controles. Se analizarán expedientes de pacientes con diagnóstico confirmado y prueba de control posterior al tratamiento (urea en aliento o antígeno fecal). Se utilizará una cédula de recolección de datos prediseñada para extraer la información del expediente, organizada en tres dimensiones: clínica, endoscópica e histológica. Para el análisis de asociación,se utilizará la prueba x^2 para variables categóricas. Se calculará el *odds ratio* (OR) con un intervalo de confianza del 95% para identificar la fuerza de asociación entre las variables independientes y la falla al tratamiento.
Resultados: Se incluyó a 190 pacientes con infección por *Helicobacter pylori* tratados con un esquema inicial de erradicación. La erradicación fue exitosa en 169 pacientes (88,9%), mientras que 21 (11,1%) presentaron falla al tratamiento. En el análisis de los hallazgos endoscópicos, los pacientes con falla terapéutica presentaron una mayor frecuencia de úlcera péptica (33,3% vs. 7,7%; $p = 0,002$), gastropatía edematosa (57,1% vs. 15,4%; $p < 0,001$) y gastropatía atrófica (47,6% vs. 8,9%; $p < 0,001$), en comparación con aquellos que lograron la erradicación. La presencia de gastropatía erosiva no mostró una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,161$). En la evaluación histopatológica, la metaplasia intestinal incompleta fue más frecuente en los pacientes con falla al tratamiento (28,6% vs. 3,0%; $p < 0,001$), al igual que la atrofia gástrica (47,6% vs. 9,5%; $p < 0,001$) (**Tabla 1**). Estos hallazgos sugieren que la presencia de cambios atróficos y premalignos de la mucosa gástrica podría asociarse con una menor probabilidad de éxito del tratamiento inicial de erradicación de *Helicobacter pylori*.

Tabla 1. Hallazgos endoscópicos e histológicos asociados con falla al tratamiento de erradicación de *H. pylori*. (**Lun184**)

Variable	Éxito al tratamiento (n = 169)	Falla al tratamiento	p
Úlcera péptica	13 (7,7%)	7 (33,3%)	0,002
Gastropatía edematosa	26 (15,4%)	12 (57,1%)	< 0,001
Gastropatía atrófica	15 (8,9%)	10 (47,6%)	< 0,001
Metaplasia intestinal incompleta	5 (3,0%)	6 (28,6%)	< 0,001
Atrofia gástrica	16 (9,5%)	10 (47,6%)	< 0,001

Conclusiones: En esta cohorte, la falla al tratamiento inicial de erradicación de *Helicobacter pylori* se observó en el 11,1% de los pacientes. La presencia de úlcera péptica, gastropatía edematosa, gastropatía atrófica, metaplasia intestinal incompleta y atrofia histológica se asoció con una mayor frecuencia de falla terapéutica. Estos hallazgos sugieren que las alteraciones endoscópicas e histopatológicas de la mucosa gástrica podrían ser útiles para identificar a pacientes con mayor riesgo de persistencia de la infección y que podrían beneficiarse de estrategias terapéuticas individualizadas. Se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño de muestra para confirmar estas asociaciones.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Diferencias en los parámetros de vaciamiento gástrico en los pacientes con gastroparesia. (**Lun183**)

Paciente estudiado	Tiempo de eliminación (min)		Vaciamiento a 1 hora (%)		Vaciamiento a 2 horas (%)		Vaciamiento a 3 horas (%)		Vaciamiento a 4 horas (%)	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Paciente 1	158	237	9	14	34	18	53	32	78	50
Paciente 2	151	99,82	19	51	33	85	52	98	85	98
Paciente 3	133	70	0	39	22	92	47	98	60	99
Paciente 4	148	106	43	34	47	54	63	82	74	96
Paciente 5*	131	—	30	—	44	—	74	—	87	—

*El paciente No. 5 recibió cuatro semanas de tratamiento, pero no acudió al gammagrama de revisión postratamiento. Fuente: elaboración propia.

Lun185

EFECTO DE LA PREMEDICACIÓN CON 130 MG DE SIMETICONA SOBRE LA VISIBILIDAD DE LA MUCOSA DURANTE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO EVALUADO MEDIANTE LA ESCALA GRACE

J. A. Aguado-Valerio, R. N. Carmona-Pichardo, F. Sánchez-Salinas, M. Pérez-Lozano, H. Rodríguez-Martínez, H. I. Pérez-Mora, Unidad Médica de Alta Especialidad, Puebla IMSS

Introducción: La adecuada visualización de la mucosa es un indicador de calidad en la endoscopia digestiva alta, ya que favorece la detección de lesiones premalignas y neoplasias tempranas. La simeticona ha demostrado mejorar la limpieza mucosa y es recomendada por guías internacionales como parte de la preparación preendoscópica. Recientemente se han validado escalas para la evaluación estandarizada de la visibilidad mucosa, entre ellas GRACE, lo que permite valorar objetivamente el efecto de estas intervenciones. Sin embargo, la evidencia en la población mexicana es aún limitada.
Objetivo: Comparar la visibilidad de la mucosa esofágica, gástrica y duodenal mediante la escala GRACE en pacientes con y sin premedicación con 130 mg de simeticona, administrada 30 a 60 minutos antes de la endoscopia digestiva alta electiva.
Material y métodos: Estudio prospectivo, comparativo y multicéntrico realizado en tres centros de endoscopia de Puebla, México. Se incluyó a pacientes adultos sometidos a endoscopia digestiva alta electiva. El grupo de intervención recibió 130 mg de simeticona diluidos en 100 mL de agua 30–60 minutos antes del procedimiento, mientras que el grupo control no recibió premedicación. La calidad de la limpieza mucosa se evaluó mediante la escala *Gastroscopy rate of cleanliness evaluation* (GRACE). El desenlace primario fue la puntuación total de GRACE y por segmento; el secundario fue la proporción de pacientes con visualización suficiente, definida como una puntuación total > 6. La edad se comparó mediante prueba t de Student, las puntuaciones GRACE mediante U de Mann-Whitney y la visualización suficiente con la prueba exacta de Fisher. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 117 pacientes (56 simeticona y 61 controles). La edad fue similar entre ambos grupos ($p = 0,468$). La puntuación total de GRACE fue mayor en el grupo de simeticona (8,29 ± 0,73 vs. 7 33 ± 1,57; $p < 0,001$). Asimismo, presentó puntuaciones GRACE superiores en esófago y duodeno (ambos $p < 0,001$), mientras que en estómago la diferencia no alcanzó significancia estadística (2,41 ± 0,60 vs. 2,25 ± 0,62; $p = 0,150$). La visualización suficiente (GRACE > 6) se alcanzó en el 100% de los pacientes con simeticona frente al 85,2% de los controles ($p = 0,003$) (**Tabla 1**).
Conclusiones: La administración de 130 mg de simeticona entre 30 y 60 minutos antes de la endoscopia digestiva alta mejoró significativamente la calidad de la visualización mucosa evaluada mediante la escala GRACE e incrementó la proporción de pacientes con visualización suficiente. Estos hallazgos respaldan su uso como premedicación antes de la endoscopia digestiva alta electiva.
Financiamiento: El presente estudio no recibió financiamiento externo.

Tabla 1. (**Lun185**)

Variable	Control (n = 61)	Simeticona (n = 56)	p
Edad (años), media ± DE	61,0 ± 15,1	59,07 ± 13,90	0,468
Sexo, n (%)			
Mujeres	36 (59,0%)	41 (73,2%)	
Hombres	25 (41,0%)	15 (26,8%)	
GRACE esófago, media ± DE	2,62 ± 0,55	2,93 ± 0,26	< 0,001
GRACE estómago, media ± DE	2,25 ± 0,62	2,41 ± 0,60	0,150
GRACE duodeno, media ± DE	2,48 ± 0,74	2,96 ± 0,19	< 0,001
GRACE total, media ± DE	7,33 ± 1,57	8,29 ± 0,73	< 0,001
Visualización suficiente (GRACE > 6), n (%)	52 (85,2%)	56 (100%)	0,003

DE, desviación estándar; GRACE, *Gastric mucosal visibility grading scale*. Las variables continuas se expresan como media ± desviación estándar. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante prueba t de Student para edad, U de Mann–Whitney para las puntuaciones GRACE y prueba x^2 o exacta de Fisher para variables categóricas, según correspondiera.

Lun186

CARACTERIZACIÓN Y RELACIÓN ENTRE LAS CLASIFICACIONES ENDOSCÓPICAS KIMURA-TAKEMOTO Y EGGIM MEDIANTE CROMOENDOSCOPIA DIGITAL BLI Y LOS SISTEMAS HISTOLÓGICOS OLGA Y OLGIM EN UNA COHORTE PROSPECTIVA MEXICANA

A. Y. Ávila-Franco, K. D. López-García, Y. M. Escandón-Espinoza, G. Jasso-Guerrero, G. F. Pérez-Roa, Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia

Introducción: La vigilancia de las lesiones premalignas gástricas depende de una adecuada estratificación del riesgo, para lo cual las recomendaciones actuales establecen la utilización de los sistemas OLGA y OLGIM para la evaluación histológica, complementada por la valoración endoscópica de la atrofia y la metaplasia mediante clasificaciones estandarizadas como la de Kimura-Takemoto y EGGIM. En México, aunque ambas estrategias forman parte de las recomendaciones actuales, su aplicación es todavía heterogénea y la información disponible en población mexicana es limitada. En este contexto, generar evidencia sobre la distribución de estas clasificaciones y la relación entre la evaluación endoscópica e histológica en población mexicana resulta relevante para fortalecer su aplicación en la práctica clínica.
Objetivo: Caracterizar la distribución de las clasificaciones endoscópicas de Kimura-Takemoto y EGGIM mediante cromoendoscopia digital BLI y de los sistemas histológicos OLGA y OLGIM, así como evaluar la relación entre ambas en una cohorte prospectiva mexicana.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo y transversal en 236 pacientes adultos sometidos a panendoscopia con cromoendoscopia digital mediante *Blue laser imaging* (BLI) y toma de biopsias gástricas siguiendo el protocolo de Sídney, entre enero y junio de 2026. Durante la endoscopia se clasificaron la atrofia gástrica y la metaplasia intestinal mediante los sistemas de Kimura-Takemoto y EGGIM. Las muestras fueron evaluadas por histopatología y clasificadas mediante los sistemas OLGA y OLGIM. Se realizó un análisis descriptivo de la cohorte y la relación entre las clasificaciones endoscópicas e histológicas se evaluó mediante el coeficiente de correlación de Spearman y prueba x^2.
Resultados: Se incluyó a 236 pacientes, con una mediana de edad de 62 años, predominio del sexo femenino (69,5%) y un índice de masa corporal promedio de 26,9 ± 5,4 kg/m². La infección por *Helicobacter pylori* estuvo presente en el 69,1% de los pacientes. Según la clasificación endoscópica, el 75,4% (178) presentó Kimura 0, el 19,9% (47) Kimura C1-C2 y el 4,7% (11) Kimura C3-O3. Para EGGIM, el 78,0% (184) presentó puntaje 0, el 20,8% (49) puntajes 1-4 y el 1,3% (3) puntajes 5-10. Histológicamente, el 86,9% correspondió a OLGA 0, el 11,9% a OLGA I-II y el 1,3% a OLGA III-IV. Para OLGIM, el 62,7% correspondió a estadio 0, el 33,1% a estadios I-II y el 4,2% a estadios III-IV. (**Tabla 1**). Se observó una correlación positiva entre Kimura-Takemoto y OLGA ($\rho = 0,415$; $p < 0,001$) y entre EGGIM y OLGIM ($\rho = 0,474$; $p < 0,001$). Asimismo, las categorías

Tabla 1. Distribución cruzada entre las clasificaciones endoscópicas de Kimura-Takemoto y EGGIM y los sistemas histológicos OLGA y OLGIM. (**Lun186**)

Kimura-Takemoto	OLGA 0, n (%)	OLGA I-II, n (%)	OLGA III-IV, (%)	n (%)	EGGIM	OLGIM 0, n (%)	OLGIM I-II, (%)	OLGIM III-IV, n (%)	Total, n (%)
0	167 (93,8)	10 (5,6)	1 (0,6)	**178 (75,4)**	**0**	137 (74,5)	44 (23,9)	3 (1,6)	**184 (78,0)**
C1–C2	37 (78,7)	10 (21,3)	0 (0,0)	**47 (19,9)**	**1-4**	11 (22,4)	34 (69,4)	4 (8,2)	**49 (20,8)**
C3–O3	1 (9,1)	8 (72,7)	2 (18,2)	**11 (4,7)**	**5-10**	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	**3 (1,3)**

Kimura-Takemoto–OLGA: $\rho = 0,415$; $p < 0,001$. EGGIM–OLGIM: $\rho = 0,474$; $p < 0,001$. Nota: los porcentajes de las columnas OLGA y OLGIM se calcularon por fila. Los porcentajes de la columna n corresponden a la distribución de la cohorte (n = 236).

agrupadas de ambas clasificaciones mostraron una asociación significativa con los grupos histológicos correspondientes (x^2, p < 0,001).
Conclusiones: La cohorte se caracterizó por un predominio de estadios histológicos tempranos y una baja frecuencia de enfermedad avanzada. La relación significativa entre las clasificaciones endoscópicas de Kimura-Takemoto y EGGIM y los sistemas histológicos OLGA y OLGIM respalda que la evaluación endoscópica mantiene una relación consistente con la estratificación histológica a lo largo de todo el espectro de las lesiones premalignas, aportando evidencia prospectiva para su aplicación integrada en la población mexicana.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun187

PREDICTORES INDEPENDIENTES DE RESANGRADO Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Y. M. Garay-Dixon, J. O. Jáquez-Quintana, M. J. Vázquez-Chávez, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) se asocia con una evolución clínica desfavorable en sangrado de tubo digestivo alto (STDA), lo que incrementa el riesgo de resangrado, requerimiento transfusional y mortalidad. Pese a ser un factor pronóstico reconocido, la evidencia sobre los predictores independientes que condicionan estos desenlaces en esta cohorte es limitada.
Objetivo: Identificar los predictores independientes de resangrado y mortalidad intrahospitalaria en pacientes con ERC y STDA.
Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en un centro de referencia del noreste de México (enero de 2023) con 75 pacientes ≥ 18 años con ERC hospitalizados por STDA. Se recopilaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, endoscópicas y relacionadas con el manejo hospitalario. Se excluyeron trasplante renal, lesión renal aguda sin ERC subyacente y expedientes incompletos. Desenlaces primarios: resangrado clínico y mortalidad intrahospitalaria. Las variables categóricas se compararon con la prueba exacta de Fisher y las continuas con Wilcoxon. Para cada desenlace se construyó un modelo principal (ajustado *a priori* por estadio KDIGO, choque hipovolémico al ingreso y edad). Debido al reducido número de eventos, se empleó regresión logística penalizada de Firth. En un análisis de sensibilidad exploratorio se incorporó el tiempo hasta la endoscopia. Se expresan razones de momios ajustadas (OR) con IC95% (p < 0,05).
Resultados: Se incluyó a 75 pacientes con ERC y STDA: 41 (54,7%) con ERC estadio KDIGO 3, 13 (17,3%) con KDIGO 4 y 21 (28,0%) con KDIGO 5. La mediana de edad fue de 65 años. La enfermedad ulcerosa péptica constituyó la principal etiología del STDA, predominando las úlceras Forrest III (30%). Conforme avanzó el estadio de ERC se observó una mayor frecuencia de diabetes mellitus (44% vs. 77% vs. 86%; p = 0,003), mayores concentraciones de BUN (p = 0,003), puntuaciones más elevadas de Glasgow-Blatchford (p = 0,024) y un mayor tiempo hasta la realización de la endoscopia (p = 0,027). Este hallazgo refleja la necesidad de corregir alteraciones clínicas antes de realizar la endoscopia de forma segura, más que un retraso relacionado con la disponibilidad del procedimiento.
El resangrado clínico ocurrió en 16 pacientes (21%) y la mortalidad intrahospitalaria en 9 (12%). En el modelo multivariado principal, la ERC estadio KDIGO 5 no mostró una asociación estadísticamente significativa con el resangrado (OR 2,50; IC95%, 0,76–8,33; p = 0,13). Esta asociación fue consistente tras incorporar el tiempo hasta la endoscopia como una variable potencialmente influida por la necesidad de optimización clínica antes del procedimiento, observándose una asociación estadísticamente significativa (OR 5,94; IC95%, 1,37–36,0; p = 0,016). Para mortalidad intrahospitalaria, la ERC estadio KDIGO 5 se asoció de forma independiente con un mayor riesgo tanto en el modelo principal (OR, 5,11; IC95%, 1,09–31,7; p = 0,039) como en el análisis de sensibilidad (OR, 8,51; IC95%, 1,55–70,4; p = 0,013) (**Tabla 1**).
Conclusiones: La ERC avanzada (estadio KDIGO 5) se asocia de forma independiente con mayor riesgo de resangrado y mortalidad intrahospitalaria en STDA. Estos hallazgos respaldan la utilidad de la clasificación KDIGO para la estratificación pronóstica temprana e identifican a este subgrupo como de muy alto riesgo. La consistencia en el análisis de sensibilidad indica que el pronóstico desfavorable está determinado principalmente por la gravedad del daño renal y no por el tiempo hasta la endoscopia, el cual responde a la complejidad de la estabilización clínica previa.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun188

CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS Y REPORTE HISTOPATOLÓGICO DE GASTRITIS ATRÓFICA EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA

E. E. R. Bernal-Hernández, K. Romero-Gómez, D. G. Lindoro-Barraza, A. Salazar-Zamudio, M. Molina-López, E. B. López-Pacheco, Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos

Introducción: La gastritis atrófica es una condición preneoplásica que requiere confirmación histopatológica y adecuada estratificación de riesgo. Este protocolo propone evaluar la correlación entre hallazgos endoscópicos, principalmente clasificación de Kimura-Takemoto y puntaje de Kioto, y hallazgos de biopsia gástrica.
Objetivo: Determinar la correlación entre hallazgos endoscópicos indicativos de gastritis atrófica y resultados histopatológicos de biopsias gástricas.

Tabla 1. Factores de riesgo multivariados (basal y sensibilidad) para resangrado clínico y mortalidad intrahospitalaria en pacientes con STDA y ERC.* (**Lun187**)

Característica	Resangrado (basal) OR (IC95%) [p]	Resangrado (sensibilidad) OR (IC95%) [p]	Mortalidad (basal) OR (IC95%) [p]	Mortalidad (sensibilidad) OR (IC95%) [p]
Gravedad ERC (KDIGO)				
Estadio 3	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Estadio 4	0,53 (0,05-2,85) [0,50]	0,76 (0,07-5,19) [0,80]	1,78 (0,15-14,1) [0,60]	2,10 (0,15-21,5) [0,50]
Estadio 5	2,50 (0,76-8,33) [0,13]	5,94 (1,37-36,0) [0,016]	5,11 (1,09-31,7) [0,039]	8,51 (1,55-70,4) [0,013]
Choque hipovolémico				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sí	0,44 (0,10-1,51) [0,20]	0,31 (0,06-1,29) [0,11]	3,97 (0,91-21,0) [0,067]	4,16 (0,85-27,0) [0,079]
Edad (años)	0,98 (0,92-1,03) [0,40]	0,97 (0,91-1,03) [0,30]	0,95 (0,88-1,02) [0,14]	0,94 (0,86-1,01) [0,078]
Tiempo a endoscopia				
≤ 48 horas	—	Ref.	—	Ref.
> 48 horas	—	0,07 (0,01-0,30) [< 0,001]	—	0,14 (0,02-0,64) [0,011]

OR, *odds ratio* ajustado mediante regresión logística penalizada de Firth; IC95%, intervalo de confianza del 95%; ERC, enfermedad renal crónica (clasificación KDIGO); STDA, sangrado de tubo digestivo alto. Modelo principal (basal): ajustado por gravedad de la ERC, choque hipovolémico al ingreso y edad. Modelo de sensibilidad: ajustado por las variables del modelo principal incorporando el tiempo a la endoscopia (≤ 48 *vs.* > 48 h).

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico. Se incluyó a 61 pacientes objeto de panendoscopia con toma de biopsias acorde al protocolo de Sídney. Se evaluaron edad, sexo, motivo de estudio, Kimura-Takemoto, Kioto, atrofia, metaplasia intestinal, *Helicobacter pylori*, displasia y neoplasia. Las asociaciones se analizaron con prueba exacta de Fisher y correlación de Spearman. Se consideró significativa un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 42 pacientes sometidos a endoscopia gastrointestinal alta con biopsias gástricas, con una edad media de 67,9 y 66,7% del sexo femenino. La clasificación de Kimura-Takemoto más frecuente fue C2 (50%), seguida de C1 (16,7%), C3 (11,9%), O2 (9,5%) y O3 (11,9%). Histológicamente se identificó atrofia en 6 (14,3%) pacientes, MI 20 (47,6%), infección por HP en 5 (11,9%), displasia en 1 (2,4%) y neoplasia en 1 (2,4%).
No se observó correlación significativa entre la clasificación de Kimura-Takemoto y la presencia de atrofia histológica ($r = 0,078$, $p = 0,622$) o con metaplasia intestinal ($r = 0,158$, $p = 0,316$). En el análisis exploratorio de pacientes con puntaje de Kioto disponible ($n = 14$), se observó una mayor correlación con atrofia ($r = 0,321$, $p = 0,571$) y MI ($r = 0,403$, $p = 0,166$), sin significancia estadística.
Conclusiones: La clasificación de Kimura–Takemoto no se correlacionó significativamente con la atrofia ni la metaplasia intestinal en esta cohorte. El puntaje de Kioto mostró una tendencia hacia una mejor correlación histológica, aunque limitada por el reducido número de pacientes evaluados. Se requieren estudios prospectivos y estandarización en la interpretación endoscópica para definir mejor la utilidad de estas clasificaciones en la predicción de lesiones premalignas gástricas.
Financiamiento: Este estudio se realizó sin apoyo económico externo.

Lun189

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PARACLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS Y DESENLACES INTRAHOSPITALARIOS EN PACIENTES CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO NO VARICEAL ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PRIVADO DE TERCER NIVEL

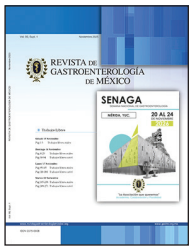
F. Garibaldi-Bernot, D. L. Núñez-Elizondo, A. Jasqui-Bucay, A. S. Ríos-Del-Río, J. Chida-Romero, R. García-Macías, F. Lajud-Barquín, F. Zamarripa-Dorsey, M. E. López-Acosta, Hospital Ángeles Lomas

Introducción: El sangrado de tubo digestivo alto (STDA) no variceal es una urgencia gastroenterológica con evolución heterogénea y riesgo de transfusión, recurrencia hemorrágica e intervenciones adicionales. La información institucional sobre los factores asociados con estos desenlaces es limitada.
Objetivo: Describir las características clínicas, laboratoriales y endoscópicas de pacientes con STDA no variceal e identificar los factores asociados con transfusión y resangrado intrahospitalario.
Reporte de casos: Cohorte histórica, retrospectiva y analítica de pacientes adultos con STDA no variceal atendidos entre enero de 2025 y junio de 2026 en un hospital privado de tercer nivel. Se incluyeron episodios consecutivos con etiología no variceal confirmada por endoscopia y expediente con desenlaces evaluables. Se analizaron variables demográficas, presentación clínica, hemoglobina, nitrógeno ureico sanguíneo (BUN), creatinina, relación BUN/creatinina, índice de choque, AIMS65, etiología, clasificación de Forrest, tratamiento endoscópico, transfusión, resangrado, reendoscopia, estancia y mortalidad. Se definieron como estigmas endoscópicos de alto riesgo Forrest Ia, Ib, IIa y IIb. Las variables se resumieron con media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico; las asociaciones se evaluaron con prueba exacta de Fisher y U de Mann-Whitney, con significancia de $p < 0,05$.
Discusión: Se analizó a 70 pacientes; la edad media fue de 66,4 ± 14,5 años y 50 (71,4%) fueron hombres. La melena fue la presentación más frecuente (51,4%). La etiología predominante fue úlcera duodenal, bulbar en 37,1% y posbulbar en 24,3%. Treinta y tres pacientes (47,1%) presentaron estigmas Forrest de alto riesgo y recibieron tratamiento endoscópico. Trece (18,6%) requirieron transfusión; cuatro (5,7%) presentaron resangrado y cuatro (5,7%) requirieron reendoscopia. No se registró mortalidad intrahospitalaria. Los estigmas de alto riesgo se asociaron con transfusión (13/33 vs. 0/37; $p < 0,001$) y resangrado (4/33 vs. 0/37; $p = 0,045$). En comparación con los no transfundidos, los pacientes transfundidos tuvieron menor hemoglobina (mediana 7,2 vs. 11,8 g/dL; $p < 0,001$), mayor BUN (37,6 vs. 27,8 mg/dL; $p = 0,016$) y mayor relación BUN/creatinina (38,7 vs. 25,0; $p = 0,008$). La transfusión se asoció con resangrado (23,1% vs. 1,8%; OR 16,8; $p = 0,019$). AIMS65, índice de choque y estancia hospitalaria no mostraron diferencias significativas según transfusión.
Conclusiones: En esta cohorte, los estigmas Forrest de alto riesgo concentraron todos los eventos de transfusión y resangrado. La anemia grave y la elevación de BUN y de la relación BUN/creatinina identificaron a pacientes con mayor necesidad transfusional. La clasificación endoscópica, integrada con variables laboratoriales de ingreso, puede contribuir a reconocer tempranamente a pacientes que requieren vigilancia y manejo intensificados. El bajo número de recurrencias y la ausencia de mortalidad limitan el análisis multivariable y requieren validación en una muestra mayor.
Financiamiento: El presente trabajo no recibió financiamiento externo para su realización.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**132-142

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres en cartel

Lunes 23 de noviembre de 2026

HÍGADO

Lun190

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y DESENLACES HEPATOBILIARES EN PACIENTES CON COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA: COHORTE RETROSPECTIVA MEXICANA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Espinoza-López, V. López-Ladrón-De-Guevara, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colangitis esclerosante primaria (CEP), una colangiopatía fibroinflamatoria crónica y progresiva asociada con estenosis biliares, colangitis, cirrosis, hipertensión portal, insuficiencia hepática y neoplasias hepatobiliares, puede coexistir con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y alteraciones metabólicas óseas. En México, la información longitudinal sobre su evolución y complicaciones en centros de referencia es limitada. La heterogeneidad clínica y escasez de registros nacionales dificultan reconocer tempranamente a pacientes con mayor riesgo de progresión.
Objetivo: Describir características basales, evolución clínica y desenlaces hepatobiliares de una cohorte retrospectiva de pacientes con CEP atendidos en un hospital mexicano de tercer nivel.
Material y métodos: Cohorte retrospectiva descriptiva de casos prevalentes realizada entre 2021 y 2024. Se incluyó a 16 pacientes con CEP definida mediante criterios clínicos, bioquímicos y colangiográficos. La fecha índice fue la primera valoración institucional documentada. El seguimiento se extendió hasta la última consulta, trasplante hepático, defunción o cierre formal del estudio. Se revisaron expedientes clínicos, resultados de laboratorio, estudios de imagen, procedimientos endoscópicos y reportes histopatológicos. Se registraron edad, sexo, fenotipo colangiográfico, enfermedades inmunomediadas, síntomas, fosfatasa alcalina, gamma-glutamil transferasa (GGT), MELD, MELD-Na, cirrosis, hipertensión portal, clasificación de Child-Pugh, osteoporosis y vitamina D. Los desenlaces incluyeron colangitis, necesidad de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), trasplante hepático, colangiocarcinoma y cáncer colorrectal. Las variables continuas se resumieron mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico (RIQ); las categóricas, mediante frecuencias y proporciones. Debido al tamaño muestral, el análisis fue descriptivo.
Resultados: La edad media fue de 49,8 ± 11,4 años y 9/16 fueron mujeres. La CEP de grandes conductos se documentó en 14/16 casos y la distribución mixta intrahepática y extrahepática en 14/16. Se identificó enfermedad inmunomediada en 9/16 pacientes; 5/16 presentaron CUCI. No hubo enfermedad de Crohn. La mediana de fosfatasa alcalina fue de 413 U/L (RIQ, 260,5–476,8) y la de GGT de 173,5 U/L (RIQ, 126,2–511). La mediana de MELD fue de 10,5 (RIQ, 8,5–14,5) y la de MELD-Na de 12,5 (RIQ, 7,8–19,5). Al inicio o durante el seguimiento se documentaron cirrosis en 14/16 pacientes, hipertensión portal en 12/16 y clasificación de Child-Pugh B o C en 7/16. Predominaron prurito en 11/16, astenia en 8/16 e ictericia en 8/16. Se registró osteoporosis en 4/16 y vitamina D baja en 3/8 pacientes evaluados. Durante el periodo observado, 3/16 presentaron colangitis, 5/16 requirieron CPRE, 2/16 recibieron trasplante hepático y 1/16 desarrolló colangiocarcinoma; no se documentó cáncer colorrectal (**Figura 1**).
Conclusiones: En esta cohorte retrospectiva mexicana, la CEP mostró una elevada carga de enfermedad hepática avanzada y complicaciones clínicamente relevantes. La cirrosis, hipertensión portal y deterioro funcional hepático evidenciaron una población con presentación en etapas avanzadas; la colangitis, la CPRE, el trasplante y el colangiocarcinoma reflejaron la complejidad evolutiva. Estos hallazgos respaldan un seguimiento multidisciplinario con vigilancia hepatobiliar y oncológica, evaluación intestinal, atención de la salud ósea y referencia oportuna para trasplante. El tamaño muestral, el diseño retrospectivo, los casos prevalentes y la procedencia de un solo centro limitan la generalización y la estimación de incidencia; se requieren cohortes multicéntricas con seguimiento longitudinal estandarizado.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun191

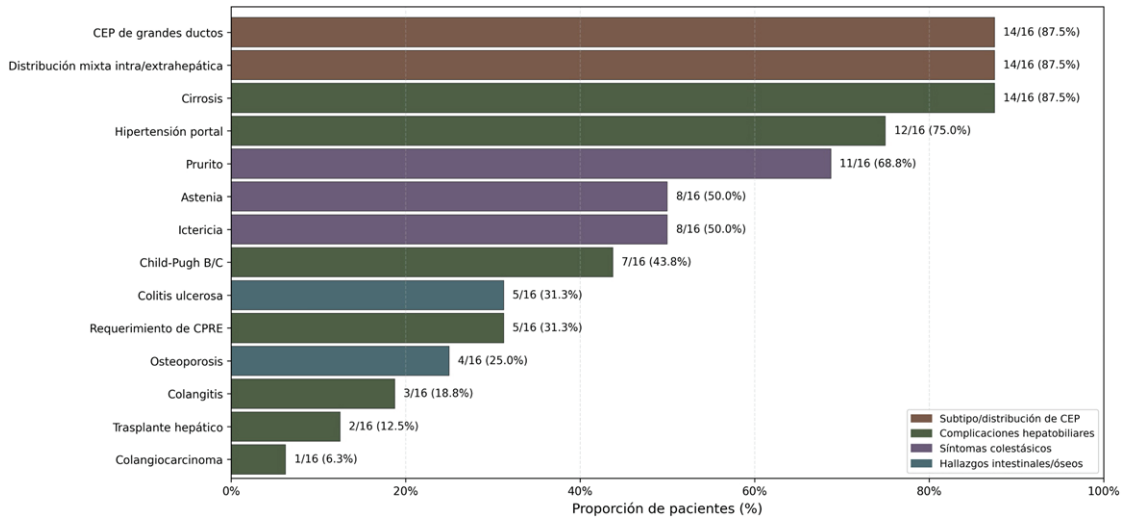
INMUNOGLOBULINA M SÉRICA BASAL COMO PREDICTOR DE RESPUESTA TERAPÉUTICA Y PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD EN PACIENTES MEXICANOS CON DIAGNÓSTICO DE COLANGITIS BILIAR PRIMARIA DEL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

D. S. Espinosa-Castrejón, J. S. Rodríguez-Martínez, B. Pérez-Fuentes, F. D. Martínez-Sánchez, N. H. Serrano-Pérez, J. Córdova-Gallardo, Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: En la colangitis biliar primaria (CBP), la inmunoglobulina M (IgM) sérica elevada se considera un biomarcador independiente de progresión

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Figura 1. Carga clínica y hepatobiliar en pacientes con colangitis esclerosante primaria. (**Lun190**)



clínica, menor supervivencia y falla al ácido ursodesoxicólico (AUDC); sin embargo, su utilidad en la población mexicana está poco explorada.
Objetivo: Investigar la asociación entre IgM basal, respuesta terapéutica a AUDC (criterios de París II) y progresión de la enfermedad mediante índices pronósticos (Mayo Risk Score, MELD 3.0, FIB-4) a un año de tratamiento.
Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohorte en pacientes con CBP. Se analizó la IgM basal (normal < 240 mg/dL; elevada ≥ 240 mg/dL) y los parámetros bioquímicos para calcular Mayo Risk Score, MELD 3.0 y FIB-4 (estratificado por edad). La respuesta al AUDC se evaluó a los 12 meses mediante criterios de París II (adecuada: FA y AST ≤ 1,5 × LSN con bilirrubina total ≤ 1,0 mg/dL). Se emplearon correlaciones de Spearman y un modelo de regresión logística multivariante ajustado por edad y sexo.
Resultados: Se incluyó a 73 pacientes (87,7% de mujeres; edad media de 56 ± 11,2 años). El análisis de Spearman no mostró correlación estadísticamente significativa entre IgM basal elevada y los scores a 12 meses: FIB-4 (r = 0,017, p = 0,885), Mayo Risk Score (r = 0,019, p = 0,869) y MELD 3.0 (r = 0,063, p = 0,596). En contraste, existió una sólida correlación positiva interna entre dichos índices (todos p < 0,001). La regresión logística no predijo la respuesta según criterios de París II (p = 0,857, R^2 de Nagelkerke), rectificando que la capacidad explicativa del modelo sobre el éxito clínico es menor a 1,5%. Ni la IgM basal elevada (p = 0,850, OR = 0,9066, disminución atribuible al azar) ni la edad (p = 0,687, OR = 0,9908) ni el sexo (p = 0,528, OR = 0,5730) mostraron asociación estadísticamente significativa (**Tabla 1**).
Conclusiones: En esta cohorte mexicana, los niveles de IgM basal (continua o dicotómica) no se asociaron con índices de gravedad ni con la respuesta a AUDC a 12 meses, lo cual discrepa respecto de las publicaciones tradicionales. Este hallazgo sugiere que el valor pronóstico de la IgM podría requerir horizontes temporales más amplios o su integración con otros biomarcadores. Se necesitan estudios prospectivos con mayor muestra y desenlaces clínicos duros para esclarecer su papel real en pacientes mexicanos con CBP.
Financiamiento: Este trabajo no contó con financiamiento.

Lun192

CAMBIOS HEMODINÁMICOS Y DE RIGIDEZ ESPLÉNICA ASOCIADOS CON RESPUESTA A BETABLOQUEADORES NO SELECTIVOS

C. Montes-Castellanos, A. D. Santana-Vargas, F. Higuera-De-La-Tijera, D. N. Urzúa-Pérez, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La rigidez esplénica y los cambios hemodinámicos sistémicos pueden contribuir a caracterizar la respuesta a betabloqueadores no selectivos en pacientes con hipertensión portal.
Objetivo: Describir integralmente la cohorte y comparar los cambios de rigidez esplénica medida por elastografía de bazo y presión arterial media entre pacientes respondedores y no respondedores, así como explorar la correlación entre ambos cambios.
Material y métodos: Estudio observacional con 62 registros. Se resumieron variables continuas mediante media, desviación estándar, mediana y rango intercuartílico; las variables categóricas mediante frecuencias y porcentajes. Se emplearon las pruebas t, Mann-Whitney, pruebas pareadas, Wilcoxon, ANCOVA y correlaciones de Pearson y Spearman. La reducción se definió como valor basal menos valor de seguimiento.
Resultados: De 62 pacientes, la edad media fue 56,68 ± 10,73 años y 69,4% correspondió a hombres. La etiología más frecuente fue enfermedad hepática asociada al alcohol. De la población total, 45 pacientes (72,6%) fueron respondedores y 17 (27,4%) no respondedores. Los respondedores redujeron la rigidez esplénica en 21,48 ± 12,77 kPa, mientras los no respondedores aumentaron 12,16 ± 11,84 kPa (p < 0,001 entre grupos). La PAM disminuyó 7,92 ± 12,80 mmHg en respondedores y permaneció sin cambios en no respondedores (+0,05 ± 9,34 mmHg; p = 0,028 para la diferencia de cambios).

Tabla 1. Respuesta al tratamiento y scores no invasivos según los niveles de IgM basal. (**Lun191**)

Variable	Total de la muestra (n = 73)	IgM normal (< 240 mg/dL) (n = 30)	IgM elevada (≥ 240 mg/dL) (n = 43)	Análisis estadístico
Respuesta al tratamiento, n (%)				p = 0,857[1]
Respondedor al AUDC	24 (32,9%)	10 (33,3%)	14 (32,6%)	IgM 251,5 (199,5-340,8) mg/dL
No respondedor al AUDC	49 (67,1%)	20 (66,7%)	29 (67,4%)	IgM 245 (125-359) mg/dL
Scores no invasivos				
MELD 3.0	10 (8-15)	9,5 (8-15,75)	11 (9-13)	p = 0,596[2]
Mayo Risk Score	5,95 (4,26-7,8)	5,57 (4,15-7,88)	6 (4,46-7,21)	p = 0,869[2]
FIB-4	3,7 (1,62-7,98)	2,93 (1,37-7,95)	3,98 (1,37-7,95)	p = 0,885[2]

Autoría propia. AUDC, ácido ursodesoxicólico. [1] Valor de p obtenido mediante el modelo de regresión logística. [2] Valor de p obtenido mediante la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 1. Síntesis de los principales análisis inferenciales. (**Lun192**)

Análisis	Estimador	IC95%	p	Comentario
Cambio de kPa: respondedores *vs.* no respondedores	Diferencia = −33,64 kPa	IC95% −40,34 a −27,31	< 0,001	Hedges g = −2,65
kPa a 7–15 días ajustado por basal	Diferencia ajustada = −32,15 kPa	IC95% −38,51 a −25,79	< 0,001	ANCOVA
Interacción tiempo × respuesta	−33,64 kPa	IC95% −40,23 a −27,05	< 0,001	Modelo longitudinal
Cambio de PAM entre grupos	Diferencia = −7,98 mmHg	IC95% −15,04 a −0,91	0,028	Hedges g = −0,66
Correlación global reducción PAM-kPa	r = 0,441	—	0,003	Pearson

La respuesta se definió como una reducción ≥ 10% de la rigidez esplénica a los 7–15 días del inicio de betabloqueadores no selectivos. La reducción se calculó como valor basal menos seguimiento. ANCOVA ajustada por el valor basal. IC95%, intervalo de confianza del 95%; PAM, presión arterial media; kPa, kilopascales; Hedges g, tamaño del efecto.

Globalmente, la reducción de PAM se correlacionó con la reducción de kPa (Pearson r = 0,441; p = 0,003) como se muestra en la **Tabla 1**, aunque dentro de los respondedores la asociación no fue significativa.

Conclusiones: La respuesta a betabloqueadores no selectivos se asoció con una reducción marcada de la rigidez esplénica y una disminución moderada de la PAM. La asociación entre ambos cambios fue heterogénea según el estado de respuesta, lo que sugiere que la mejoría de la rigidez esplénica no depende exclusivamente del descenso de la presión arterial sistémica.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun193

CARACTERIZACIÓN DE LOS FENOTIPOS CLÍNICOS DE LA FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA (ACLF): RELACIÓN CON LA GRAVEDAD Y LA MORTALIDAD EN UNA COHORTE MEXICANA

L. J. Hernández-González, J. Cruz-Herrera, A. Triana-Romero, R. M. Ruiz-Ravelo, D. L. Granados-Espinoza, R. Sandoval-Salas, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La insuficiencia hepática aguda sobre crónica representa un cuadro clínico definido por descompensación súbita del hígado cirrótico, fallos múltiples de órganos y tasas altas de muerte. Datos nuevos demuestran que el vínculo entre la causa base de la enfermedad y los detonantes específicos determina perfiles clínicos distintos con evolución variable y predicción diferencial. En América Latina hay pocos estudios acerca de cómo se definen dichos grupos, razón por la cual resulta necesario analizarlos dentro de una muestra poblacional de México.

Objetivo: Caracterizar los fenotipos clínicos del ACLF según causa de cirrosis, evento detonante y gravedad del episodio, y medir vínculo entre gravedad y muerte en una cohorte mexicana.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, observacional y analítico llevado a cabo dentro de un centro hospitalario de tercer nivel. Se incluyó a pacientes adultos con diagnóstico de ACLF según criterios EASL-CLIF. Se anotaron datos demográficos, causa de la cirrosis, factor desencadenante y estadio de ACLF. Se formaron grupos clínicos usando mezcla de la etiología, el factor precipitante y la gravedad del episodio. Se midió la muerte a los 28, 90 y 180 días. Los datos categóricos se compararon con x^2 o prueba exacta de Fisher y los numéricos con ANOVA o Kruskal-Wallis; se tomó como significativo un valor de p < 0,05.

Resultados: Se estudió a 95 enfermos. Las causas principales fueron enfermedades autoinmunes o colestásicas (32,6%), MASLD (30,5%) y daño hepático por alcohol (16,8%). La infección actuó como factor desencadenante clave (66,3%), luego hemorragia digestiva (14,7%). Al evaluar cada causa y cada factor por separado, no hubo variaciones importantes en muerte a 28, 90 y 180 días (p > 0,05). Clasificar según fenotipos clínicos ayudó a reconocer grupos distintos en conducta clínica y pronóstico (**Tabla 1**), resaltando aquéllos con enfermedad autoinmune/colestásica más infección y MASLD más infección, quienes mostraron tasas altas de fallecimiento acumulado (> 80%) durante el periodo seguido, aunque sin llegar a ser significativo estadísticamente, pero sirve como fundamento para trabajos futuros multicéntricos. Por otro lado, el nivel de ACLF se vinculó claramente con muerte en todos los tiempos revisados. La muerte a 28 días fue de 31,3%, 58,8% y 82,8% para los grados 1, 2 y 3 de ACLF, que ascendió a 46,9%, 73,5% y 96,6% hasta los 180 días (**Tabla 1**).

Conclusiones: En esta cohorte mexicana, la infección resultó ser la causa principal detonante y las patologías autoinmunes o colestásicas junto con MASLD fueron las etiologías principales. Pese a que el origen y el detonante no mostraron vinculación independiente con mortalidad, la descripción mediante fenotipos clínicos halló grupos con muertes acumuladas mayores de 80% e inclinación hacia peor curso clínico, lo que indica que tal método puede ayudar a mejorar la clasificación clínica y el pronóstico del ACLF. El nivel de gravedad de ACLF permaneció como el mayor predictor de muerte temprano y tardío.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun194

EVALUACIÓN DE SARCOPENIA COMO FACTOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

E. E. R. Bernal-Hernández, A. Salazar-Zamudio, E. G. Salgado-Parra, O. P. Cervantes-Gutiérrez, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

Introducción: La sarcopenia es una complicación frecuente de la cirrosis hepática y se ha asociado con un mayor riesgo de descompensación, hospitalizaciones y mortalidad. A pesar de que las escalas MELD, MELD-Na y Child-Turcotte-Pugh (CTP) son ampliamente utilizadas para estimar el pronóstico de la enfermedad, la relación entre la sarcopenia y estas herramientas pronósticas es todavía motivo de investigación, particularmente en la población mexicana.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la sarcopenia y las escalas pronósticas de mortalidad (MELD, MELD-NA y CTP) en pacientes con cirrosis hepática.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal realizado en pacientes con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa

Tabla 1. Mortalidad acumulada y distribución del grado de ACLF de acuerdo con los principales fenotipos clínicos. (**Lun193**)

Fenotipo clínico	n	ACLF I	ACLF II	ACLF III	7 días	28 días	90 días	180 días
Autoinmune/colestásica + infección	21	2 (9,5%)	10 (47,6%)	9 (42,9%)	38,1%	76,2%	85,7%	85,7%
MASLD + infección	19	11 (57,9%)	5 (26,3%)	3 (15,8%)	42,1%	63,2%	78,9%	84,2%
Alcohol + infección	10	2 (20,0%)	5 (50,0%)	3 (30,0%)	40,0%	40,0%	60,0%	70,0%
Autoinmune/colestásica + hemorragia digestiva	5	1 (20,0%)	3 (60,0%)	1 (20,0%)	20,0%	40,0%	60,0%	80,0%
MASLD + hemorragia digestiva	5	2 (40,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	20,0%	40,0%	60,0%	80,0%

de gastroenterología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos entre agosto de 2025 y enero de 2026. Se incluyó a pacientes de 18 a 79 años mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. El tamaño de muestra calculado con G*Power fue de 97 pacientes. La evaluación de sarcopenia incluyó dinamometría, velocidad de la marcha y prueba de levantarse de la silla; adicionalmente se registró el índice de masa corporal. Las escalas CTP, MELD y MELD-Na se calcularon a partir de variables clínicas y bioquímicas. Se realizó análisis descriptivo; la comparación entre grupos se efectúo con U de Mann-Whitney, la asociación con las escalas pronósticas mediante correlación de Spearman y las variables categóricas con prueba exacta de Fisher. Se consideró significativa p < 0,05.
Resultados: Se analizó a 95 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática; el 71,6% correspondió a mujeres, con edad media de 64,4 ± 10,7 años. La principal etiología de la cirrosis fue MASLD y el 48,8% presentó sobrepeso. Los puntajes promedio de CTP, MELD y MELD-Na fueron 5,9, 9 y 10,7, respectivamente. La prevalencia de la sarcopenia fue de 32,6%, con variaciones de acuerdo con el método de evaluación. Los pacientes con sarcopenia presentaron puntajes significativamente más altos en las escalas CTP, MELD y MELD-Na y se observó una correlación positiva entre la presencia de sarcopenia y mayor gravedad de la enfermedad hepática.
Conclusiones: La sarcopenia se asoció con puntajes más elevados en las escalas CTP, MELD y MELD-Na, lo que respalda su utilidad como marcador clínico complementario de gravedad en pacientes con cirrosis hepática. La incorporación sistemática de su evaluación mediante pruebas funcionales podría mejorar la estratificación pronóstica en la práctica clínica.
Financiamiento: Este estudio se realizó sin apoyo económico externo.

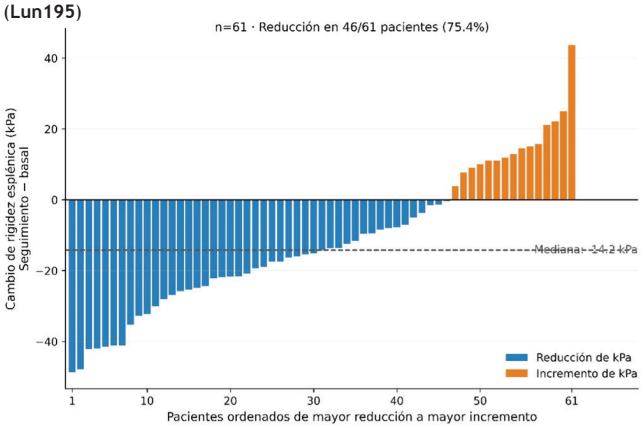
Lun195

DINÁMICA TEMPRANA DE LA RIGIDEZ ESPLÉNICA TRAS EL INICIO DE BETABLOQUEADORES NO SELECTIVOS: MAGNITUD DEL CAMBIO Y ROBUSTEZ EN UN ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD BASADO EN LA CALIDAD DE LA MEDICIÓN

D. N. Urzúa-Pérez, C. Montes-Castellanos, F. Higuera-De-La-Tijera, A. D. Santana-Vargas, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La rigidez esplénica, determinada mediante elastografía, refleja la hipertensión portal y se ha propuesto como biomarcador dinámico para monitorizar la respuesta al tratamiento. Sin embargo, la magnitud del cambio temprano tras el inicio de betabloqueadores no selectivos (BBNS), su variabilidad interindividual y la influencia de la calidad técnica de las mediciones permanecen insuficientemente caracterizadas.
Objetivo: Caracterizar la dinámica temprana de la rigidez esplénica tras el inicio de BBNS, evaluar la variabilidad individual de la respuesta y determinar la robustez del hallazgo mediante análisis de sensibilidad basados en la calidad técnica de las mediciones.
Material y métodos: Estudio longitudinal en 61 pacientes con hipertensión portal tratados con BBNS. La edad media fue de 56,9 ± 11,1 años; 67,2% correspondió a hombres, 58,9% presentaba Child-Pugh A y el MELD-Na basal fue de 10,9 ± 4,7. La etiología predominante fue ALD (47,4%), seguida de MASLD (15,8%). La rigidez esplénica se determinó mediante elastografía antes del tratamiento y entre los 7 y 15 días posteriores. Se calculó el cambio absoluto (seguimiento−basal). Las comparaciones pareadas se realizaron mediante la prueba de Wilcoxon; la mediana del cambio y su intervalo de confianza (IC95%) se estimaron con el método de *bootstrap*. La asociación entre la rigidez basal y la magnitud del cambio se evaluó mediante la correlación de Spearman y la regresión robusta. Se realizaron análisis de sensibilidad y se restringió de modo progresivo la muestra según la relación IQR/mediana.
Resultados: La mediana de la rigidez esplénica disminuyó de 67,1 kPa (RIC, 54,9–85,5) a 52,4 kPa (RIC, 40,8–76,2). El cambio mediano fue de −14,2 kPa (IC95% *bootstrap* −19,4 a −8,4; p < 0,001), equivalente a una reducción porcentual mediana del 21,5%. El 75,4% de los pacientes presentó disminución de la rigidez esplénica, lo que revela una importante heterogeneidad interindividual. Los valores basales más elevados se asociaron con una mayor reducción absoluta (ρ = 0,372; p = 0,003), mientras que el cambio porcentual no mostró una asociación significativa con la rigidez basal (p = 0,203). La magnitud del descenso se mantuvo estable en todos los análisis de sensibilidad basados en la relación IQR/mediana (**Figura 1**).

Figura 1. Cambio individual temprano de la rigidez esplénica tras BBNS. **(Lun195)**



Conclusiones: El inicio de BBNS se asoció con una reducción temprana, cuantificable y robusta de la rigidez esplénica. Aunque la magnitud del cambio mostró heterogeneidad interindividual y dependencia parcial del valor basal, el efecto se mantuvo consistente al restringir el análisis a mediciones de mayor calidad técnica. Estos hallazgos respaldan el potencial de la elastografía esplénica como herramienta para monitorizar la respuesta temprana al tratamiento de la hipertensión portal y justifican estudios prospectivos que establezcan su relación con la respuesta hemodinámica y los desenlaces clínicos.
Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

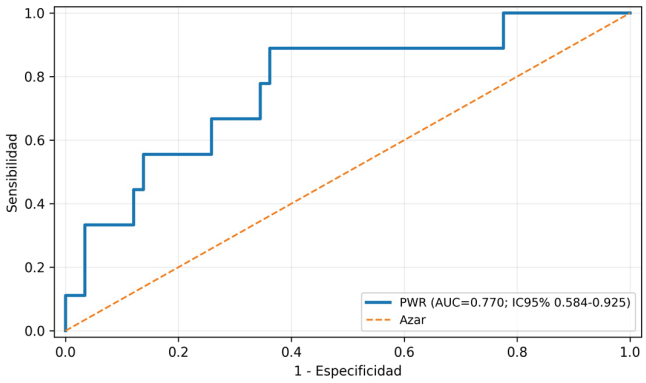
Lun196

COCIENTE PLAQUETAS/LEUCOCITOS AL INGRESO COMO MARCADOR DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA EN ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO

F. A. Bello-Martínez, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El cociente plaquetas/leucocitos (PWR) integra la respuesta leucocitaria y las alteraciones plaquetarias asociadas con inflamación sistémica. Aunque se ha relacionado con complicaciones y hospitalización prolongada en el absceso hepático piógeno, su utilidad pronóstica en población latinoamericana es poco conocida.
Objetivo: Evaluar la asociación entre el PWR al ingreso y la duración de la hospitalización en pacientes con absceso hepático piógeno, así como su capacidad para identificar estancias mayores de 28 días.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo que incluyó a 67 pacientes con absceso hepático piógeno. El PWR se calculó al dividir el recuento plaquetario entre el leucocitario obtenidos al ingreso. El desenlace primario fue la duración total de la hospitalización y el secundario, estancia mayor de 28 días. Se utilizaron prueba de Mann-Whitney, curva ROC, regresión logística y regresión binomial negativa. Los modelos ajustados incluyeron el diámetro máximo del absceso. Como análisis secundario se evaluó el punto de corte externo PWR < 17,05.
Resultados: Nueve pacientes (13,4%) tuvieron una hospitalización mayor de 28 días. El PWR fue menor en estos pacientes que en aquéllos con estancias hasta de 28 días: 14,5 (RIC, 9,2-22,9) frente a 29,9 (RIC, 19,6-41,0). El PWR mostró un área bajo la curva ROC de 0,770 (IC95%, 0,583-0,923). Cada disminución de cinco unidades se asoció con un incremento del 45% en las probabilidades de estancia mayor de 28 días (OR, 1,45; IC95%, 1,04-2,02; p = 0,030). Un PWR < 17,05 se asoció con mayor probabilidad de hospitalización prolongada (OR, 4,79; IC95%, 1,11-20,64; p = 0,035), asociación que persistió después del ajuste por diámetro máximo (OR ajustado: 4,53; IC95%, 1,04-19,74; p = 0,044). La mediana de hospitalización fue de 23 días con PWR < 17,05 y de 16 días con PWR ≥ 17,05 (p = 0,013). En el modelo binomial negativo ajustado, un PWR < 17,05 se asoció con una estancia esperada 33% mayor (IRR, 1,33; IC95%, 1,06-1,66; p = 0,012) (**Figura 1**).
Conclusiones: Un PWR bajo al ingreso se asoció independientemente con mayor duración de la hospitalización y con estancias superiores a 28 días en pacientes con absceso hepático piógeno.
Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Curva ROC del PWR al ingreso para identificar hospitalización mayor de 28 días. AUC, 0,770 (IC95%, 0,584-0,925). (**Lun196**)



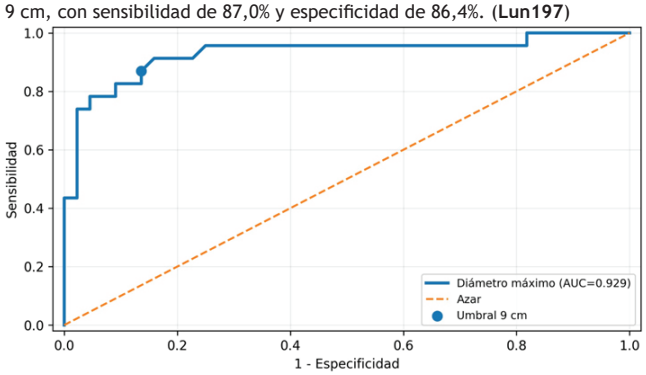
Lun197

DIÁMETRO MÁXIMO DEL ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO COMO PREDICTOR DE FALLO TERAPÉUTICO A 30 DÍAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

F. A. Bello-Martínez, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El absceso hepático es una infección potencialmente grave cuyo manejo combina antibioticoterapia, drenaje percutáneo y, en pacientes seleccionados, cirugía. Aunque el tamaño interviene en la elección terapéutica, su utilidad para anticipar el fallo del tratamiento inicial no está completamente definida.
Objetivo: Evaluar la asociación entre el diámetro máximo del absceso hepático y el fallo terapéutico a 30 días, estimar su capacidad discriminativa e identificar un punto de corte clínicamente útil.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo de 67 pacientes con absceso hepático piógeno con cultivo positivo de crecimiento de bacterias sensibles. El desenlace primario fue fallo terapéutico a 30 días, definido por necesidad de modificar o escalar el tratamiento inicial o realizar una intervención terapéutica adicional. Se comparó el diámetro máximo entre pacientes con éxito y fallo. La asociación se evaluó mediante regresión logística y regresión penalizada de Firth, ajustada por edad, diabetes mellitus, leucocitos y multiseptación. La discriminación se estimó mediante curva ROC y área bajo la curva (AUC).
Resultados: Se documentó fallo terapéutico en 23/67 pacientes (34,3%; IC95%, 23,2-46,9%). El diámetro máximo fue mayor en quienes presentaron fallo: 11,7 cm (RIC, 10,6-14,2) frente a 6,5 cm (RIC, 5,6-7,7); p < 0,001. Cada incremento de 1 cm se asoció con mayores probabilidades de fallo en el análisis no ajustado (OR, 2,27; IC95%, 1,55-3,31; p < 0,001) y ajustado (OR, 2,08; IC95%, 1,44-2,99; p < 0,001). El diámetro mostró excelente capacidad discriminativa (AUC, 0,928; IC95%, 0,841-0,989; **Figura 1**). Un diámetro ≥ 9 cm presentó sensibilidad de 87,0%, especificidad de 86,4%, valor predictivo positivo de 76,9% y valor predictivo negativo de 92,7%, y se asoció con mayor probabilidad de fallo (OR, 42,22; IC95%, 9,54-186,95; p < 0,001) (**Figura 1**).
Conclusiones: El diámetro máximo fue un predictor independiente de fallo terapéutico a 30 días y mostró excelente capacidad discriminativa. Un diámetro ≥ 9 cm podría identificar a pacientes que requieren vigilancia estrecha y consideración temprana de estrategias terapéuticas intensificadas.
Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Curva ROC del diámetro máximo para predecir fallo terapéutico a 30 días. AUC, 0,928 (IC95%, 0,841-0,989). El marcador identifica el umbral de 9 cm, con sensibilidad de 87,0% y especificidad de 86,4%. (**Lun197**)



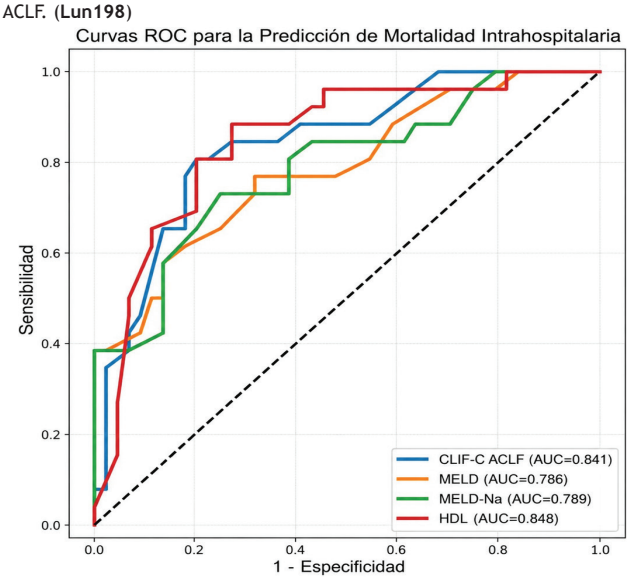
Lun198

COLESTEROL DE LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN TERCIARIA

F. A. Bello-Martínez, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) desempeña funciones inmunomoduladoras y antiinflamatorias. Las concentraciones bajas de HDL pueden reflejar deterioro de la función sintética hepática e inflamación sistémica. Por ello, el HDL podría constituir un biomarcador pronóstico accesible en la falla hepática aguda sobre crónica (ACLF).
Objetivo: Evaluar el desempeño pronóstico del colesterol HDL para predecir la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con ACLF y compararlo con escalas pronósticas establecidas.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectiva que incluyó a 70 pacientes con diagnóstico de ACLF según los criterios EASL-CLIF, atendidos en un centro de tercer nivel entre enero de 2020 y abril de 2026. El desenlace primario fue la mortalidad intrahospitalaria. La capacidad discriminativa de las concentraciones de HDL al ingreso se evaluó mediante curvas ROC y se comparó con las puntuaciones MELD, MELD-Na y CLIF-C ACLF. La supervivencia se analizó mediante curvas de Kaplan-Meier. Se realizaron análisis de regresión logística univariados y multivariados.
Resultados: La mortalidad intrahospitalaria fue de 37,1%. Los pacientes que no sobrevivieron presentaron concentraciones medianas de HDL significativamente menores que los sobrevivientes (4,5 vs. 19 mg/dL; p < 0,001). El HDL mostró un área bajo la curva (AUC) de 0,848 (IC95%, 0,75-0,94), comparable con la puntuación CLIF-C ACLF (AUC, 0,841). Un punto de corte de HDL 11 mg/dL mostró una sensibilidad de 88,5% y una especificidad de 72,7% para predecir mortalidad. En el análisis univariado, un HDL 11 mg/dL se asoció con mayor mortalidad (OR, 11,20; IC95%, 3,44-36,43; p < 0,001). En el análisis multivariado ajustado por CLIF-C ACLF, un HDL 11 mg/dL (OR ajustado: 12,12; IC95%, 2,82-51,82; p = 0,001) (**Figura 1**).

Figura 1. Curva ROC para la predicción de mortalidad intrahospitalaria en ACLF. (**Lun198**)



Conclusiones: Las concentraciones bajas de colesterol HDL se asociaron sólidamente con la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con ACLF. El HDL mostró un desempeño pronóstico comparable al de la puntuación CLIF-C ACLF y podría representar un biomarcador sencillo y accesible para la estratificación del riesgo en esta población.
Financiamiento: Ninguno.

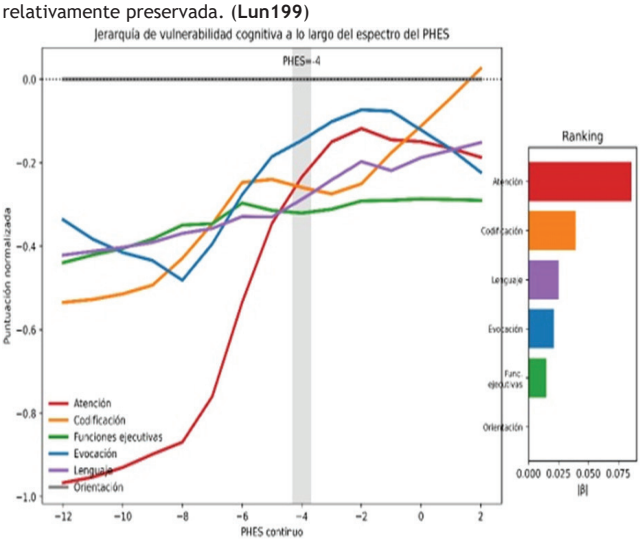
Lun199

PATRONES DIFERENCIALES DE VULNERABILIDAD COGNITIVA A LO LARGO DEL CONTINUO DEL PHES EN PACIENTES CON CIRROSIS

A. D. Santana-Vargas, F. Higuera-De-La-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La encefalopatía hepática mínima (EHM) suele diagnosticarse mediante un punto de corte del *Psychometric hepatic encephalopathy score* (PHES); sin embargo, este enfoque dicotómico no permite determinar si todos los dominios cognitivos presentan un deterioro similar o si existen patrones diferenciales de vulnerabilidad a lo largo del continuo del desempeño psicométrico.
Objetivo: Caracterizar los patrones de vulnerabilidad de los dominios cognitivos evaluados mediante la batería cognitiva multidominio NEUROPSI a lo largo del continuo del PHES en pacientes con cirrosis.
Material y métodos: Estudio transversal en 71 pacientes con cirrosis. Se construyeron puntuaciones compuestas normalizadas para orientación, atención, codificación, lenguaje, evocación y funciones ejecutivas. La asociación entre cada dominio y el PHES continuo se evaluó mediante correlaciones de Spearman y ecuaciones de estimación generalizadas (GEE), considerando los dominios como medidas repetidas en cada paciente. Las trayectorias funcionales se exploraron mediante curvas LOWESS.
Resultados: La edad media fue de 58,0 ± 11,1 años, 56,3% correspondió a mujeres y la escolaridad media fue de 7,4 ± 3,8 años. El PHES medio fue −5,1 ± 3,5. El modelo GEE demostró una interacción significativa entre el dominio cognitivo y el PHES (x^2 Wald = 18,61; gl = 5; p = 0,002), lo que indica que la relación con la gravedad psicométrica difiere entre dominios. La atención presentó la asociación de mayor valor con el PHES (β = 0,086; IC95%, 0,045-0,127; p < 0,001; ρ = 0,497; p < 0,001), mientras que la orientación mostró una pendiente prácticamente nula (β = −0,0003; IC95%, −0,013 a 0,013; p = 0,968), compatible con una preservación relativa. Los demás dominios presentaron asociaciones de menor magnitud e intervalos de confianza parcialmente superpuestos. En la **Figura 1**, las curvas LOWESS evidenciaron un deterioro progresivo sin una transición visual abrupta alrededor del punto de corte clásico de PHES ≤ −4.
Conclusiones: Los resultados sugieren que la vulnerabilidad cognitiva en la cirrosis no es uniforme, sino que difiere entre dominios y varía a lo largo del continuo del PHES. Este enfoque podría aportar una perspectiva complementaria a la interpretación dicotómica tradicional de la EHM.
Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Trayectorias LOWESS y pendientes estimadas mediante GEE de los dominios cognitivos a lo largo del continuo del PHES. La atención mostró la mayor asociación con el PHES, mientras que la orientación permaneció relativamente preservada. (**Lun199**)



Lun200

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ASCITIS DE PRIMERA VEZ EN GASTROENTEROLOGÍA

J. C. Soto-Mendoza, R. M. Ruiz-Ravelo, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda

Introducción: La ascitis es la acumulación patológica de líquido en la cavidad peritoneal secundaria a hipertensión portal o enfermedades peritoneales y sistémicas. Su clasificación se basa en el gradiente de albúmina sérica-ascitis (GASA): un GASA ≥ 1,1 g/dL indica hipertensión portal y la cirrosis es la principal causa (≈ 75% de los casos), seguida de insuficiencia cardiaca, síndrome de Budd-Chiari y trombosis portal. Un GASA < 1,1 g/dL sugiere afección peritoneal y predominan la carcinomatosis, la tuberculosis peritoneal y la ascitis pancreática. El abordaje inicial por gastroenterología en hospitales de tercer nivel se ha descrito poco en México, por lo que resulta relevante caracterizar su perfil etiológico.
Objetivo: Describir las principales etiologías de la ascitis de primera vez abordada por gastroenterología y explorar su asociación con variables clínicas en un hospital de tercer nivel.
Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal que incluyó a pacientes con ascitis *de novo* valorados por el servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, entre enero de 2022 y junio de 2026. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, etiología, peritonitis bacteriana espontánea y secundaria, complicaciones y mortalidad. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias y porcentajes y las continuas con media ± desviación estándar o mediana (RIC), según su distribución. Las comparaciones se realizaron mediante prueba exacta de Fisher, t de Student, U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis. Se consideró significativo un valor de p < 0,05.
Resultados: Se incluyó a 56 pacientes. La edad media fue de 56,2 ± 15,9 años y el 53,6% (n = 30) correspondió a mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes mellitus (44,6%; n = 25) e hipertensión arterial (32,1%; n = 18). La cirrosis fue la etiología individual más frecuente; sin embargo, las neoplasias constituyeron el principal grupo etiológico (53,6%; n = 30), seguidas por hipertensión portal (28,6%; n = 16), ascitis cardiaca (7,1%; n = 4), otras etiologías (8,9%; n = 5) y tuberculosis peritoneal (1,8%; n = 1). Entre las neoplasias predominaron las de origen gastrointestinal (46,7%; n = 14), seguidas por las ginecológicas (26,7%; n = 8), hepatobiliares (16,7%; n = 5) y de primario desconocido (10,0%; n = 3). En la **Tabla 1** se describe

Tabla 1. Características demográficas y etiología de los pacientes con ascitis de primera vez (n = 56). (**Lun200**)

Variable	n (%) o media ± DE
Características demográficas	
Edad (años)	56,2 ± 15,9
Sexo femenino	30 (53,6)
Sexo masculino	26 (46,4)
Diabetes mellitus	25 (44,6)
Hipertensión arterial	18 (32,1)
Enfermedad autoinmune	9 (16,1)
Etiología de la ascitis	
Neoplásica	30 (53,6)
→ Gastrointestinal	14 (46,7)*
→ Ginecológica	8 (26,7)*
→ Hepatobiliar	5 (16,7)*
→ Primario de sitio desconocido	3 (10,0)*
Hipertensión portal	16 (28,6)
Ascitis cardiaca	4 (7,1)
Tuberculosis peritoneal	1 (1,8)
Otras etiologías	5 (8,9)

* Porcentaje calculado respecto del total de pacientes con ascitis neoplásica (n = 30). DE, desviación estándar.

los porcentajes de las principales etiologías de ascitis de primera vez. La peritonitis bacteriana espontánea y secundaria ocurrieron en 2 (3,6%) y 3 pacientes (5,4%), respectivamente; las complicaciones clínicas en 7 (12,5%) y la mortalidad intrahospitalaria en 3 (5,4%). La hipertensión arterial (p = 0,013) y las enfermedades autoinmunes (p = 0,003) se asociaron significativamente con la etiología; no hubo diferencias en el resto de las variables analizadas (p > 0,05).
Conclusiones: En este grupo de pacientes, las neoplasias constituyeron el principal grupo etiológico de ascitis de primera vez, mientras que la cirrosis fue la etiología individual más frecuente. Predominaron las neoplasias gastrointestinales, especialmente el adenocarcinoma gástrico. Las complicaciones infecciosas y la mortalidad fueron poco frecuentes. Estos hallazgos resaltan la importancia de un abordaje diagnóstico sistemático que, además de descartar hipertensión portal, considere de forma temprana enfermedades neoplásicas y otras causas no cirróticas.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Lun201

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA: INTEGRACIÓN DE EQ-5D Y MQOL

A. Esparza-Ortega, E. E. Gutiérrez-López, M. R. Francisco, R. E. Delcueto-Espinosa, K. D. González-Gómez, J. M. Remes-Troche, F. B. Roesch-Dietlen, A. D. Cano-Contreras, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La cirrosis hepática se asocia con reducción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), influida por la gravedad de la enfermedad hepática, descompensaciones, síntomas físicos, emocionales y la red de apoyo familiar y social. Cuestionarios como el EQ-5D y el *McGill quality of life questionnaire* (MQOL) permiten evaluar de forma multidimensional el efecto de la cirrosis sobre movilidad, actividades cotidianas, dolor, estado emocional y áreas existenciales, lo que es de gran utilidad para decisiones clínicas centradas en el paciente. Sin embargo, existe poca información nacional que integre estas medidas con la gravedad hepática en la práctica clínica diaria.
Objetivo: Describir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cirrosis hepática mediante EQ-5D y MQOL, y explorar su relación con la gravedad de la enfermedad.
Material y métodos: Estudio observacional y transversal realizado en una cohorte de pacientes adultos con diagnóstico de cirrosis hepática. Se incluyó a pacientes con registros completos de MELD-Na, Child-Pugh, laboratorio básico (albúmina, bilirrubina total, INR, creatinina) y cuestionarios de calidad de vida EQ-5D (dimensiones de movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión y EQ-VAS) y MQOL (dominios físico, psicológico, existencial y apoyo). Se describieron las características clínicas mediante estadísticas descriptivas y se estimó la proporción de pacientes con algún grado de problema en cada dimensión del EQ-5D. Se calcularon las medias de los dominios de MQOL y se analizaron las asociaciones entre CVRS y gravedad hepática (MELD-Na, Child-Pugh) mediante pruebas de correlación y modelos de regresión.
Resultados: De 52 pacientes, se analizó a 46 con datos completos, edad de 63,8 ± 10 años, con predominio del sexo femenino (63,5%). El MELD-Na promedio fue 11,84 ± 4,61 (rango, 6–25) y el Child-Pugh promedio fue 5,98 ± 1,67 (rango, 2–13), lo que revela predominio de la enfermedad hepática compensada a moderadamente descompensada. EQ-5D por dimensión: el 46,2% de los pacientes tenía algún grado de problema para dolor/malestar, 46,2% para ansiedad/depresión, 30,8% para movilidad, 25,0% para actividades cotidianas y 9,6% para cuidado personal. La escala visual EQ-VAS reportó media global de 72,79 ± 16,37 puntos (mediana 75, rango 30–100), lo que indica una percepción de salud global moderadamente reducida pero heterogénea. MQOL: dimensión física 7,60 ± 2,40, existencial 8,74 ± 1,53, apoyo 9,01 ± 1,30 y psicológico 3,44 ± 3,13 (escala 0–10). El dominio psicológico fue el más bajo, interpretándose como afectación emocional relevante e independiente del resto de dominios. Sólo la escala de Child-Pugh mostró correlación negativa significativa con el EQ-VAS (rho = -0,367, p = 0,012), es decir, a mayor puntaje de Child-Pugh, menor percepción global de salud. Los pacientes Child A (5–6, n = 33) tuvieron EQ-VAS promedio de 77,58 ± 14,09 frente a 68,85 ± 13,25 en Child B/C (≥ 7, n = 13), diferencia con tendencia a la significancia (p = 0,0506). No se observaron diferencias significativas entre grupos en MQOL físico (7,82 vs. 7,85, p = 0,571) ni en MQOL psicológico (3,22 vs. 3,06, p = 0,759).
Conclusiones: En esta cohorte, la CVRS muestra mayor afectación en el sufrimiento emocional y dolor, con preservación de la autonomía funcional. El Child-Pugh se asoció con peor percepción global de salud y el deterioro psicológico resultó independiente del estadio funcional hepático, apuntando a la salud mental como un pilar de atención independiente. Esto respalda la iniciativa de complementar el seguimiento pronóstico tradicional de los pacientes con cirrosis al añadir la evaluación de la CVRS (EQ-5D, MQOL) para identificar los casos que requieren apoyo psicosocial oportuno.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun202

IMPACTO DEL RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN LA CALIDAD DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

E. E. Gutiérrez-López, A. Esparza-Ortega, M. R. Francisco, R. E. Delcueto-Espinosa, K. D. González-Gómez, J. M. Remes-Troche, F. B. Roesch-Dietlen, A. D. Cano-Contreras, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La desnutrición es una complicación frecuente subdiagnosticada en pacientes con cirrosis hepática y se asocia con mayor riesgo de descompensación, sarcopenia y deterioro funcional. El *Liver disease undernutrition screening tool* (LDUST) es una herramienta de tamizaje validada y de fácil aplicación clínica para identificar riesgo de desnutrición en esta población. Se desconoce si el riesgo de desnutrición identificado por LDUST se traduce en un deterioro de la calidad de vida percibida.
Objetivo: Evaluar el efecto del riesgo de desnutrición, identificado mediante el LDUST, sobre la calidad de vida en pacientes con cirrosis hepática, valorada con los cuestionarios EQ-5D-3L y *McGill quality of life* (MQOL).
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en pacientes con diagnóstico establecido de cirrosis hepática, atendidos en un centro de referencia. Se aplicó el cuestionario LDUST y se clasificó a los pacientes en riesgo de desnutrición (positivo) o sin riesgo (negativo). La calidad de vida se evaluó con el cuestionario EQ-5D-3L (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión y escala visual analógica de 0 a 100) y con el cuestionario *McGill quality of life*, que valora los dominios físico, psicológico, existencial y de apoyo social. Se comparó cada dominio de calidad de vida entre pacientes con y sin riesgo de desnutrición mediante prueba t de Student para muestras independientes, tras considerar significancia estadística con p < 0,05.
Resultados: Se incluyó a 51 pacientes, con edad de 63,8 ± 10 años y predominio del sexo femenino (63,5%, n = 33). El 66,7% (n = 34) presentó riesgo de desnutrición positivo de acuerdo con los resultados del cuestionario LDUST y el 33,3% (n = 17) resultó sin riesgo. Los pacientes con riesgo de desnutrición mostraron una puntuación promedio ligeramente menor en el dominio físico de McGill (7,38 vs. 8,00 en pacientes sin riesgo) y mayor índice de discapacidad funcional por EQ-5D (2,00 vs. 1,53), aunque estas diferencias no alcanzaron significancia estadística (p = 0,352 y p = 0,326, respectivamente). Tampoco se identificaron diferencias significativas en los dominios psicológico (3,49 vs. 3,29, p = 0,822), existencial (8,86 vs. 8,56, p = 0,527) ni de apoyo social (9,15 vs. 8,88, p = 0,487) de McGill, ni en la percepción global de salud por escala visual EQ-5D (72,35 vs. 72,94 puntos, p = 0,912) entre pacientes con y sin riesgo de desnutrición. El riesgo de desnutrición identificado por el LDUST fue en Child-Pugh A del 68,8%, 58,3% en clase B y 0% en el único paciente en clase C. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la clasificación de Child-Pugh y el resultado del LDUST (p = 0,322), ni entre el puntaje de Child-Pugh y la presencia de riesgo (5,86 vs. 6,25 puntos, p = 0,541) (**Tabla 1**). Estos hallazgos sugieren que el riesgo de desnutrición detectado por LDUST es independiente del grado de gravedad hepática, lo que refuerza la utilidad del tamizaje incluso en pacientes con cirrosis compensada.
Conclusiones: A pesar de que el 66,7% de los pacientes con cirrosis registró riesgo de desnutrición positivo por LDUST, no se demostró asociación estadísticamente significativa entre este riesgo y el deterioro de la calidad de vida medida por EQ-5D-3L o *McGill quality of life*. Esto sugiere que el efecto del riesgo nutricional sobre la calidad de vida podría estar mediado por otros factores externos. Se requieren estudios con mayor poder estadístico para confirmar esta relación.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Comparación de las dimensiones de calidad de vida (EQ-5D-3L y *McGill quality of life*) según el riesgo de desnutrición evaluado por LDUST en pacientes con cirrosis hepática. (**Lun202**)

Dimensión de calidad de vida	Riesgo de desnutrición n = 34	Sin riesgo de desnutrición n = 17	p
Movilidad (EQ-5D)	0,38	0,18	0,114
Cuidado personal (EQ-5D)	0,12	0,06	0,473
Actividades cotidianas (EQ-5D)	0,32	0,18	0,273
Dolor/malestar (EQ-5D)	0,56	0,47	0,635
Ansiedad/depresión (EQ-5D)	0,62	0,65	0,905
Percepción salud VAS (EQ-5D, 0-100)	72,35	72,94	0,912
Físico (MQOL, 0-10)	7,38	8,00	0,352
Psicológico (MQOL, 0-10)	3,49	3,29	0,822
Existencial (MQOL, 0-10)	8,86	8,56	0,527
Apoyo social (MQOL, 0-10)	9,15	8,88	0,487

Lun203

INSOMNIO Y SU IMPACTO EN CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

E. E. Gutiérrez-López, A. Esparza-Ortega, M. R. Francisco, R. E. Delcueto-Espinosa, K. D. González-Gómez, H. R. Ordaz-Álvarez, J. M. Remes-Troche, F. B. Roesch-Dietlen, A. D. Cano-Contreras, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El insomnio es una complicación frecuente y subdiagnosticada en pacientes con cirrosis, asociada con alteraciones del metabolismo de la melatonina, la disrupción del ritmo circadiano y la encefalopatía hepática mínima. Su escasa evaluación en la práctica clínica limita la detección oportuna de pacientes con mayor deterioro en la calidad de vida. La Escala Atenas de insomnio constituye una herramienta breve y validada que facilita su tamizaje.
Objetivo: Evaluar la asociación entre la gravedad del insomnio, medida con la EIA y la calidad de vida relacionada con la salud, medida con EQ-5D-3L y *McGill quality of life questionnaire* (MQOL), en pacientes con cirrosis hepática.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal realizado en pacientes adultos con diagnóstico de cirrosis hepática de cualquier etiología, atendidos en un centro de referencia. Se aplicaron la EIA, el cuestionario EQ-5D-3L (cinco dimensiones y escala visual analógica EQ-VAS) y el MQOL (dominios físico, psicológico, existencial y de apoyo). Se clasificó la gravedad de insomnio en cuatro categorías (sin insomnio, subclínico, moderado, grave) y se analizó su relación con los dominios de CVRS mediante pruebas no paramétricas.
Resultados: Se incluyó a 51 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática. El MELD-Na medio fue de 11,84 ± 4,61 y por Child-Pugh de 5,98 ± 1,67. En cuanto al patrón de sueño, 22 pacientes (43,1%) no presentaron insomnio, mientras que 29 (56,9%) mostraron algún grado de alteración: 13 (25,5%) subclínico, 11 (21,6%) moderado y 5 (9,8%) grave, con un puntaje EIA promedio de 7,51 ± 6,19 puntos (mediana 7, rango 0-24). El EQ-VAS promedio de toda la cohorte fue de 72,79 ± 16,37 puntos, el MQOL reportó dominio físico de 7,60 ± 2,40, existencial de 8,74 ± 1,53 y de apoyo de 9,01 ± 1,30, en contraste con el dominio psicológico de 3,44 ± 3,13. Se observó deterioro estadísticamente significativo en el MQOL físico, con medias de 8,68 ± 2,34 en pacientes sin insomnio, 7,08 ± 1,75 en insomnio subclínico, 7,00 ± 1,67 en moderado y 5,40 ± 3,78 en grave (p = 0,004). De manera inversa, el MQOL psicológico empeoró conforme aumentó la gravedad del insomnio: 2,49 ± 3,01 (sin insomnio), 3,37 ± 2,66 (subclínico), 3,84 ± 3,30 (moderado) y 6,80 ± 3,03 (grave) (p = 0,048), lo que refleja más del doble de malestar emocional en el grupo con insomnio grave respecto del grupo sin insomnio. En el EQ-5D, la proporción de pacientes con ansiedad/depresión aumentó según la gravedad del insomnio: 31,8% (sin insomnio), 38,5% (subclínico), 54,5% (moderado) y 100,0% (grave), y se correlacionó significativamente con el puntaje continuo de EIA (rho = 0,414, p = 0,003). El dolor/malestar afectó al 27,3% de los pacientes sin insomnio frente a 60-64% en los grupos con insomnio (rho = 0,374, p = 0,007), y las actividades cotidianas se vieron comprometidas en 13,6% sin insomnio contra 60,0% en insomnio grave (rho = 0,301, p = 0,032). El EQ-VAS también mostró asociación significativa con la gravedad de insomnio, con una media de 78,41 ± 14,09 en pacientes sin insomnio frente a 68,10 ± 16,92 en quienes presentaron algún grado de insomnio (p = 0,020), y correlación negativa moderada con el puntaje continuo de EIA (rho = -0,343, p = 0,014); por tanto, a mayor gravedad del insomnio, menor percepción global de salud (**Tabla 1**). En contraste, los dominios existenciales y de apoyo del MQOL no mostraron diferencias significativas según gravedad de insomnio (p = 0,806 y p = 0,312, respectivamente).
Conclusiones: El insomnio se asocia con un deterioro significativo de la calidad de vida en pacientes con cirrosis, lo que respalda su tamizaje sistemático como parte de la evaluación integral.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun204

VALOR PREDICTIVO DE MARCADORES BIOQUÍMICOS TEMPRANOS EN LA RESPUESTA AL ÁCIDO URSODEOXICÓLICO EN COLANGITIS BILIAR PRIMARIA: UNA COHORTE MEXICANA

A. J. Berzunza-Casanova, A. Triana-Romero, R. Sandoval-Salas, Instituto Mexicano del Seguro Social Siglo XXI

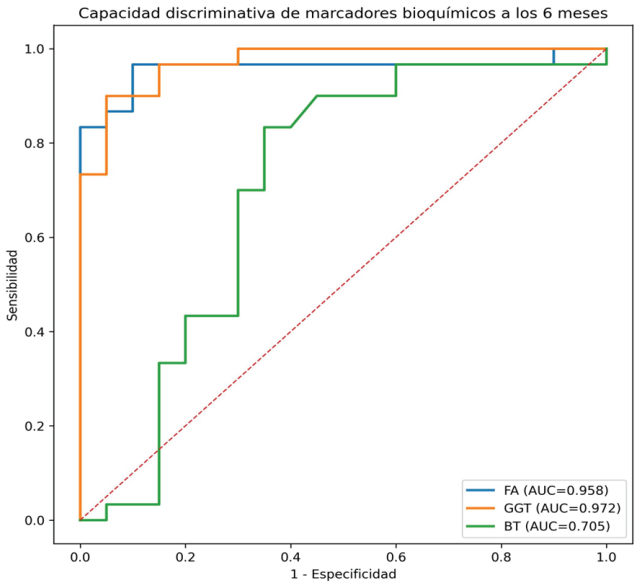
Introducción: La respuesta bioquímica al ácido ursodeoxicólico (AUDC) constituye un importante marcador pronóstico en la colangitis biliar primaria (CBP) y tradicionalmente se evalúa después de 12 meses de tratamiento. Sin embargo, la evidencia reciente sugiere que la evaluación a los seis meses puede identificar tempranamente a pacientes con respuesta insuficiente. En la cohorte GLOBAL PBC, una fosfatasa alcalina (FA) > 1,9 veces el límite superior normal (LSN) a los seis meses identificó a pacientes con alta probabilidad de mantener una respuesta insuficiente al año. No obstante,

Tabla 1. Distribución de los dominios de calidad de vida (EQ-5D y MQOL) según la gravedad de insomnio evaluada con la Escala Atenas de insomnio en pacientes con cirrosis hepática. (**Lun203**)

Dominio de las escalas de calidad de vida	Sin insomnio n = 22	Insomnio subclínico/leve n = 13	Insomnio moderado n = 11	Insomnio grave n = 5	p
EQ5D					
Movilidad (% con problema)	5 (22,7%)	5 (38,5%)	3 (27,3%)	3 (60,0%)	0,189
Cuidado personal (% con problema)	1 (4,5%)	1 (7,7%)	1 (9,1%)	2 (40,0%)	0,099
Act. cotidianas (% con problema)	3 (13,6%)	4 (30,8%)	3 (27,3%)	3 (60,0%)	0,032
Dolor/malestar (% con problema)	6 (27,3%)	8 (61,5%)	7 (63,6%)	3 (60,0%)	0,007
Ansiedad/depresión (% con problema)	7 (31,8%)	5 (38,5%)	6 (54,5%)	5 (100,0%)	0,003
EQ5D-VAS (media ± DE)	78,4 ± 14,0	65,7 ± 19,1	70,0 ± 13,7	70,0 ± 20,0	0,014
MQOL					
Físico (media ± DE)	8,6 ± 2,3	7,08 ± 1,7	7,00 ± 1,6	5,40 ± 3,7	< 0,001
Psicológico (media ± DE)	2,4 ± 3,0	3,37 ± 2,6	3,84 ± 3,3	6,80 ± 3,0	0,004
Existencial (media ± DE)	8,8 ± 1,3	8,73 ± 1,3	9,00 ± 1,4	7,80 ± 2,7	0,439
Apoyo (media ± DE)	9,0 ± 1,3	9,52 ± 1,3	8,89 ± 0,9	8,50 ± 1,2	0,333

el rendimiento comparativo de distintos marcadores bioquímicos a los seis meses para anticipar la respuesta al AUDC permanece menos definido.
Objetivo: Evaluar y comparar la capacidad de los marcadores bioquímicos a los seis meses de tratamiento con AUDC para predecir la falta de respuesta bioquímica a los 12 meses en pacientes con CBP.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo y unicéntrico en adultos con CBP tratados con AUDC durante al menos 12 meses. Se analizaron los valores de FA, gamma-glutamil transferasa (GGT) y bilirrubina total (BT) a los seis meses. La falta de respuesta bioquímica se definió mediante criterios de Toronto modificados como FA > 1,67 × LSN a los 12 meses. La capacidad discriminativa de cada marcador se evaluó mediante curvas ROC y área bajo la curva (AUC); las AUC se compararon mediante la prueba de DeLong. Adicionalmente, se exploró el rendimiento de un modelo combinado de FA y GGT. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05.
Resultados: Se incluyó a 50 pacientes, de los cuales 30 (60%) presentaron falta de respuesta bioquímica a los 12 meses. La FA y la GGT a los seis meses mostraron excelente capacidad discriminativa para identificar falta de respuesta al año, con AUC de 0,958 y 0,972, respectivamente, mientras que la BT presentó menor rendimiento (AUC 0,705) (**Figura 1**). No se observaron diferencias significativas entre las AUC de FA y GGT (ΔAUC = -0,013; IC95%, -0,086 a 0,059; p = 0,719); ambas fueron significativamente superiores a la BT (FA vs. BT, p = 0,005; GGT vs. BT, p = 0,003). Una FA > 1,67 × LSN a los seis meses presentó sensibilidad de 96,7%, especificidad de 90,0%, valor predictivo positivo de 93,5% y valor predictivo negativo de 94,7% para identificar falta de respuesta al año. El modelo combinado de FA y GGT alcanzó un AUC de 1,000, conservado mediante validación cruzada *leave-one-out*, sin demostrar mejoría significativa respecto de FA (p = 0,184) o GGT (p = 0,129) de forma aislada.
Conclusiones: La evaluación bioquímica a los seis meses permite identificar tempranamente a pacientes con alta probabilidad de falta de respuesta al AUDC al año. La FA y la GGT mostraron excelente capacidad discriminativa, sin diferencias significativas entre ambas y con un rendimiento superior al de la BT. Una FA > 1,67 × LSN a los seis meses presentó alta sensibilidad, especificidad y valores predictivos, por lo que podría constituir una herramienta sencilla para la estratificación temprana de la respuesta. La combinación de FA y GGT no demostró una mejoría significativa respecto de su evaluación individual. Estos hallazgos requieren validación externa antes de modificar el momento de evaluación de la respuesta o del escalamiento terapéutico.
Financiamiento: Este trabajo no recibió patrocinio gubernamental ni comercial.

Figura 1. Curvas ROC de fosfatasa alcalina (FA), gamma-glutamil transferasa (GGT) y bilirrubina total (BT) a los seis meses para identificar falta de respuesta bioquímica al ácido ursodeoxicólico a los 12 meses. La GGT y la FA mostraron una capacidad discriminativa excelente (AUC 0,972 y 0,958, respectivamente), superior a la BT (AUC 0,705). *Figura de elaboración propia. (**Lun204**)



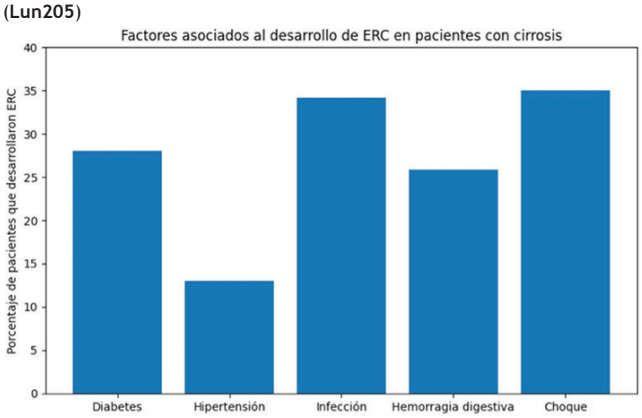
Lun205

FACTORES ASOCIADOS A PROGRESIÓN A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CON CIRROSIS Y LESIÓN RENAL AGUDA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES IMSS PUEBLA

A. Ramírez-Anzaldo, R. García-Santiago, K. G. Barroso-Pineda, R. A. Cruz-Nieves, M. López-Sánchez, Hospital de Especialidades "San José", UMAE, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La lesión renal aguda en pacientes con cirrosis se puede presentar en el 60% de los pacientes hospitalizados, con un incremento importante en la morbilidad y mortalidad. Posterior en la recuperación de estos pacientes, la evolución depende de la resolución de los factores precipitantes, la gravedad de la misma, la gravedad de la enfermedad hepática y la capacidad de la adaptación de cada paciente. La prevalencia de la enfermedad renal crónica en pacientes con cirrosis se ha incrementado en los últimos años y, de acuerdo con el Club Internacional de Ascitis (ICA), esta transición se ha descrito poco en pacientes con cirrosis, y se describe en el 14-25% de los pacientes, en relación con peores desenlaces clínicos.
Objetivo: Determinar los factores clínicos que se asocian a progresión de enfermedad renal crónica en pacientes con cirrosis y lesión renal aguda.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico de 112 pacientes hospitalizados en el Hospital de Especialidades de Puebla con diagnóstico de cirrosis hepática y lesión renal aguda, a los cuales se les dio un seguimiento de seis meses. Se recolectaron las siguientes variables demográficas, clínicas y bioquímicas: etiología de cirrosis, Child-Pugh, MELD; como factores clínicos se utilizaron las variables de infección activa, hemorragia, diagnóstico previo de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial sistémica, creatinina basal y máxima, y mortalidad. Se busca relacionar a los pacientes que durante el seguimiento desarrollaron enfermedad renal crónica, con la definición de acuerdo con la guía KDIGO y los factores clínicos asociados.
Resultados: De los 112 pacientes analizados, 29 de ellos (25,9%) desarrollaron enfermedad renal crónica durante el seguimiento. De los factores clínicos estudiados, en este estudio ninguno tuvo una significancia estadística para el desarrollo de enfermedad renal crónica; sin embargo, los pacientes con infección y choque tuvieron una mayor proporción a progresión de ERC en un 34-35%, el 48,3% (14) tenían diabetes tipo 2 previamente diagnosticada, el 10,3% (3) hipertensión arterial sistémica (**Figura 1**). La creatinina máxima de los pacientes con enfermedad renal crónica variaba de 1,86-3,97 con una media de 2,3, teniendo una LRA ICA AKI estadio II y III. Los pacientes con mayor MELD con una media de 21 puntos tuvieron una p = 0,001, estadísticamente significativa respecto de los pacientes que no desarrollaron ERC. El 54,5% de los pacientes con ACLF grados 2 y 3 evolucionaron a ERC VS 15,3% sin ACLF. De los pacientes con diagnóstico de ERC, 29 fallecieron, que corresponde al 44,8%, en comparación con los pacientes sin ERC con una mortalidad del 10,8%, con significancia estadística.
Conclusiones: Los pacientes que progresaron a enfermedad renal crónica presentaron mayor gravedad de lesión renal aguda de acuerdo con la clasificación ICA AKI a su ingreso hospitalario, y se asociaron con mayores valores de MELD, con ACLF grados 2 y 3 y niveles de creatinina entre 1,86-3,97 mg/dL. No hubo diferencia estadística entre los factores clínicos ni comorbilidades, pero los

Figura 1. Factores asociados al desarrollo de enfermedad renal crónica. (**Lun205**)



pacientes con infección y choque tuvieron una mayor proporción a progresión de ERC en un 34-35%, además de una mayor mortalidad comparado con los pacientes sin enfermedad renal crónica. Reconocer estos factores de forma temprana permite identificar a los pacientes que requieren un seguimiento más estrecho.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun206

IMPACTO DE LA DIABETES TIPO 2 EN LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE PACIENTES QUE DEBUTAN CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA

A. Salazar-Zamudio, E. G. Salgado-Parra, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) engloba a un síndrome caracterizado por la descompensación aguda de una enfermedad hepática preexistente, la cual se asocia con una elevada morbimortalidad intrahospitalaria. Se han relacionado diversos factores con la evolución desfavorable de estos pacientes, entre ellos la gravedad de la enfermedad hepática basal, la presencia de infecciones y el deterioro multiorgánico. Sin embargo, se ha documentado que una de las causas que han sido poco exploradas para el aumento de la mortalidad en este grupo es la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La DM2 es una comorbilidad frecuente en pacientes con cirrosis, y se ha planteado que además podría influir en la evolución clínica mediante mecanismos como el aumento de riesgo de infecciones, el estado proinflamatorio crónico, la disfunción microvascular y el deterioro metabólico. En este contexto, explorar cómo la DM2 influye en el desenlace fatal de los pacientes que debutan con falla hepática aguda sobre crónica resulta de gran relevancia, ya que podría contribuir a una mejor comprensión de las complicaciones asociadas y permitir el diseño de medidas de intervención específicas encaminadas a disminuir la mortalidad intrahospitalaria.
Objetivo: Determinar el impacto de la diabetes tipo 2 sobre la mortalidad intrahospitalaria en pacientes que debutan con falla hepática aguda sobre crónica.
Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional y retrospectivo de casos y controles que evaluó expedientes de pacientes con cirrosis hepática y diagnóstico de falla hepática aguda sobre crónica, hospitalizados en el periodo de enero de 2022 a julio de 2025 en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE (HRLALM). Se evaluó¤ la comorbilidad con DM2. Se evaluaron desenlaces y la variable de salida fue la mortalidad. Se recabó información de expedientes de pacientes hospitalizados en el HRLALM con diagnóstico de cirrosis hepática, que cumplieron criterios de ACLF en el periodo de enero de 2022 a julio de 2025.
Resultados: Se analizó un total de 56 expedientes de pacientes (n = 56), de los cuales el 64,3% era del sexo masculino (n = 36) y el 35,7% del femenino (n = 20). El principal factor precipitante de ACLF fue la sepsis con el 64,3% (n = 36). Se observó una mediana de 2 (RIC = 1-3) en el grado falla hepática aguda (ACLF). Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial presentaron 4 y 3,9 veces mayor probabilidad de fallecer, respectivamente, estadísticamente significativo con una $p < 0,05$.
Conclusiones: La diabetes tipo 2 demostró tener una asociación significativa con la mortalidad, ya que puede incrementar hasta cuatro veces el riesgo de fallecer durante la estancia intrahospitalaria, con probable relación a la contribución de un estado proinflamatorio, inmunosupresión relativa y mayor susceptibilidad a infecciones; este último es uno de los factores con mayor efecto para el debut de ACLF.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun207

OMEGA-5 NANO COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE A LA TERAPIA CON CORTICOSTEROIDES MODULA LA ACTIVACIÓN INFLAMATORIA SISTÉMICA PERSISTENTE EN LA HEPATITIS ALCOHÓLICA GRAVE

M. Martínez-Castillo, A. D. Santana-Vargas, J. Córdova-Gallardo, A. M. Rangel-García, E. Bojorges-Valdez, A. Hernández-Santillán, Grupo Colaborativo: Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La hepatitis alcohólica grave (HAS) se caracteriza por una intensa activación inflamatoria sistémica y estrés oxidativo que perpetúan el daño hepático. A pesar de que los corticosteroides son todavía la única terapia farmacológica recomendada para los casos graves, la activación inflamatoria puede persistir durante el tratamiento, lo que justifica la evaluación de estrategias adyuvantes con propiedades antioxidantes e inmunomoduladoras.
Objetivo: Evaluar el efecto de omega-5 nano (PSO5) como tratamiento adyuvante a los corticosteroides sobre la trayectoria longitudinal de la inflamación sistémica en pacientes con hepatitis alcohólica grave.
Material y métodos: Estudio de fase 2b, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en pacientes con HAS tratados con prednisona más PSO5 o prednisona más placebo (PP). Los pacientes presentaban enfermedad grave definida por MDF ≥ 32 y MELD > 20. Se determinaron las concentraciones séricas de las quimiocinas CXCL-8/IL-8, CXCL-10 y MCP-1, así como de las citocinas IL-1α, IL-1β, IL-1RA, IFN-γ, IL-10, TNF-α e IL-6, al inicio del estudio y a los 7, 14 y 28 días de tratamiento. El análisis estadístico se realizó en el software SPSS v27. La evaluación longitudinal se analizó mediante las pruebas de Friedman, Wilcoxon y U de Mann–Whitney con corrección de Bonferroni, mientras que el tamaño del efecto temporal se evaluó mediante el coeficiente W de Kendall.
Resultados: Ambos grupos mostraron una disminución de las quimiocinas CXCL-8 y MCP-1 durante el seguimiento; sin embargo, en el grupo PP persistió la activación inflamatoria sistémica. Se identificó una activación temporal de IL-1α exclusivamente en PP ($x^2(3) = 27,488$, $p < 0,001$; $W = 0,705$), junto con una activación significativa de IFN-γ ($p = 0,002$; $W = 0,383$). Además, PP presentó una mayor persistencia del desequilibrio IL-1β/IL-1RA y una resolución más lenta de los cocientes CXCL-8/IL-10 y MCP-1/IL-10, mientras que PSO5 mostró una atenuación más temprana de las trayectorias inflamatorias.
Conclusiones: La activación inflamatoria sistémica persistió durante la terapia con corticosteroides, particularmente en el grupo placebo. La suplementación con PSO5 se asoció con una atenuación más temprana de las trayectorias inflamatorias, lo que respalda su actividad antioxidante y como potencial tratamiento adyuvante para modular la persistente inflamación en la HAS.
***Financiamiento*:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun208

MONITORIZACIÓN SERIADA CON POCUS DE LA CONGESTIÓN Y RESPUESTA RENAL TRAS ALBÚMINA EN PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA Y LESIÓN RENAL AGUDA

D. K. Tapia-Calderón, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Chávez, R. González-Ruiz, R. Corona-Prieto, E. S. García-Jiménez, L. Ulloa-Ramos, D. Lagos-Prieto, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, Hospital México Americano

Introducción: Los pacientes con CH y ascitis están expuestos a desarrollar tanto depleción como sobrecarga de volumen y la sensibilidad de la evaluación clínica del volumen es baja. Distintos estudios han demostrado la utilidad de la evaluación del volumen intravascular mediante POCUS en pacientes con CH, y reportado que la medición del diámetro de la VCI y el IVCCI mediante POCUS puede caracterizar con mayor precisión el estado hídrico y que la colapsabilidad de la CSA de la VYI a los 30º se correlaciona mejor con la PVC que el IVCCI ($r = -0,56$, $p < 0,001$), lo que sugiere que la evaluación de la VYI es superior para predecir la PVC en este grupo de pacientes.
Objetivo: Evaluar mediante POCUS los cambios en el estado de congestión venosa y pulmonar antes y después de la administración de albúmina intravenosa en pacientes con cirrosis y lesión renal aguda estadio ≥ 1b, y describir su relación con la evolución de la función renal, el desarrollo de síndrome hepatorrenal, la mortalidad y los eventos adversos asociados al tratamiento.
Reporte de casos: Se incluyó a 9 pacientes, con una media de edad de 52 años (39-64), de los cuales 8 fueron hombres, estadio Child Pugh C en su mayoría (6), con una media de MELD de 24,11. La etiología predominante

fue el consumo de alcohol (n = 6). Cinco pacientes presentaron LRA estadio 1B, tres estadio 2 y uno estadio 3; todos tenían ascitis, seis infección bacteriana y cuatro ACLF. En la evaluación basal mediante POCUS, cinco pacientes mostraron disminución de la colapsabilidad de la vena yugular interna, sin congestión pulmonar ni alteraciones graves en el Doppler venoso abdominal. Todos recibieron albúmina, con una dosis media de 71 g/día. A las 48 horas, cinco pacientes presentaban colapsabilidad yugular disminuida y uno alteración leve de la vena renal. Tras el primer día, uno resolvió la LRA, cinco mejoraron la creatinina, uno desarrolló SHR-AKI y dos no mejoraron. Siete pacientes recibieron un segundo día de albúmina. A las 72 horas, tres presentaban colapsabilidad yugular disminuida y uno alteración venosa renal leve, sin congestión pulmonar. Cuatro resolvieron la LRA y dos mejoraron la creatinina; uno falleció y otro fue egresado por máximo beneficio. No se documentaron eventos adversos asociados con la albúmina. Los resultados de la evaluación seriada con POCUS se muestran en las **Figuras 1A y 1B**.

Discusión: A pesar de la evidencia de congestión por IC-AP de la VYI a 30º disminuido en más de la mitad de los pacientes, incluso desde la evaluación basal con POCUS, se observó resolución de la lesión renal hasta en 5 pacientes y mejoría de la misma en otros 2 posterior a la administración de albúmina. Esto sugiere que la evaluación del estado hídrico debe basarse en la realización de ultrasonido multiorgánico, incluidas la realización de ultrasonido pulmonar, mediciones de la VYI, evaluación del ventrículo izquierdo (VI), ventrículo derecho (VD), vena cava superior y/o vena renal.

Conclusiones: El uso de una evaluación POCUS multiorgánica puede ser una mejor herramienta para caracterizar el estado hídrico y orientar la administración de albúmina en pacientes con cirrosis y lesión renal aguda.

Financiamiento: No se requirió financiamiento.

Figura 1. A y B, resultados de la monitorización seriada con POCUS de la congestión venosa y pulmonar y desenlaces clínicos. (**Lun208**)

Figura 1a:

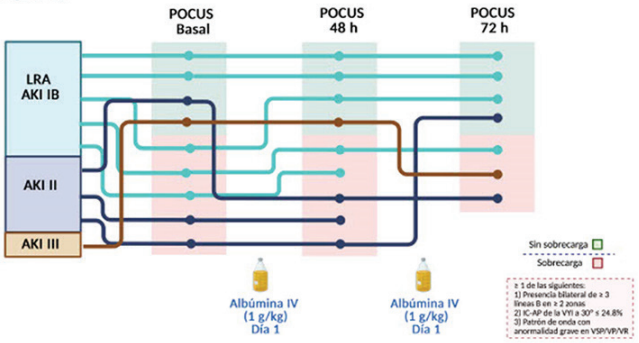
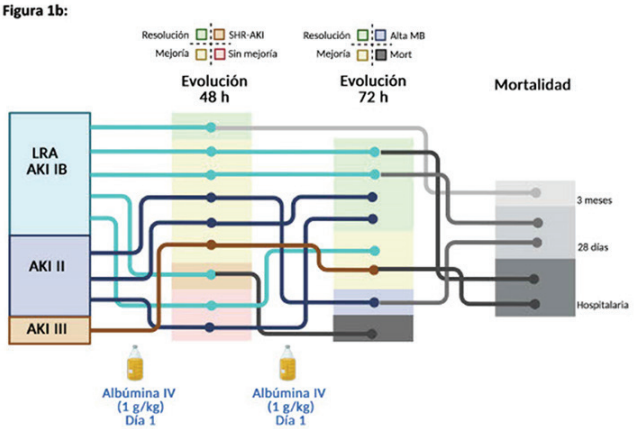


Figura 1b:



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO
www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres en cartel

Lunes 23 de noviembre de 2026

INTESTINO DELGADO Y COLON

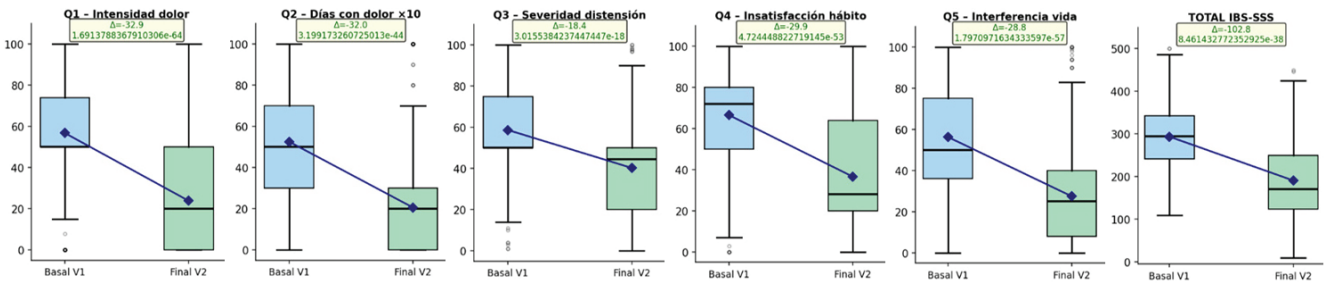
Lun209

EXPERIENCIA DE LA VIDA REAL DE UNA COMBINACIÓN DE MEBEVERINA/SIMETICONA EN PACIENTES MEXICANOS CON SII (ESTUDIO ADVANCE-SII)

J. M. Remes-Troche, L. R. Valdovinos-García, K. R. García-Zermeño, A. G. Siu-Moguel, A. T. Abreu-Abreu, G. Mateos-Pérez, F. Higuera-De-La-Tijera, N. Rodríguez, E. Coss-Adame, Grupo Colaborativo: Estudio ADVANCE-SII, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno de la interacción intestino-cerebro caracterizado por dolor abdominal recurrente, alteraciones del hábito intestinal y distensión, síntomas que deterioran de forma notoria la calidad de vida. Los antiespasmódicos se consideran la primera línea para el control del dolor y sus combinaciones con simeticona buscan tratar simultáneamente la distensión asociada al gas. Aunque existe evidencia de combinaciones de antiespasmódicos con simeticona, no existe evidencia de vida real para una nueva combinación (mebeverina/simeticona) en pacientes mexicanos con SII.
Objetivo: Evaluar la efectividad, adherencia y seguridad de mebeverina 200 mg/simeticona 300 mg, una cápsula cada 12 horas durante 30 días, en pacientes mexicanos con SII diagnosticado mediante criterios de Roma IV.
Material y métodos: Estudio de fase IV, observacional, prospectivo, multicéntrico y de diseño antes-después. Se incluyó a adultos con SII y distensión abdominal. En la visita basal y al día 28 se evaluaron subtipo y criterios de Roma IV, gravedad mediante IBS-SSS, intensidad y frecuencia del dolor y la distensión con escalas Likert de 0 a 4, y 15 síntomas gastrointestinales con una escala de molestia de 0 a 6. La eficacia global fue calificada por el paciente; la adherencia se estimó mediante conteo de cápsulas y se registraron eventos adversos. Las comparaciones pareadas se realizaron con t de Student o Wilcoxon, según la distribución de los datos.
Resultados: De 457 pacientes incluidos al momento en la visita basal, 410 completaron el seguimiento (89,7%); 78,8% correspondió a mujeres y la edad media fue de 44,5 ± 15,7 años. En la evaluación basal, el subtipo más frecuente fue el SII con predominio de estreñimiento (SII-E), identificado en 200 pacientes (48,8%), seguido del SII con predominio de diarrea (SII-D) en 115 (28,0%) y del SII mixto (SII-M) en 64 (15,6%). Además, 31 pacientes (7,6%) fueron no clasificables. De acuerdo con el IBS-SSS, el puntaje total disminuyó de 293,7 ± 74,9 a 190,9 ± 90,8 (diferencia media −102,8 puntos; reducción de 35,0%; p < 0,001) (**Figura 1**). También disminuyeron la intensidad del dolor (−32,9 puntos), los días con dolor (−32,0), la distensión (−18,4), la insatisfacción con el hábito intestinal (−29,9) y la interferencia con la vida diaria (−28,8), todos con p < 0,001. Al final del tratamiento, 157 pacientes (38,3%) refirieron ausencia de dolor. La intensidad y frecuencia del dolor se redujeron 1,51 y 1,30 puntos, respectivamente, mientras que la intensidad y frecuencia de la distensión disminuyeron 1,41 y 1,43 puntos (todos p < 0,001). Los 15 síntomas gastrointestinales evaluados mejoraron significativamente, con reducciones relativas de 44,9% a 58,6%; la distensión, el síntoma basal de mayor intensidad, disminuyó de 3,62 a 1,89. La frecuencia de evacuaciones no cambió significativamente (1,58 vs. 1,63/día; p = 0,247). La eficacia global fue calificada como eficaz o muy eficaz por 72,0% de los pacientes. El 89,9% tuvo adherencia aceptable (≥ 60%) y la presencia de eventos adversos fue de 0,48%.
Conclusiones: En condiciones de vida real, cuatro semanas de tratamiento con mebeverina/simeticona se asociaron con una mejoría estadística y

Figura 1. Efecto de la mebeverina/simeticona sobre las puntuaciones del IBS-SSS. (**Lun209**)



0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

clínicamente relevante de la gravedad global del SII, el dolor, la distensión y otros síntomas gastrointestinales, junto con alta aceptación, buena adherencia y un perfil de seguridad favorable.
Financiamiento: El laboratorio Adium patrocinó este estudio.

Lun210

LA RADIOGRAFÍA SIMPLE IDENTIFICA CAMBIOS BIOMECÁNICOS POSPRANDIALES SUGESTIVOS DE DISINERGIA ABDOMINOFRÉNICA: ESTUDIO PROSPECTIVO EXPLORATORIO CON CONTROLES SANOS

M. Esesarte-Rodríguez, E. Coss-Adame, M. Krause-Icaza, M. Chapa-Ibargüengoitia, L. M. Ávila-Escobedo, J. Serrano-Heredia, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

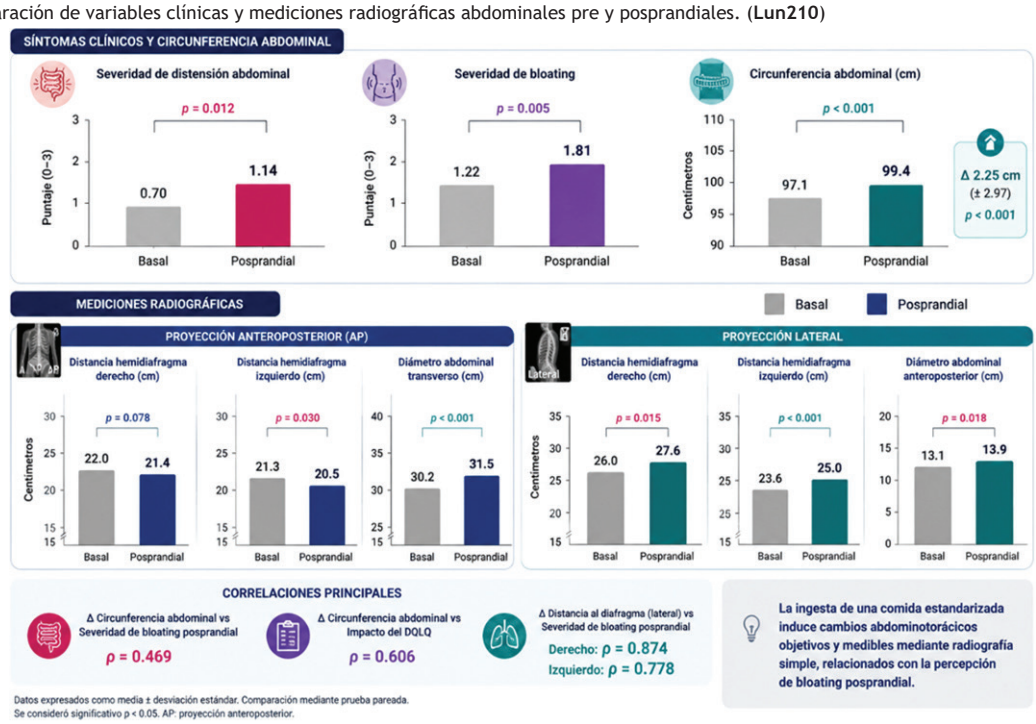
Introducción: La disinergia abdominofrénica se caracteriza por una coordinación anormal entre el diafragma y la musculatura abdominal y se ha propuesto como uno de los mecanismos de la distensión abdominal funcional. Su evaluación objetiva suele requerir técnicas avanzadas, como tomografía dinámica o electromiografía, cuya disponibilidad es limitada. Antes de estudiar esta alteración en pacientes, es necesario caracterizar los cambios abdominotorácicos fisiológicos inducidos por la ingesta y determinar si pueden cuantificarse mediante una técnica accesible como la radiografía simple.
Objetivo: Caracterizar mediante radiografía simple los cambios morfométricos abdominotorácicos inducidos por una comida estandarizada en pacientes con distensión abdominal y/o *bloating* con voluntarios sanos y explorar su relación con la percepción posprandial de *bloating*, distensión y los cambios en la circunferencia abdominal.
Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional y exploratorio de prueba de concepto en pacientes voluntarios sanos adultos y con criterios Roma V para *bloating* y distensión abdominal. Se evaluaron la gravedad de *bloating* y distensión abdominal, el efecto sobre la calidad de vida mediante el *Distension quality of life questionnaire* (DQLQ) y la circunferencia abdominal antes y después de un desayuno estandarizado. Se obtuvieron radiografías simples de abdomen en proyecciones anteroposterior y lateral, en bipedestación, antes y 30 ± 5 minutos después de la ingesta. Se realizaron mediciones morfométricas de las distancias entre la cresta ilíaca y ambos hemidiafragmas, así como de los diámetros abdominales transverso y anteroposterior. Se calcularon los cambios pre-posprandiales y se exploraron sus correlaciones con los síntomas y la circunferencia abdominal.
Resultados: Se incluyó a 27 voluntarios sanos pacientes con distensión y/o *bloating* abdominal; 22 (81%) fueron mujeres, con edad media de 55 ± 14,1 años e índice de masa corporal de 28,8 ± 4,0 kg/m^2. La ingesta se asoció con un incremento significativo de la gravedad de distensión abdominal ($p = 0,012$), *bloating* ($p = 0,005$) y circunferencia abdominal (Δ 2,25 ± 2,97 cm; $p < 0,001$). En las mediciones radiográficas se observó expansión posprandial del diámetro abdominal transverso en proyección anteroposterior ($p < 0,001$) y del diámetro anteroposterior en la proyección lateral ($p = 0,018$). Asimismo, aumentaron las distancias hacia ambos hemidiafragmas en la proyección lateral (derecho: $p = 0,015$; izquierdo: $p < 0,001$), mientras que la distancia al hemidiafragma izquierdo disminuyó en la proyección anteroposterior ($p = 0,030$). El cambio en la circunferencia abdominal se correlacionó con la gravedad del *bloating* posprandial ($\rho = 0,469$) y con el puntaje del DQLQ ($\rho = 0,606$). Los cambios en las distancias diafragmáticas laterales mostraron correlaciones sólidas con el *bloating* posprandial (derecho: $\rho = 0,874$; izquierdo: $\rho = 0,778$) (**Figura 1**).
Conclusiones: En pacientes con criterios Roma V para *bloating* y/o distensión abdominal, voluntarios sanos, una comida estandarizada induce cambios abdominotorácicos objetivos y cuantificables mediante radiografía simple, algunos de los cuales se relacionan estrechamente con la percepción de *bloating* posprandial. Estos resultados respaldan la factibilidad de esta técnica como herramienta para caracterizar la biomecánica abdominotorácica y proporcionan una base fisiológica para su posterior evaluación en pacientes con sospecha de disinergia abdominofrénica.
Financiamiento: Recursos institucionales de los Departamentos de Imagenología y Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal del INCMNSZ. Sin financiamiento externo.

Lun211

EL *OVERLAP* ENTRE DISPEPSIA FUNCIONAL Y SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SE ASOCIA CON UN FENOTIPO CLÍNICO RELACIONADO CON EL EJE INTESTINO-CEREBRO

N. F. Córdova-Valenzuela, A. D. Santana-Vargas, P. D. Guerrero-Ramírez, E. Ornelas-Escobedo, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Figura 1. Comparación de variables clínicas y mediciones radiográficas abdominales pre y posprandiales. (**Lun210**)



Introducción: La dispepsia funcional (DF) y el síndrome de intestino irritable (SII) son trastornos de la interacción intestino-cerebro que frecuentemente coexisten. Se desconoce si este *overlap* representa únicamente la concurrencia de síntomas gastrointestinales o un fenotipo clínico distintivo.
Objetivo: Evaluar si el *overlap* entre DF y SII se asocia con una mayor frecuencia de comorbilidades relacionadas con el eje intestino-cerebro.
Material y métodos: Estudio transversal de 283 pacientes con DF. Las comorbilidades se identificaron a partir de la revisión de los expedientes clínicos y se clasificaron en dominios fisiopatológicos no mutuamente excluyentes. El dominio del eje intestino-cerebro incluyó ansiedad, depresión, fibromialgia y migraña. Se compararon pacientes con y sin *overlap* mediante la prueba de Mann-Whitney, x^2 o exacta de Fisher, según correspondiera. Posteriormente se realizó una regresión logística ajustada por edad, sexo y subtipo de dispepsia.
Resultados: Se incluyó a 283 pacientes; 239 (84,5%) fueron mujeres y la mediana de edad fue de 57 años (RIC 50-65). El síndrome de distrés posprandial se presentó en 175 casos (61,8%), el síndrome de dolor epigástrico en 85 (30,0%) y el subtipo mixto en 23 (8,1%). El *overlap* DF-SII se observó en 208 pacientes (73,5%). No se observaron diferencias entre los grupos en edad (p = 0,227), sexo (p = 0,755) o subtipo de dispepsia (p = 0,281). Las comorbilidades del eje intestino-cerebro fueron más frecuentes en el grupo con *overlap* (35,1% vs. 17,3%; OR, 2,58; IC95% 1,28-5,00; p = 0,005), como se muestra en la **Figura 1**. Los dominios orgánicos no revelaron asociaciones significativas. En el análisis multivariable, las comorbilidades del eje intestino-cerebro permanecieron asociadas de forma independiente con el *overlap* (OR ajustado 2,72; IC95%, 1,33-5,54; p = 0,006).
Conclusiones: El *overlap* DF-SII se asocia con un perfil de comorbilidades relacionadas con el eje intestino-cerebro, independientemente de la edad, el sexo y el subtipo de dispepsia. Estos hallazgos apoyan la existencia de un fenotipo clínico distintivo dentro de los trastornos de la interacción intestino-cerebro.
Financiamiento: Ninguno.

Lun212

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DIGESTIVAS COMUNES: IMPACTO EN LA ANSIEDAD Y AUTOGESTIÓN CLÍNICA

F. Y. Vargas-Durán, D. E. Espinoza-López, H. Martínez-González, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Por la naturaleza crónica y en ocasiones refractaria de las enfermedades digestivas, es común que los pacientes experimenten niveles elevados de incertidumbre, ansiedad y una necesidad constante de información sobre su diagnóstico y opciones terapéuticas. A pesar del potencial de la inteligencia artificial para empoderar al paciente y mejorar la alfabetización en salud, su uso libre y no regulado en el ámbito médico ambulatorio plantea serios desafíos clínicos.
Objetivo: Evaluar el patrón de uso de herramientas de inteligencia artificial generativa en pacientes con enfermedades digestivas comunes y determinar su efecto en los niveles de ansiedad clínica y la toma de decisiones terapéuticas unilaterales.
Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo y unicéntrico. Se incluyó a pacientes adultos con diagnóstico de enfermedades digestivas comunes. La recolección de los datos se llevó a cabo mediante un cuestionario autoaplicable en la sala de espera anterior a la consulta. El instrumento consta de tres bloques estructurados: a) datos clínico-demográficos, b) patrón de uso de IA y conductas asociadas, c) escala validada GAD-7 (con un rango total de 0 a 21 puntos, en los que un puntaje > 10 define ansiedad clínicamente significativa).
Resultados: Se incluyó a un total de 391 pacientes con enfermedades digestivas comunes. El 73,9% (n = 289) reportó el uso de herramientas de inteligencia artificial (IA) generativa para la consulta de sus síntomas o padecimientos. Las plataformas más utilizadas fueron las búsquedas de Google asistidas por IA (57,1%) y ChatGPT (31,8%). Los pacientes que utilizaron IA mostraron niveles significativamente mayores de ansiedad evaluados mediante la escala GAD-7 en comparación con aquellos que no la utilizaron (mediana: 9,0 vs. 2,0). El 49,8% del grupo de usuarios presentó síntomas de ansiedad moderada a grave, en contraste con el 19,6% del grupo de no usuarios. En cuanto al efecto clínico y conductual en el grupo usuario, el 46,0% refirió un incremento de la sensación de ansiedad o temor tras la consulta. Asimismo, las conductas de autogestión no guiadas más frecuentes derivadas de la respuesta de la IA incluyeron la compra de suplementos no recetados (38,1%), la modificación de la alimentación (38,1%), la suspensión o cambio del tratamiento médico (33,9%) e incluso la cancelación/inasistencia a la consulta médica programada (13,1%) (**Figura 1**).
Conclusiones: El uso de inteligencia artificial generativa es una práctica masiva entre los pacientes de gastroenterología. Aunque se busca como herramienta de apoyo, su uso se relaciona significativamente a un incremento de los niveles de ansiedad y promueve conductas de riesgo clínico, tales como la suspensión no supervisada de fármacos y la evitación de la consulta médica presencial. Es imperativo que el gastroenterólogo aborde el uso de estas tecnologías en la práctica clínica diaria.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Dominios de comorbilidad en pacientes con y sin *overlap* DF—SII. (**Lun211**)

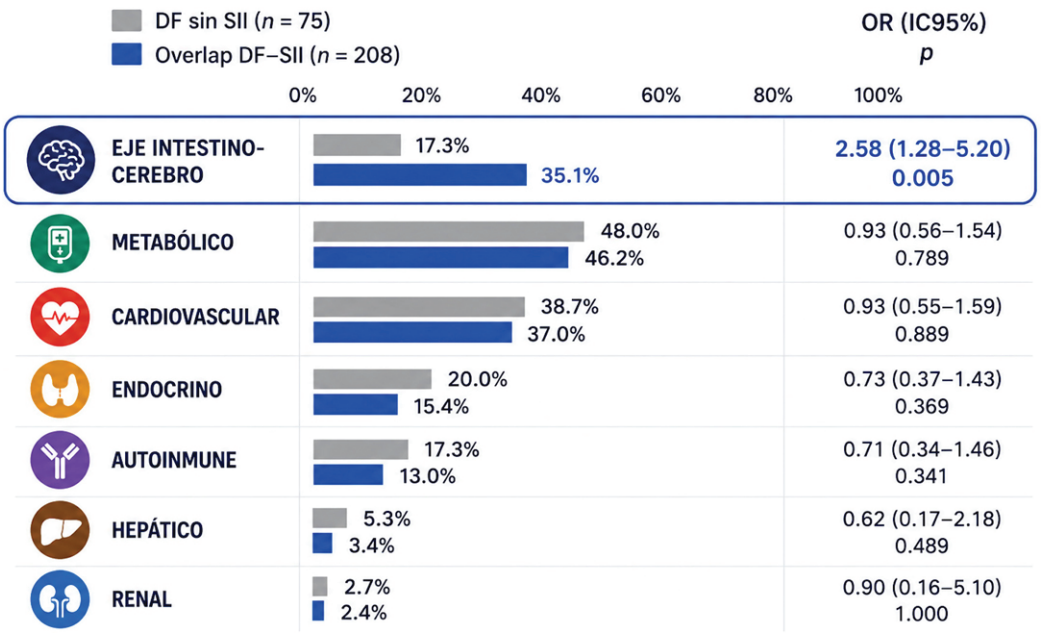
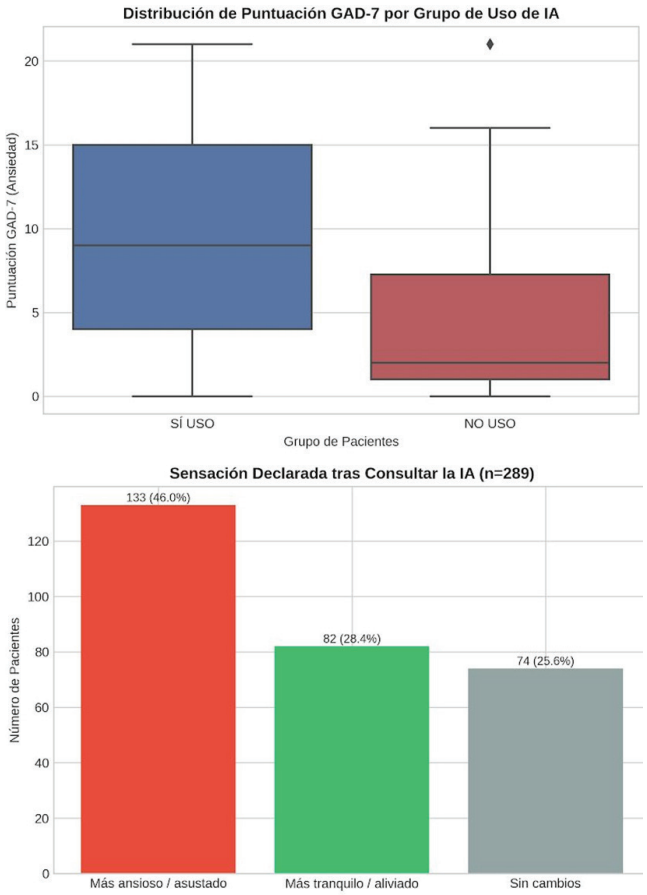


Figura 1. Ansiedad en pacientes con y sin uso de IA. (**Lun212**)



Lun213

CALIDAD DEL SUEÑO EVALUADA MEDIANTE EL PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA INTERACCIÓN INTESTINO-CEREBRO: ESTUDIO PILOTO

K. A. Miyagui-Adame, A. H. P. Hernández-Borjón, F. Arreola-Banda, G. Morales-Osorio, Hospital de Especialidades

Introducción: Los trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC) se caracterizan por síntomas gastrointestinales crónicos secundarios a alteraciones en la comunicación bidireccional entre el sistema nervioso central y el tracto gastrointestinal. La mala calidad del sueño es frecuente en estos pacientes y puede favorecer una mayor intensidad de los síntomas, deterioro de la calidad de vida y coexistencia de trastornos psicológicos. No obstante, la evidencia en la población mexicana es limitada.
Objetivo: Determinar la frecuencia de mala calidad del sueño y explorar su relación con la superposición diagnóstica y los trastornos psiquiátricos en pacientes con TIIC.
Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico de carácter piloto. Se incluyó a pacientes adultos con dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable (SII), pirosis funcional o estreñimiento funcional atendidos en el Hospital de Especialidades del CMN La Raza entre 2025 y 2026. Se registraron variables demográficas, índice de masa corporal (IMC), diagnóstico gastrointestinal, subtipo de SII y antecedentes psiquiátricos. La calidad del sueño se evaluó mediante el *Pittsburgh sleep quality index* (PSQI) y se consideró mala calidad del sueño un puntaje > 5. Las comparaciones del PSQI según la superposición diagnóstica y los antecedentes psiquiátricos se realizaron mediante la prueba U de Mann-Whitney.
Resultados: Se incluyó a 25 pacientes, de los cuales el 72% correspondió a mujeres. La mediana de edad fue de 58 años (RIC, 48,5-67) y la del IMC de 27,5 kg/m² (RIC, 24,3-34,5). La dispepsia funcional fue el TIIC más frecuente (44%), seguida del SII (40%). Seis pacientes (24%) presentaron superposición diagnóstica y seis (24%) antecedente de trastorno psiquiátrico, con predominio de la ansiedad (50%). La mediana global del PSQI fue de 9 puntos (RIC, 5,5-15,5) y el 80% presentó mala calidad del sueño (**Tabla 1**). Los pacientes con superposición diagnóstica mostraron una mediana de PSQI mayor que aquéllos con un sólo TIIC (13 vs. 8 puntos; p = 0,221). Asimismo, los pacientes con antecedentes psiquiátricos presentaron puntuaciones superiores respecto de quienes no los tenían (10 vs. 8 puntos; p = 0,156), aunque sin diferencias estadísticamente significativas.
Conclusiones: La mala calidad del sueño fue altamente prevalente y afectó a cuatro de cada cinco pacientes con TIIC. Aunque no se identificaron diferencias estadísticamente significativas, los pacientes con superposición diagnóstica y antecedentes psiquiátricos presentaron una tendencia a peor calidad del sueño. Estos hallazgos respaldan la incorporación de la evaluación del sueño en el abordaje integral de los TIIC y justifican la realización de estudios con mayor tamaño de muestra para confirmar estas asociaciones.
Financiamiento: No se requirió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Los datos se presentan como frecuencia y porcentaje o mediana y rango intercuartílico. (**Lun213**)

Característica	Resultado
Pacientes incluidos	25
Mujeres	18 (72%)
Edad, años	58 (48,5-67)
IMC, kg/m²	27,5 (24,3-34,5)
Dispepsia funcional	11 (44%)
Síndrome de intestino irritable	10 (40%)
Predominio de diarrea	4 (40%)*
Predominio de estreñimiento	3 (30%)*
Mixto	3 (30%)*
Un TIIC	19 (76%)
Superposición de dos TIIC	6 (24%)
Trastorno psiquiátrico	6 (24%)
Ansiedad	3 (12%)
Puntaje global del PSQI	9 (5,5-15,5)
Mala calidad del sueño, PSQI > 5	20 (80%)

IMC, índice de masa corporal; PSQI, *Pittsburgh sleep quality index*; TIIC, trastornos de la interacción intestino-cerebro. *Los porcentajes de los subtipos de síndrome de intestino irritable se calcularon tras considerar como denominador a los 10 pacientes con este diagnóstico.

Lun214

FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO DE LA PREPARACIÓN INTESTINAL EN PACIENTES SOMETIDOS A COLONOSCOPIA: ANÁLISIS MULTIVARIADO DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA

G. A. Hernández-Valdez, J. P. Guerrero-Guerrero, E. O. Uribe-Solorzano, A. Barragán-Medina, M. E. Montoya-Rodelo, C. Guzmán-Martínez, B. P. Bautista-Rodríguez, Clínica de Especialidades Médicas y Quirófano, ISSSTE Zapopan, Jalisco

Introducción: La calidad de la preparación intestinal es un factor determinante para el rendimiento diagnóstico y terapéutico de la colonoscopia. Una preparación inadecuada disminuye la detección de lesiones, prolonga el procedimiento e incrementa la necesidad de repetir el estudio. La identificación de factores asociados a una preparación deficiente permite optimizar las estrategias de preparación intestinal.
Objetivo: Identificar los factores clínicos asociados al éxito de la preparación intestinal en pacientes sometidos a colonoscopia.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo realizado en la Clínica de Especialidades Médicas + Quirófano del ISSSTE, Guadalajara, Jalisco, México. Se incluyó a pacientes sometidos a colonoscopia entre enero de 2025 y junio de 2026. La calidad de la preparación intestinal se evaluó mediante la escala de Boston por gastroenterólogos y endoscopistas.

Se definió preparación exitosa como una puntuación de Boston ≥ 6 puntos. Se analizaron variables demográficas y clínicas incluidos edad, sexo, índice de masa corporal (IMC) y horario del procedimiento. Se realizó análisis bivariado mediante las pruebas x^2 y U de Mann-Whitney, seguido de regresión logística multivariada para identificar factores asociados de manera independiente con preparación intestinal inadecuada.

Resultados: Se identificó a 105 pacientes, de los cuales 96 contaron con evaluación completa de la escala de Boston. La edad media fue de 61,9 ± 10,9 años y el 69,5% correspondió al sexo femenino. El IMC promedio fue de 27,3 ± 5,7 kg/m². La preparación intestinal fue adecuada en 69 pacientes (71,9%). En el análisis bivariado, los pacientes con preparación inadecuada presentaron un IMC significativamente mayor que aquéllos con preparación adecuada (29,6 vs. 26,2 kg/m²; p = 0,025). El sexo femenino se asoció con una mayor probabilidad de preparación adecuada (OR = 0,30; IC95% 0,12–0,77; p = 0,010).

En el análisis multivariado (n = 68), el IMC permaneció como factor independiente asociado con preparación intestinal inadecuada (OR = 1,20; IC95% 1,05–1,37; p = 0,007). El sexo femenino mostró una tendencia hacia una mejor calidad de preparación sin alcanzar significación estadística (OR = 0,31; IC95% 0,08–1,20; p = 0,090). El modelo global fue estadísticamente significativo (x^2 = 14,24; p = 0,007), con una capacidad explicativa del 26,6% (R^2 de Nagelkerke = 0,266) (**Tabla 1**).

Conclusiones: Un mayor índice de masa corporal se asoció de manera independiente con una mayor probabilidad de preparación intestinal inadecuada. El sexo femenino mostró una tendencia favorable hacia una mejor calidad de preparación. La identificación de pacientes con IMC elevado podría permitir implementar estrategias individualizadas para optimizar la limpieza colónica y mejorar el rendimiento diagnóstico de la colonoscopia.

Financiamiento: Los autores declaran no haber recibido financiamiento externo para la realización del presente estudio.

Tabla 1. Modelo de regresión logística multivariada para factores asociados con preparación intestinal inadecuada. (**Lun214**)

Variable	OR ajustado	IC95%	p
IMC	1,203	1,053–1,374	0,007
Sexo femenino	0,310	0,080–1,199	0,090
Horario vespertino	2,552	0,712–9,143	0,150
Edad	1,037	0,976–1,102	0,244

OR, razón de momios; IC95%, intervalo de confianza del 95%; IMC, índice de masa corporal. Un OR > 1 indica mayor probabilidad de preparación intestinal inadecuada y un OR < 1 indica menor probabilidad de preparación intestinal inadecuada.

Lun215

LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES COLORRECTALES Y SU ASOCIACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS E HISTOPATOLÓGICAS

N. Cervantes-Varela, J. I. Vinageras-Barroso, Hospital Español

Introducción: La localización anatómica de las lesiones colorrectales puede asociarse con diferencias endoscópicas e histopatológicas, incluidos el tipo histológico, el grado de displasia y la presencia de neoplasia avanzada. Describir estos patrones permite caracterizar la distribución de las lesiones según la localización en pacientes sometidos a colonoscopia.

Objetivo: Comparar las características endoscópicas e histopatológicas de las lesiones colorrectales según su localización en colon derecho (CD), colon izquierdo (CI) y recto.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico en pacientes con colonoscopia diagnóstica y terapéutica por antecedente de pólipos en el periodo enero-diciembre de 2025. Las lesiones se clasificaron de acuerdo con su localización. Se evaluaron características demográficas, endoscópicas e histopatológicas. Las variables cuantitativas se expresaron como media ± DE o mediana (RIQ), y las categóricas como frecuencias y porcentajes. La comparación entre grupos se realizó con pruebas paramétricas o no paramétricas según correspondiera, y las categóricas con x^2 o prueba exacta de Fisher. Las correlaciones se evaluaron mediante Spearman cuando las variables fueron codificadas ordinalmente y se estimó OR univariado con IC95%. Se consideró significativo un valor de p < 0,05.

Resultados: Se incluyó a 148 pacientes, con edad media de 67 ± 13 años y predominio de hombres (57,4%). La indicación más frecuente fue sangrado de tubo digestivo bajo o rectorragia (32,4%), seguimiento por pólipos (15,5%) y diarrea crónica (11,5%). Se evaluaron 242 lesiones y 28,4% presentó afectación multisegmentaria. La localización específica predominante fue colon sigmoides (18,1%), mientras que la localidad por segmento más frecuente fue colon derecho (45,5%). El tamaño más frecuente fue < 5 mm (23,6%). En la histopatología predominó el adenoma tubular (36,3%), seguido de pólipo hiperplásico (18,5%) y pólipo inflamatorio (12%). La displasia de bajo grado fue la más frecuente (37,1%), 7,3% desarrolló adenocarcinoma y 14,7% neoplasia avanzada. Al comparar por localización, no hubo diferencias en edad ni en tamaño. El número de lesiones fue mayor en CD (2 [1–3], vs. CI y recto, ambos con (1 [1–2], p = 0,048) (**Tabla 1**). En la evaluación histológica, el adenoma tubular fue más frecuente en CD [54 (49,1%)], seguido de CI [27 (30,3%)] y recto [9 (20,9%), p = 0,004]. El grado de displasia mostró diferencias entre grupos (p = 0,012). Con respecto a la gravedad de la displasia, la de bajo grado fue más frecuente en CD [52 (47,3%)], seguida de CI [30 (33,7%)] y recto [9 (20,9%), p = 0,012]. La displasia de alto grado DAG se documentó en 10 (9,1%), 6 (6,7%) y 3 (7%), respectivamente (p = 0,010). El adenocarcinoma fue más frecuente en recto [8 (18,6%)], seguido de CI [7 (7,9%)] y CD [4 (3,6%)] (p = 0,004). La neoplasia avanzada fue más frecuente en recto [13 (30,2%)], seguida de CI [13 (14,6%)] y CD [11 (10%)] (p = 0,004). Encontramos que la localización se correlacionó con DAG (r = 0,223, p < 0,001), adenocarcinoma (r = 0,144, p = 0,025) y neoplasia avanzada (r = 0,193, p = 0,023). La presencia de adenomas se correlacionó con localización (r = 0,181, p = 0,034), histología (r = 0,392, p < 0,001), grado de displasia (r = 0,326, p < 0,001) y DAG (r = 0,216, p = 0,011). En el análisis univariado, las lesiones adenomatosas se asociaron con mayor probabilidad de presentar DAG, en comparación con lesiones no adenomatosas (OR = 9,8; IC95%, 1,1–29,4; p = 0,011).

Conclusiones: La localización anatómica se asoció con diferencias en el número de lesiones, histología, grado de displasia, displasia de alto grado, adenocarcinoma y neoplasia avanzada. En esta muestra, el colon derecho concentró mayor número de lesiones y adenomas tubulares, mientras que el recto presentó mayor proporción de adenocarcinoma y neoplasia avanzada.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Comparación de lesiones colorrectales según la localización anatómica: colon derecho, colon izquierdo y recto. (**Lun215**)

Variable	Colon derecho n = 110	Colon izquierdo n = 89	Recto n = 43	Valor de p
Edad	68 ± 10,8	69 ± 12,3	65 ± 18,02	0,430
Número de lesiones	2 (1-3)	1 (1-2)	1 (1-2)	**0,048**
Tamaño				0,282
< 5 mm	33 (30%)	16 (18%)	10 (23,3%)	
5-9 mm	16 (14,5%)	7 (7,9%)	2 (4,7%)	
10-19 mm	2 (1,8%)	5 (5,6%)	2 (4,7%)	
> 20 mm	7 (6,4%)	6 (6,7%)	5 (11,5%)	
Histología				**0,004**
Adenoma tubular	54 (49,1%)	27 (30,3%)	9 (20,9%)	
Pólipo inflamatorio	14 (12,7%)	10 (11,2%)	5 (11,6%)	
Pólipo hiperplásico	13 (11,8%)	21 (23,6%)	8 (18,6%)	
Adenoma tubulovelloso	7 (6,4%)	8 (9%)	2 (4,7%)	
Grado de displasia				**0,012**
Sin displasia	21 (19,1%)	21 (23,6%)	10 (23,3%)	
Bajo grado	52 (47,3%)	30 (33,7%)	9 (20,9%)	
Alto grado	10 (9,1%)	6 (6,7%)	3 (7%)	
Displasia de alto grado (DAG)	10 (9,1%)	6 (6,7%)	3 (7%)	**0,010**
Adenocarcinoma	4 (3,6%)	7 (7,9%)	8 (18,6%)	**0,004**
Neoplasia avanzada	11 (10%)	13 (14,6%)	13 (30,2%)	**0,004**

Las variables cuantitativas se presentan como media ± desviación estándar o mediana con rango intercuartílico, según corresponda. Las variables categóricas se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes. El valor de p corresponde a la comparación global entre los tres grupos. DAG, displasia de alto grado; mm, milímetros.

Lun216

UTILIDAD DEL ASA FRÍA EN LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COMPLETA EN PÓLIPOS COLÓNICOS < 10 MM ADENOMATOSOS Y SERRADOS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD

R. T. Hernández-Rodríguez, J. Sánchez-Del-Monte, L. S. Lino-Silva, A. I. Hernández-Guerrero, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: A nivel internacional, el cáncer colorrectal (CCR) es el tercero más frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo. En México (ambos sexos, 2022) es el tercero en incidencia (16 082 casos; 7,8%) y la primera causa de muerte por cáncer (8 283 defunciones; 8,6%). Los pólipos diminutos (≤ 5 mm) y pequeños (6–9 mm) son la mayoría de los hallazgos; la polipectomía completa reduce el CCR de intervalo. Las guías contemporáneas favorecen técnicas "en frío" en < 10 mm. La calidad de la colonoscopia es esencial para el éxito del cribado del cáncer de colon. Una técnica de polipectomía inadecuada puede contribuir a la polipectomía incompleta.
Objetivo: Evaluar la eficacia de resección completa (endoscópica/histológica) y seguridad (efectos adversos inmediatos/tardíos) de la polipectomía con asa fría (CSP) en pólipos adenomatosos y serrados colorrectales diminutos (≤ 5 mm) y pequeños (6–9 mm) durante colonoscopía de tamizaje o vigilancia en un centro de alta especialidad.
Material y métodos: Este estudio fue retrospectivo, observacional y descriptivo (2019–2024), en un centro de alta especialidad, en pacientes con polipectomía con CSP para pólipos < 10 mm de tamaño. Se identificó un total de 1 097 pólipos resecados en ese periodo de los cuales se eliminaron aquellos que fueran ≥ 10 mm y resecados con técnica diferente a CSP, resultando una n = 318. Una vez completada la revisión de los pacientes con esta técnica de resección del pólipo endoscópica se evaluó patológicamente el margen de resección completa de 1 mm de polipectomía para evaluar la presencia de tejido polipoide residual.
Resultados: La calidad de la resección se evaluó en 318 pacientes con 176 pólipos ≤ 5 mm y 142 pólipos de 6-9 mm. La resección fue completa en el 91,2%, mientras que fue incompleta en 28 de los casos (8,8%). La complicación inmediata más frecuente fue presentación de sangrado y no se presentaron complicaciones tardías en el total de los casos estudiados (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características de los pólipos en pacientes sometidos a resección endoscópica con asa fría. (**Lun216**)

Características pólipos	General n (%)	Resección completa n (%)	Resección incompleta n (%)	Prueba de x^2 y valor de p
Localización				
Recto	32 (10,1)	29 (9,1)	3 (0,9)	
Sigmoides	51 (16,0)	47 (14,8)	4 (1,3)	
Descendente	69 (21,7)	62 (19,5)	7 (2,2)	
Transverso	75 (23,6)	68 (21,4)	7 (2,2)	$x^2 = 5,23$; p = 0,515
Ascendente	71 (22,3)	68 (21,4)	3 (0,9)	
Ciego	15 (4,7)	12 (3,8)	3 (0,9)	
Unión rectosigmoidea	5 (1,6)	4 (1,3)	1 (0,3)	
Total	318 (100,0)	290 (91,2)	28 (8,8)	
Tamaño				
Diminuto	176 (55,3)	159 (50,0)	17 (5,3)	$x^2 = 0,358$; p = 0,691
Pequeño	142 (44,7)	131 (41,2)	11 (3,5)	
Total	318 (100,0)	290 (91,2)	28 (8,8)	
Reporte histológico				
Adenoma tubular	310 (94,7)	282 (86,2)	28 (8,5)	$x^2 = 0,842$; p = 0,656
Serrado	8 (2,5)	8 (2,5)	0 (0,0)	
Total	318 (100,0)	290 (91,2)	28 (8,8)	

Fuente: formato de recolección de datos.

Conclusiones: Los pólipos resecados en forma incompleta (28 casos, 8,8%) fueron tubulares con riesgo mínimo a CCR, pero puede ser una causa de incremento de CCR de intervalo, y la tasa de resección completa no varió significativamente en función del tamaño del pólipo (≤ 5 mm vs. 6–9 mm), la clasificación morfológica de París, los criterios endoscópicos (NICE/JNET) o la localización de la lesión. El procedimiento exhibió un perfil de seguridad favorable, con una baja incidencia de eventos adversos inmediatos (1,3%), los cuales se limitaron a sangrado. En conjunto, estos resultados sugieren que la técnica es eficaz, segura y consistente a través de diferentes subgrupos de pólipos.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Lun217

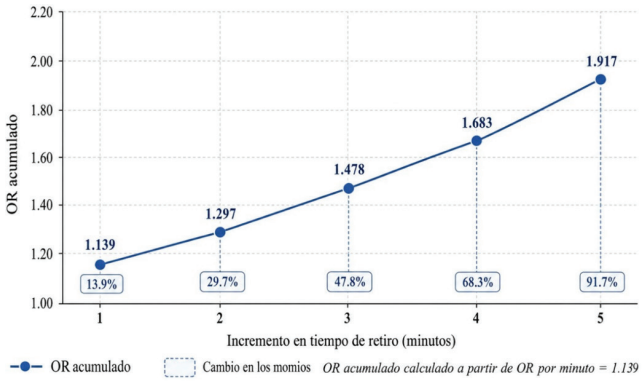
FACTORES ASOCIADOS CON UNA MAYOR DETECCIÓN DE ADENOMAS AVANZADOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES MEXICANOS SOMETIDOS A COLONOSCOPIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Espinoza-López, G. Bretón-Arroyo, Y. M. Velasco-Santiago, J. C. Silis-Cravioto, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La detección de adenomas constituye un indicador relevante de calidad en colonoscopia y puede estar influida por factores clínicos, demográficos y técnicos. Identificar las covariables relacionadas con una mayor detección permitiría optimizar la calidad de los procedimientos endoscópicos, mejorar el escrutinio y contribuir a prevenir el cáncer colorrectal.
Objetivo: Describir las características de una cohorte de pacientes sometidos a colonoscopia e identificar factores asociados con una mayor detección de pólipos, adenomas y adenomas avanzados.
Material y métodos: Estudio retrospectivo y analítico que incluyó 2 030 colonoscopias realizadas entre 2025 y 2026. Se efectuó estadística descriptiva y regresión logística multivariable. La detección de pólipos se definió como la identificación de al menos una lesión polipoide colorrectal, independientemente de su tamaño, morfología, localización o resultado histopatológico. La sospecha endoscópica de adenoma se definió como la identificación visual, por parte del endoscopista y durante la colonoscopia, de una lesión con patrones ópticos compatibles con adenoma mediante luz blanca de alta definición y cromoendoscopia, sin rasgos predominantes de lesión serrada ni de invasión submucosa. Se consideró adenoma avanzado aquel con tamaño ≥ 10 mm, displasia de alto grado o componente velloso/tubulovelloso. Los modelos se ajustaron por edad, sexo, diabetes, antecedente de cáncer, calidad de la preparación intestinal, intubación cecal y tiempo de retirada. Se reportaron *odds ratios* ajustados (ORa), intervalos de confianza del 95% (IC95%) y valores de p; se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05.
Resultados: Se analizaron 2 030 colonoscopias. La edad media fue de 55,3 ± 13,0 años y el 59,5% correspondió a mujeres. La mediana del tiempo de retirada fue de 15 minutos (RIC, 10–15). Las tasas de detección de pólipos, sospecha endoscópica de adenoma y adenoma avanzado fueron de 29,7%, 4,9% y 6,6%, respectivamente. En el modelo multivariable, la detección de pólipos se asoció con mayor edad (ORa por año, 1,017; IC95%, 1,009–1,025; p < 0,001), diabetes (ORa, 2,79; IC95%, 1,13–6,92; p = 0,026), preparación intestinal adecuada (ORa, 1,75; IC95%, 1,05–2,90; p = 0,031) y mayor tiempo de retirada (ORa por minuto, 1,076; IC95%, 1,051–1,101; p < 0,001). La sospecha endoscópica de adenoma se asoció con mayor edad (ORa por año, 1,022; IC95%, 1,004–1,040; p = 0,017), diabetes (ORa, 20,81; IC95%, 7,98–54,23; p < 0,001), intubación cecal (ORa, 2,90; IC95%, 1,86–4,53; p < 0,001) y mayor tiempo de retirada (ORa por minuto, 1,068; IC95%, 1,023–1,116; p = 0,003). La detección de adenoma avanzado se asoció con mayor edad (ORa por año, 1,026; IC95%, 1,010–1,041; p = 0,001), la intubación cecal (ORa, 1,61; IC95%, 1,11–2,33; p = 0,011) y el mayor tiempo de retirada (ORa por minuto, 1,139; IC95%, 1,098–1,182; p < 0,001). Un incremento de cinco minutos en el tiempo de retirada se relacionó con incrementos acumulados de 44,2%, 38,9% y 91,7% en los momios de detección de pólipos, sospecha endoscópica de adenoma y adenoma avanzado, respectivamente. En particular, cada minuto adicional incrementó en 13,9% los momios de detección de adenoma avanzado, hasta alcanzar un OR acumulado estimado de 1,917 con cinco minutos adicionales (**Figura 1**).
Conclusiones: El tiempo de salida fue el factor más consistentemente asociado con una mayor detección de pólipos, así como a una mayor sospecha

endoscópica de adenoma y a la detección de adenoma avanzado. La edad, la preparación adecuada y la intubación cecal también influyeron en el rendimiento diagnóstico. Los hallazgos respaldan una inspección cuidadosa y suficientemente prolongada durante el retiro del colonoscopio como indicador de calidad.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Incremento acumulado estimado del OR de detección de adenomas avanzados por minuto adicional de tiempo de retirada del colonoscopio. (**Lun217**)



Lun218

LINACLOTIDA COMO ADYUVANTE EN LA PREPARACIÓN INTESTINAL CON POLIETILENGLICOL PARA COLONOSCOPIA DE TAMIZAJE DE CARCINOMA COLORRECTAL

C. S. Tinitana-Jumbo, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, S. A. Gónzalez-Martínez, V. A. Lomelí-Morales, A. Jasso-Gómez, A. P. Escobedo-Zúñiga, M. I. Torres-Ruiz, R. Y. López-Pérez, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El objetivo de la colonoscopia de tamizaje de carcinoma colorrectal (t-CCR) es la detección de lesiones precursoras con el fin de disminuir la incidencia y mortalidad relacionadas con el CCR. La calidad de limpieza intestinal directamente condiciona la detección de lesiones precursoras de CCR. El esquema estándar de preparación con 4 litros de polietilenglicol (4L PEG) a dosis dividas permite una adecuada visualización mucosa; sin embargo, hasta 35% de pacientes no logra una adecuada limpieza intestinal debido a que el volumen de la preparación, sabor y síntomas durante la ingesta hacen que no logren cumplir con el esquema, lo cual condiciona el rendimiento de la colonoscopia. En estudios realizados en China se ha demostrado que la linaclotida como adyuvante en la preparación intestinal permite disminuir el volumen de polietilenglicol y mantener la calidad de limpieza intestinal a la vez que mejora la tolerancia.
Objetivo: Comparar la eficacia de un esquema de preparación intestinal a base de polietilenglicol + linaclotida frente al esquema estándar de polietilenglicol.
Material y métodos: Estudio prospectivo, piloto, comparativo y analítico realizado en pacientes sometidos a colonoscopia de t-CCR, en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Previa selección mediante criterios de inclusión y exclusión se aleatorizó a los sujetos a uno de tres grupos: grupo 1 (esquema estándar): 4L PEG, grupo 2 (primer esquema alternativo): 4L PEG + 2 L y grupo 3 (segundo esquema alternativo): 2L PEG + 2 L. Previa firma de consentimiento informado y mediante muestreo por conveniencia se procedió al estudio. Las variables cualitativas se expresan en porcentajes y las cuantitativas en media y desviación estándar. Para comparación entre grupos se utilizó un análisis tipo ANOVA. 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 incluyen los expedientes de 41 pacientes: grupo 1 (4L PEG) (n = 14), grupo 2 (4L PEG + 2L) (n = 13) y grupo 3 (2L PEG + 2L) (n = 14). La edad promedio de la población general se situó en los rangos de la mediana edad, sin diferencias demográficas significativas entre los grupos en cuanto a distribución por sexo o medidas antropométricas basales. La calidad de la preparación intestinal, evaluada por la escala de preparación intestinal de Boston, no mostró diferencia significativa entre los grupos (1: 7,93 ± 1,21, 2: 8,15 ± 1,21 y 3: 8,21 ± 0,97). La intubación cecal fue similar en los tres grupos (1: 92,85%, 2: 100% y 3: 100%). Al evaluar la tolerancia se observan valores de p en los acápites de náusea, distensión y dolor abdominal que favorecen al grupo 3 (p = 0,027, 0,0006 y 0,025, respectivamente) frente al grupo 1. Finalmente se evaluó la predisposición del paciente para recomendar el esquema de preparación y se evidenció una diferencia significativa que favorece a los grupos 2 y 3 frente al grupo 1; el mayor efecto se observó en el grupo 3 (**Tabla 1**).

Tabla 1. Eficacia de la linaclotida como adyuvante en la preparación intestinal para colonoscopia. (**Lun218**)

Parámetro	Grupo 1 (4LPEG) n = 14 (%)	Grupo 2 (4LPEG + 2L) n = 13 (%)	Grupo 3 (2LPEG + 2L) n = 14 (%)	p
Características demográficas				
Edad (años)	63,29 ± 6,17	52,31 ± 8,02	55,57 ± 6,57	
Sexo	H: 3, M: 11	H: 6, M: 7	H: 3, M: 11	
Peso (kg)	69 ± 13,70	73,96 ± 13,59	64,04 ± 8,11	
Talla (m)	1,59 ± 0,08	1,64 ± 0,10	1,58 ± 0,08	
IMC (kg/m²)	27,12 ± 5,02	27,56 ± 4,51	25,77 ± 2,93	
Calidad de limpieza intestinal				
Colon derecho	2,31	2,54	2,57	0,879
Colon transverso	2,69	2,77	2,71	
Colon izquierdo	2,77	2,85	2,93	
Boston total	7,93 ± 1,21	8,15 ± 1,21	8,21 ± 0,97	
Intubación cecal				
¿En cuántos casos se alcanzó el ciego?	13 (92,85)	13 (100)	14 (100)	0,491
Tolerancia y recomendación del esquema de preparación intestinal				
Náusea	11 (78,6)	6 (46,2)	4 (28,6)	***p* = 0,027**
Vómito	2 (14,3)	1 (7,7)	0 (0,0)	*p* = 0,348
Distensión abdominal	13 (92,9)	6 (46,2)	3 (21,4)	***p* = 0,0006**
Dolor abdominal	9 (64,3)	5 (38,5)	2 (14,3)	***p* = 0,025**
¿Lo recomendaría? (Sí)	5 (35,7)	12 (92,3)	13 (92,9)	***p* = 0,0005**

Conclusiones: Los esquemas alternativos con linaclotida frente al estándar de polietilenglicol ofrecen similar calidad de limpieza intestinal; sin embargo, la tolerancia en los esquemas con linaclotida muestra resultados significativamente mayores al esquema estándar con PEG; específicamente, el esquema 2L PEG + 2 L es mejor tolerado y ello abre la posibilidad de una nueva indicación de la linaclotida como potencial agente adyuvante para disminuir el volumen de PEG en la preparación y mejorar el apego por su mayor tolerancia. Es necesario planificar estudios clínicos en el medio a fin de evaluar esta potencial utilidad de la linaclotida.
Financiamiento: No se contó con financiamiento para este estudio.

Lun219

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA COLONOSCOPIA Y LAS BIOPSIAS COLÓNICAS EN PACIENTES CON DIARREA CRÓNICA

G. A. Rodríguez-Bravo, A. Sandez-Araiza, N. Romero-Salinas, M. S. González-Huezo, Centro Médico, Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios ISSEMyM, Toluca

Introducción: La diarrea crónica es un motivo frecuente de evaluación gastroenterológica y puede corresponder a trastornos funcionales o enfermedades

orgánicas. La colonoscopia con ileoscopia y biopsias permite identificar enfermedad inflamatoria intestinal, colitis microscópica, neoplasias y alteraciones histológicas aun cuando la mucosa tenga apariencia normal.
Objetivo: Evaluar los hallazgos endoscópicos e histopatológicos y el rendimiento adicional de las biopsias colónicas en pacientes sometidos a colonoscopia por diarrea crónica, particularmente cuando la mucosa fue macroscópicamente normal.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de colonoscopias realizadas por diarrea crónica entre 2021 y 2026. Se analizaron edad, sexo, hallazgos endoscópicos y resultados histopatológicos. Los reportes se clasificaron en colonoscopia normal o anormal y en hallazgos histológicos específicos, inespecíficos o sin alteraciones significativas.
Resultados: Se analizaron 218 colonoscopias; la edad media fue de 57,2 ± 13,3 años y 147/218 (67,7%) fueron mujeres. Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron enfermedad hemorroidal en 90 (41,3%), divertículos en 56 (25,7%), pólipos en 53 (24,3%), ileítis en 22 (10,1%) y colopatía inflamatoria en 20 (9,2%). Diecinueve estudios (8,7%) se describieron sin hallazgos y se obtuvieron biopsias colónicas en 185/218 procedimientos (84,9%). La histopatología mostró colitis o inflamación inespecífica en 141 (64,7%), colitis focal activa en 12 (5,5%), enfermedad inflamatoria intestinal en 9 (4,1%), colitis microscópica en 4 (1,8%) y adenoma/displasia en 4 (1,8%). De las 19 colonoscopias normales, 15 tuvieron biopsia y 14/15 (93,3%) mostraron alguna alteración histológica; sin embargo, sólo 1/15 estableció un diagnóstico etiológico específico, por lo que el rendimiento diagnóstico adicional de las biopsias en mucosa macroscópicamente normal fue de 6,7% (**Tabla 1**).

Tabla 1. (**Lun219**)

Indicador clínico	n/N	%	Interpretación
Colonoscopia			
Colonoscopia macroscópicamente normal	19/218	8,7	Sin lesión visible
Biopsia colónica realizada	185/218	84,9	Cobertura histológica global
Histopatología específica			
Enfermedad inflamatoria intestinal	9/218	4,1	Diagnóstico orgánico específico
Colitis microscópica	4/218	1,8	Puede cursar con mucosa normal
Adenoma/displasia	4/218	1,8	Hallazgo neoplásico
Otros hallazgos específicos*	4/218	1,8	Eosinofílico o granulomatoso
Rendimiento en mucosa normal			
Colonoscopia normal con biopsias	15/19	78,9	Subgrupo evaluable
Cualquier alteración histológica	14/15	93,3	Predominantemente inespecífica
Diagnóstico etiológico específico	**1/15**	**6,7**	**Rendimiento diagnóstico adicional**

*Incluye inflamación eosinofílica (n = 2) y granulomatosa (n = 2). El rendimiento diagnóstico adicional se definió como la proporción de biopsias con diagnóstico etiológico específico entre las colonoscopias macroscópicamente normales biopsiadas

Conclusiones: La mayoría de las colonoscopias realizadas por diarrea crónica presentó hallazgos macroscópicos, aunque con frecuencia fueron lesiones no necesariamente causales. Las biopsias detectaron cambios histológicos en casi todos los estudios macroscópicamente normales; sin embargo, estos fueron predominantemente inespecíficos y el rendimiento para establecer una etiología específica fue bajo. Estos resultados respaldan la toma de biopsias ante mucosa normal, pero subrayan la necesidad de interpretar la inflamación inespecífica dentro del contexto clínico y de estudios complementarios.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun220

CORRELACIÓN CLÍNICA, ENDOSCÓPICA E HISTOPATOLÓGICA DE LAS ALTERACIONES DEL ÍLEON TERMINAL: UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

O. D. Castro-Rodríguez, M. S. Cuevas-Maldonado, R. Plomozo-Román, M. González-Villareal, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: La evaluación del íleon terminal en los últimos años es un paso fundamental en la colonoscopia de calidad. Sin embargo, la concordancia entre los síntomas clínicos del paciente y los hallazgos macroscópicos descritos por el endoscopista no siempre predicen el reporte histopatológico (RHP), ya que éste es todavía un reto diagnóstico en la práctica clínica diaria.
Objetivo: Determinar la correlación existente entre las manifestaciones clínicas, los hallazgos endoscópicos del íleon terminal y el diagnóstico histopatológico en pacientes sometidos a colonoscopia con toma de biopsias ileales.
Material y métodos: Estudio transversal, retrospectivo y analítico. Se analizó a los pacientes objeto de colonoscopia con toma de biopsias ileal, además de contar con reporte histopatológico y expediente clínico completo en un periodo de tiempo del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025. Se analizó a 452 pacientes de los cuales se eliminó a aquellos que no tuvieran el expediente completo, así como el RHP; de la misma forma, se excluyó a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal ya conocida. Las variables clínicas recabadas incluyeron síntomas como distensión abdominal, dolor, cambios fluctuantes del patrón evacuatorio, diarrea crónica, además de factores de riesgo como el uso de AINE. Los hallazgos endoscópicos evaluados fueron: íleon normal, atrofia, eritema e ileítis ulcerativa. El reporte histopatológico se categorizó en concluyente, ileítis linfoplasmocitaria e ileítis eosinofílica. Se realizó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar) y estadística inferencial mediante la prueba exacta de Fisher, tras calcular la razón de momios (OR). Se consideró significancia estadística un valor $p \leq 0,05$ y tendencia un valor $p \leq 0,10$.
Resultados: Se incluyó a 78 pacientes con una edad media de 45,7 ± 15,5 años y el 62,8% (n = 49) correspondió a mujeres. Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal (38,5%) y diarrea crónica (37,2%). Endoscópicamente, el 43,6% presentó atrofia mucosa, 41% ileítis ulcerativa y el 20,5% un íleon normal. Tras la toma de biopsias, sólo el 25,6% (n = 20) obtuvo un RHP estrictamente concluyente. El consumo de AINE redujo la probabilidad de encontrar un íleon normal (OR 0,10, p = 0,06) y aumentó el riesgo de presentar ileítis ulcerativa endoscópica (OR, 3,05, p = 0,07). En la correlación clínico-patológica, los pacientes con constipación mostraron 9,25 veces mayor probabilidad de presentar un RHP de ileítis linfoplasmocitaria (OR, 9,25, p = 0,05). Asimismo, referir cambios en el hábito intestinal mostró una sólida tendencia de asociación con el diagnóstico de ileítis eosinofílica (OR, 29,8, p = 0,07). Destaca que los hallazgos endoscópicos aislados (atrofia o ulceración) no mostraron una correlación estadísticamente significativa con la obtención de un RHP concluyente ($p > 0,40$) (**Tabla 1**).
Conclusiones: Existe una correlación estadística relevante entre el uso de AINE y la constipación con hallazgos endoscópicos, especialmente en la presencia de úlceras y diagnósticos histopatológicos específicos (ileítis linfoplasmocitaria). Sin embargo, la mera presencia de alteraciones endoscópicas en el íleon no garantiza un reporte histopatológico concluyente, lo que muestra la importancia de realizar una correlación clínica-endoscópica-patológica de forma integral.
Financiamiento: No se recibió financiamiento parcial o total por ninguna institución.

Lun221

ASOCIACIÓN ENTRE LA COLECISTECTOMÍA Y LA DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA DE LAS LESIONES COLORRECTALES: ESTUDIO TRANSVERSAL

R. Plomozo-Román, M. S. Cuevas-Maldonado, O. D. Castro-Rodríguez, M. González-Villarreal, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Tabla 1. Asociación entre variables. (**Lun220**)

Variable predictora	Íleon normal OR (p)	Atrofia mucosa OR (p)	Ileítis ulcerativa OR (p)	RHP concluyente OR (p)	RHP linfoplas-mocitaria OR (p)	RHP eosinofílica OR (p)
Variables clínicas						
Distensión abdominal	0,53 (0,38)	1,67 (0,34)	1,59 (0,34)	1,19 (0,79)	0,76 (0,78)	2,94 (0,55)
Dolor abdominal	0,50 (0,26)	1,51 (0,48)	1,45 (0,48)	1,10 (1,00)	1,07 (1,00)	0,21 (0,28)
Diarrea crónica	1,42 (0,57)	1,35 (0,63)	1,03 (1,00)	0,50 (0,28)	1,82 (0,29)	0,23 (0,29)
Cambios de hábito int.	0,73 (1,00)	0,25 (0,50)	7,62 (0,16)	2,95 (0,44)	0,32 (0,43)	**29,8 (0,07)***
Constipación	0,14 (0,10)	0,74 (0,74)	1,85 (0,34)	**0,10 (0,05)***	**9,25 (0,05)***	0,80 (1,00)
Pérdida de peso	1,92 (0,41)	0,87 (1,00)	0,98 (1,00)	1,37 (0,71)	0,67 (0,69)	4,20 (0,34)
Uso de AINE	**0,10 (0,06)***	1,90 (0,37)	**3,05 (0,07)***	2,66 (0,17)	0,50 (0,31)	0,61 (1,00)
Variables endoscópicas						
Íleon normal	—	—	—	0,67 (0,74)	1,37 (0,74)	0,52 (1,00)
Atrofia mucosa	—	—	—	0,83 (0,79)	1,07 (1,00)	0,76 (1,00)
Ileítis ulcerativa	—	—	—	1,62 (0,43)	0,71 (0,59)	2,49 (0,56)

OR, razón de momios (*odds ratio*); RHP, reporte histopatológico. El análisis de significancia estadística se realizó mediante la prueba exacta de Fisher. *Hallazgos con tendencia a la significancia estadística (p ≤ 0,10).

Introducción: La colecistectomía produce un flujo continuo de ácidos biliares al colon, donde la microbiota los transforma en compuestos secundarios citotóxicos y proinflamatorios. Aunque algunos metaanálisis recientes respaldan un incremento del 39% del riesgo global de pólipos colónicos (OR = 1,39) y adenomas (OR = 1,37), persisten vacíos de información respecto de la distribución segmentaria, histología (adenomas vs. pólipos serrados) y tamaño de las lesiones.
Objetivo: Determinar la asociación entre el antecedente de colecistectomía y la localización anatómica, histología y tamaño de las lesiones colorrectales detectadas por colonoscopia.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal que incluyó a pacientes sometidos a colonoscopia de tamizaje entre diciembre de 2025 y mayo de 2026 en el noroeste de México. Se recabaron datos sociodemográficos, clínicos y endoscópicos de los pacientes. Para determinar la asociación entre colecistectomía y lesiones colorrectales premalignas se realizó un análisis de regresión logística, en el cual se ajustó la presencia de diferentes tipos de lesiones a factores de riesgo como índice de masa corporal, tabaquismo y sexo. Las variables continuas se compararon con t de Student o U de Mann-Whitney, según su distribución y cedasticidad.
Resultados: Se incluyó a 121 pacientes, de los cuales 29 (24,0%) tenían antecedente de colecistectomía. En comparación con los pacientes sin colecistectomía, aquéllos con antecedente de colecistectomía presentaron una mayor frecuencia de lesiones en colon descendente y sigmoides (34,5% vs. 16,3%; p = 0,035) y de adenomas ≥ 10 mm (20,7% vs. 3,3%; p = 0,002). No se identificaron diferencias en la detección global de pólipos, adenomas, pólipos serrados ni en la localización de lesiones en otros segmentos del colon (p > 0,05). En el análisis multivariado ajustado por sexo, índice de masa corporal y tabaquismo, la colecistectomía se asoció de manera independiente con la presencia de lesiones en colon descendente y sigmoides (OR ajustado, 2,67; IC95% 1,01–7,03; p = 0,047).
Conclusiones: La colecistectomía se asoció con una mayor frecuencia de adenomas en colon descendente y sigmoides, así como tamaño ≥ 10 mm, sin incrementar la detección global de pólipos serrados proximales o adenomas. Estos hallazgos sugieren un patrón diferencial de presentación de las lesiones colorrectales tras la colecistectomía.
Financiamiento: Este trabajo no cuenta con ningún tipo de financiamiento externo.

Lun222

LESIONES SERRADAS SÉSILES, PERO NO SOLITARIAS: DOS SON MEJOR QUE UNA

M. González-Villarreal, O. D. Castro-Rodríguez, R. Plomozo-Román, M. S. Cuevas-Maldonado, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: En los últimos años, el reconocimiento de los pólipos serrados ha adquirido mayor relevancia debido a su asociación con un mayor riesgo de neoplasia colorrectal y a las dificultades para su detección durante la colonoscopia. La presencia de múltiples pólipos serrados puede reflejar un mayor riesgo de lesiones avanzadas o incluso corresponder a entidades como el síndrome de poliposis serrada. Sin embargo, la información acerca de las características clínicas y endoscópicas de estos pacientes en la población mexicana aún es limitada. Describir el perfil de los pacientes con múltiples pólipos serrados puede contribuir a mejorar las estrategias de vigilancia endoscópica y la identificación oportuna de individuos con mayor riesgo de cáncer colorrectal.
Objetivo: Describir las características clínicas y endoscópicas de los pacientes con más de un pólipo serrado diagnosticados mediante colonoscopia en un centro regional de enfermedades gastrointestinales en el noroeste de México.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en pacientes sometidos a colonoscopia por indicación médica, entre junio y agosto de 2024, en un centro regional de enfermedades gastrointestinales del noroeste de México. Se incluyó a pacientes con diagnóstico histopatológico concluyente de lesión serrada. Se recopilaron variables sociodemográficas, clínicas y endoscópicas, incluidos edad, sexo, antecedentes patológicos, número, tamaño y localización de las lesiones.
Los pacientes se clasificaron en dos grupos de acuerdo con el número de lesiones serradas: ≥ 2 lesiones serradas y < 2 lesiones serradas. Se realizó un análisis comparativo entre ambos grupos. Las variables categóricas se analizaron mediante las pruebas x^2 o exacta de Fisher, según correspondiera. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartílico), de acuerdo con su distribución, y se compararon mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05.
Resultados: Se evaluó a 85 pacientes, de los cuales 35 presentaron al menos una lesión serrada confirmada por histopatología. Del total de pacientes con lesiones serradas, 60% correspondió al sexo femenino y la edad media fue de 58,2 ± 13,3 años. No se observaron diferencias significativas en la frecuencia de lesiones serradas de acuerdo con el sexo, la edad o los antecedentes patológicos.
Al comparar a los pacientes con ≥ 2 lesiones serradas frente a aquéllos con < 2 lesiones serradas, se encontró una mayor frecuencia de afectación del colon derecho en el primer grupo (100% vs. 81%; p = 0,048). Asimismo, las lesiones serradas tendieron a ser de mayor tamaño en los pacientes con ≥ 2 lesiones (mediana de 10 mm [RIC: 7–14] vs. 6,5 mm [RIC: 4,75–9,25]; p = 0,19), aunque esta diferencia no alcanzó significancia estadística.
Conclusiones: Las lesiones serradas se presentan con frecuencia como lesiones múltiples, particularmente en el colon derecho. En este estudio, los pacientes con múltiples lesiones serradas mostraron una mayor frecuencia de afectación del colon derecho y una tendencia a presentar lesiones de mayor tamaño en comparación con aquéllos con una sola lesión.
La identificación de una lesión serrada en el colon derecho debe obligar a una búsqueda endoscópica exhaustiva de lesiones sincrónicas en ese segmento.

Estos hallazgos resaltan la importancia de una evaluación colonoscópica meticulosa y de la implementación de estrategias de vigilancia individualizadas en pacientes con lesiones serradas.
Financiamiento: Este trabajo no cuenta con ningún tipo de financiamiento externo.

Lun223

ASOCIACIÓN ENTRE DIVERTICULOSIS Y LESIONES PREMALIGNAS COLORRECTALES EN PACIENTES CON COLONOSCOPIA REALIZADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. A. Lozano-Moreno, R. H. Raña-Garibay, A. M. C. Rousselin-Jaboulay-Cubillos, C. I. Madinaveitia-Sánchez, L. Romero-Juárez, M. Téllez-Orozco, J. I. Vinageras-Barroso, Hospital Español

Introducción: La diverticulosis colónica y las lesiones premalignas colorrectales son entidades frecuentes en la práctica gastroenterológica. El cáncer colorrectal se origina con frecuencia a partir de lesiones precursoras detectables y resecables mediante colonoscopia. La diverticulosis colónica es un hallazgo común, cuya prevalencia aumenta con la edad, y comparte con las lesiones premalignas factores como envejecimiento, obesidad, tabaquismo, inflamación crónica y alteraciones de la microbiota. Aunque diversos estudios han sugerido una posible asociación entre ambas, la evidencia disponible es todavía controversial, particularmente en la población mexicana.
Objetivo: Determinar la asociación entre diverticulosis y lesiones premalignas colorrectales en pacientes atendidos en el Hospital Español de la Ciudad de México.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y retrolectivo mediante revisión de expedientes clínicos, reportes endoscópicos y resultados histopatológicos de pacientes sometidos a colonoscopía entre enero de 2021 y mayo de 2026. Se incluyó a 82 pacientes: con diverticulosis colónica (n = 41) y sin diverticulosis colónica (n = 41), mediante muestreo no probabilístico, no aleatorizado y por casos consecutivos. Se registraron variables sociodemográficas, antecedentes clínicos y características endoscópicas e histopatológicas. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, y las cualitativas como frecuencias y porcentajes. Para la comparación entre grupos se utilizaron x^2 o prueba exacta de Fisher y t de Student o U de Mann-Whitney. La asociación se evaluó mediante razón de momios con intervalo de confianza del 95%; se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Los pacientes con diverticulosis tuvieron mayor edad que aquéllos sin diverticulosis (71,2 ± 11 vs. 64 ± 16 años; p = 0,004). El sangrado gastrointestinal fue la indicación más frecuente de colonoscopia (36,6% vs. 31,7%), seguido de cambios en los hábitos intestinales (22,0% vs. 39,0%), sin diferencias globales entre grupos (p = 0,053). Se identificaron lesiones premalignas en 20 pacientes con diverticulosis (48,7%) y en 15 sin diverticulosis (36,5%). Aunque la frecuencia fue mayor en el primer grupo, la asociación no fue significativa (OR = 1,6; IC95%, 0,6-3,9; p = 0,264). Después del ajuste por edad y sexo, la diverticulosis no se asoció independientemente con lesiones premalignas (OR ajustado = 1,34; IC95%, 0,52-3,48; p = 0,548); tampoco la edad ni el sexo masculino mostraron asociación significativa. El número de lesiones por paciente fue similar, con mediana de 1 (rango intercuartílico 1-2; p = 0,961), al igual que su tamaño, con mediana de 3 mm en ambos grupos (p = 0,458). El adenoma tubular fue el hallazgo histológico más frecuente (29,3% vs. 19,5%), seguido del pólipo hiperplásico (14,6% vs. 9,8%); no hubo diferencias en la distribución histológica (p = 0,347) ni anatómica (p = 0,173). En los pacientes con diverticulosis, las localizaciones predominantes fueron pancolónica y descendente-sigmoidea (36,6% cada una).
Conclusiones: No se encontró una asociación independiente entre la diverticulosis colónica y las lesiones premalignas colorrectales en la población estudiada. Aunque se observó una mayor frecuencia de lesiones en los pacientes con diverticulosis, esta diferencia no fue estadísticamente significativa y no persistió tras el ajuste por edad y sexo. Estos resultados aportan evidencia en población mexicana y contribuyen a la comprensión de una asociación que aún es motivo de investigación. Estudios prospectivos, multicéntricos y con mayor tamaño de muestra permitirán establecer con mayor certeza la naturaleza de esta relación.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**153-158

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres en cartel

Lunes 23 de noviembre de 2026

VÍAS BILIARES

Lun224

IMPACTO DEL DIVERTÍCULO PERIAMPULAR EN LOS DESENLACES TÉCNICOS Y TERAPÉUTICOS DE LA CPRE EN PACIENTES CON PAPILA NATIVA Y COLEDOCOLITIASIS

L. A. González-Torres, Y. A. Jiménez-Celis, J. García-Uribe, A. Gaxiola-Castro, D. A. Aguilar-Avilés, H. J. Maldonado-Garza, A. A. Garza-Galindo, J. A. González-González, J. O. Jáquez-Quintana, Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL

Introducción: El divertículo periampular (DPA) es un hallazgo frecuente en pacientes con coledocolitiasis y se ha relacionado con alteraciones anatómicas y funcionales de la región periampular, aunque diversos estudios han evaluado su efecto en la canulación y las complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto del DPA en los desenlaces técnicos y terapéuticos de la CPRE en pacientes con papila nativa y coledocolitiasis.
Objetivo: Evaluar si la presencia de DPA afecta la CPRE desde la perspectiva técnica y terapéutica.
Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a pacientes adultos sometidos a CPRE con papila nativa y diagnosticados con coledocolitiasis, entre agosto de 2018 y noviembre de 2023. Se comparó a pacientes con y sin DPA. Los DPA se estratificaron según la clasificación de Boix. Se recopilaron variables demográficas, la indicación del procedimiento, hallazgos endoscópicos y colangiográficos, así como los desenlaces técnicos intraprocedimiento. Se realizó un análisis bivariado para comparar ambos grupos y una regresión logística multivariable para identificar asociaciones independientes. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 458 pacientes; 52 (11,4%) tuvieron DPA y de éstos 6 (11,5%) fueron Boix I, 30 (57,5%) Boix II y 16 (30,8%) Boix III; 195 (42,6%) presentaron papilas tipo I, 67 (14,6%) tipo II, 163 (35,6%) tipo III, 26 (5,7%) tipo IV y 7 pacientes presentaron papilas con infiltración tumoral; 138 (30,1%) tuvieron una canulación difícil, a 114 (24,9%) se les colocó prótesis, a 38 (8,3%) se les realizó litotripsia, 28 (6,1%) fueron objeto de esfinterotomía de precorte, 25 (5,5%) se sometieron a esfinteroplastia, 9 (2%) a infundibulotomía y sólo 2 (0,4%) a colangioscopia. La mediana de los litos encontrados y del tamaño del colédoco, en milímetros, fue de 1 (1-2) y 11,5 (9,3-14,7), respectivamente. La mediana de la dosis de radiación y del tiempo de fluoroscopia fue de 19,3 (9,6-33,6) mGy y 2,4 (1,5-4,3) minutos, respectivamente. Los pacientes con DPA fueron mayores ($p < 0,0001$) y presentaron una mayor incidencia de esfinteroplastia [OR 3,35 (1,32-8,46), $p = 0,007$] y un mayor diámetro del colédoco (**Tabla 1**). Los pacientes con DPA tipo I no presentaron diferencias significativas respecto del resto de la cohorte en los desenlaces técnicos evaluados. Los DPA tipo II se asociaron con mayor riesgo de canulación difícil (OR 2,48; IC95%, 1,17-5,22; $p = 0,014$), principalmente por una

Tabla 1. Comparación entre pacientes con y sin divertículo periampular. **(Lun224)**

	Pacientes sin DPA n = 406	Pacientes con DPA n = 52	p
Características de la población			
Sexo (mujeres)	288 (70,9%)	34 (65,4%)	0,423
Edad (años)	40 (27-62)	72 (64-78)	< 0,001
DM2	8 (2%)	3 (5,9%)	0,09
HTA	15 (3,7%)	5 (9,6%)	0,064
Colecistectomía previa	65 (16%)	8 (15,4%)	1
Pancreatitis	31 (7,7%)	4 (7,7%)	1
Aspectos técnicos y hallazgos intraprocedimiento			
Canulación difícil	117 (28,8%)	21 (40,4%)	0,087
Esfinteroplastia	18 (4,4%)	7 (13,5%)	0,007
Litotripsia	32 (7,9%)	6 (11,5%)	0,36
Colocación de prótesis	96 (23,6%)	18 (34,6%)	0,085
Colangioscopia	1 (0,2%)	1 (1,9%)	0,084
Precorte	24 (5,9%)	4 (7,7%)	0,61
Infundibolotomía	7 (1,7%)	2 (3,8%)	0,27
Tiempo de fluroscopia (min)	2,33 (1,5-4,14)	3,25 (2,1-5,49)	0,066
Dosis de radiación (mGy)	18,7 (9,33-32,3)	22,8 (13,2-44,8)	0,165
Diámetro de colédoco (mm)	11,1 (9,25-13,8)	13,65 (11-15,75)	< 0,0001
Número de litos	1 (1-2)	1 (1-2)	0,603

La tabla muestra la diferencia en cuanto a los aspectos técnicos y terapéuticos de la CPRE tras considerar la presencia de divertículos periampulares.

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

mayor frecuencia de tiempo de canulación > 5 minutos (OR, 3,2; IC95%, 1,21–8,41; p = 0,013); y con mayor necesidad de esfinteroplastia (OR, 5,38; IC95%, 1,96–14,77; p < 0,001), mayor tiempo de fluoroscopia [3,89 min (RIC, 2,7–5,5); p = 0,008], mayor dosis de radiación [26,1 mGy (RIC: 16–46,3); p = 0,033] y mayor diámetro del colédoco [15 mm (RIC, 12,4–17,6); p < 0,0001]. Los pacientes con DPA tipo III se asociaron con la colocación de prótesis durante el procedimiento (OR, 3,17; IC95%, 1,16–8,65; p = 0,018).
Una papila tipo 4 (OR, 4,15; IC95%, 1,18–14,55; p = 0,026), DPA tipo II (OR, 2,89; IC95%, 1,01–8,3; p = 0,047) y una mayor edad (OR, 1,05 por cada año; IC95%, 1,02–1,07; p < 0,001) se asociaron de manera independiente con una mayor probabilidad de requerir esfinteroplastia durante la CPRE.
Conclusiones: El DPA tipo II parece ser un marcador de una mayor carga de enfermedad biliar más que de dificultad de acceso. La dilatación del colédoco respalda la hipótesis de estasis biliar y litogénesis, lo que podría explicar la mayor necesidad de esfinteroplastia.
Financiamiento: Ninguno.

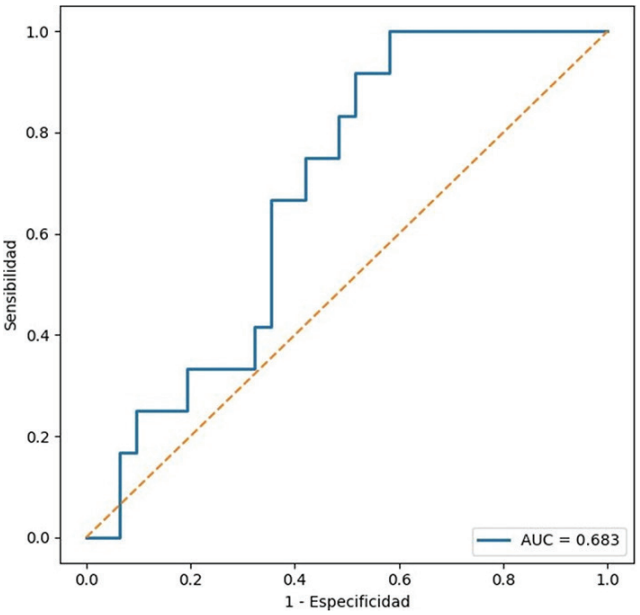
Lun225

CAMBIOS DINÁMICOS DE LA BILIRRUBINA TOTAL COMO PREDICTOR DE CPRE NEGATIVA EN PACIENTES CON ALTO RIESGO DE COLEDOCOLITIASIS

J. M. Millán-Alanís, J. O. Jáquez-Quintana, L. A. González-Torres, J. A. González-González, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: Hasta el 30% de los pacientes clasificados con riesgo alto de coledocolitiasis por medio de criterios no invasivos puede no presentar coledocolitiasis durante la CPRE. Es necesario identificar estrategias clínicas predictoras que permitan reducir este escenario.
Objetivo: Determinar la utilidad diagnóstica de los cambios dinámicos de la bilirrubina total como predictor de la ausencia de coledocolitiasis durante la CPRE.
Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en el Hospital Universitario Dr. José E. González con una cohorte de pacientes del 2020 al 2025. Se incluyó a pacientes con alto riesgo de coledocolitiasis según los criterios de la ASGE 2019 sometidos posteriormente a CPRE. Se registraron los valores iniciales de bilirrubina total (valor basal) y la última determinación anterior a la CPRE, tras calcular el cambio porcentual (fórmula = [valor pre-CPRE – valor basal/ valor basal]*100). La presencia o ausencia de coledocolitiasis se determinó con base en los hallazgos de la CPRE. También se compararon los cambios dinámicos en la bioquímica hepática entre los pacientes con y sin coledocolitiasis y se evaluó el rendimiento diagnóstico mediante curvas ROC.
Resultados: Se incluyó a 44 pacientes con alto riesgo de coledocolitiasis sometidos a CPRE, de los cuales 12 (27,2%) presentaron ausencia de coledocolitiasis durante el procedimiento. La mediana de edad fue de 39 años (RIC, 25,5–57) con un predominio del sexo femenino (62,8%). Ningún participante presentó colangitis. La mediana del tiempo transcurrido entre el ingreso y la CPRE fue de 8 días (RIC, 5 - 9). Los pacientes con CPRE negativa mostraron una mayor disminución porcentual de la bilirrubina total respecto del valor basal que aquéllos con coledocolitiasis persistente ($\bar{X}$ −60,2% [RIC, −73,5 a −45,6] vs. $\bar{X}$ −26,7% [RIC, −65,2 a 2,3]; p = 0,049). El tiempo transcurrido del momento del ingreso a la CPRE no se asoció con los cambios porcentuales en la bilirrubina total (Spearman: 0,08; p = 0,604).
El análisis mediante curva ROC mostró un área bajo la curva modesta de 0,683 (IC95%; p = 0,025) (**Figura 1**). Un descenso ≥ 77,6% (índice J: 0,11) de la BT respecto de la basal mostró una alta especificidad de 90,3%, aunque con baja sensibilidad (25,0%), con valor predictivo positivo de 50,0% y valor predictivo negativo de 75,7%. No se observaron asociaciones significativas entre los cambios de AST, ALT o fosfatasa alcalina y la presencia de coledocolitiasis.
Conclusiones: En pacientes con alto riesgo de coledocolitiasis, una disminución marcada de la bilirrubina total antes de la CPRE se asoció con la ausencia de coledocolitiasis durante el procedimiento. Debido a su alta especificidad y baja sensibilidad, este hallazgo podría identificar a un subgrupo de pacientes con riesgo alto de coledocolitasisis que se beneficiarían de realizar una colangiorresonancia como una estrategia de reevaluación antes de la CPRE.
Financiamiento: Recursos internos del Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Universitario Dr. José E. González.

Figura 1. Curva operador-receptor (ROC) con área bajo la curva (AUC) para el porcentaje de disminución de bilirrubina total. (**Lun225**)



Lun226

PREDICTORES DE ACLARAMIENTO ESPONTÁNEO DE LA COLEDOCOLITIASIS ÚNICA PREVIO A LA CPRE

J. M. Millán-Alanís, J. O. Jáquez-Quintana, L. A. González-Torres, J. A. González-González, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La coledocolitiasis puede resolverse espontáneamente antes de la realización de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en una proporción de pacientes, lo que puede conducir a procedimientos innecesarios, incrementar el riesgo de efectos adversos y aumentar los costos de atención. La identificación de factores asociados con el aclaramiento espontáneo del lito permitiría optimizar la selección de pacientes candidatos a CPRE.
Objetivo: Determinar las variables clínicas e imagenológicas asociadas con el aclaramiento espontáneo del lito en pacientes con coledocolitiasis única programados para CPRE terapéutica.
Material y métodos: Estudio retrospectivo comparativo realizado en una cohorte de pacientes internados en un hospital de referencia del noreste de México entre 2020 y 2025. Se incluyó a pacientes adultos con coledocolitiasis única confirmada mediante colangiorresonancia magnética (CRM) sometidos posteriormente a CPRE terapéutica. Se recopilaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, imagenológicas y relacionadas con el procedimiento. El aclaramiento espontáneo se definió como la ausencia de coledocolitiasis durante la CPRE. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar las variables asociadas con este desenlace.
Resultados: Se incluyó a 72 pacientes, de los cuales 20 (27,8%) presentaron aclaramiento espontáneo de la coledocolitiasis. En comparación con aquéllos con persistencia del lito, los pacientes con aclaramiento espontáneo fueron significativamente más jóvenes (mediana de 22,5 vs. 39,5 años; p = 0,003), presentaron litos de menor tamaño (mediana de 4 vs. 5,5 mm; p = 0,01) y mostraron una tendencia hacia un mayor intervalo entre la CRM y la CPRE (mediana de 126 vs. 86,6 horas; p = 0,06). No se observaron diferencias significativas en cuanto al sexo, antecedente de pancreatitis, localización del lito ni en los cambios dinámicos de las pruebas de función hepática.
En el análisis multivariado, cada año adicional de edad se asoció con una reducción del 5% en la probabilidad de aclaramiento espontáneo (OR, 0,95; IC95%, 0,91–0,98; p = 0,008). Asimismo, por cada 24 horas adicionales transcurridas desde la CRM, la probabilidad de aclaramiento espontáneo aumentó un 24% (OR, 1,24; IC95%, 1,00–1,48; p = 0,04). De igual forma, cada incremento de 1 mm en el diámetro del lito se asoció con una reducción del 29%

de la probabilidad de aclaramiento espontáneo (OR, 0,71; IC95%, 0,48–0,95; p = 0,043).
Al dicotomizar el tamaño del lito, los pacientes con litos ≤ 4 mm presentaron una mayor frecuencia de aclaramiento espontáneo en comparación con aquellos con litos > 4 mm (44% vs. 19%; p = 0,03). Asimismo, los pacientes sometidos a CPRE ≥ 48 horas después de la CRM presentaron una mayor frecuencia de aclaramiento espontáneo (32,2% vs. 0%; p = 0,053).
Conclusiones: La menor edad, el menor tamaño del lito y un mayor intervalo entre la CRM y la CPRE se asociaron de forma independiente con el aclaramiento espontáneo de la coledocolitiasis. Estos hallazgos podrían ayudar a identificar a pacientes con alta probabilidad de paso espontáneo del lito y potencialmente candidatos a una reevaluación mediante estudios de imagen antes de la CPRE, estrategia que deberá validarse en estudios prospectivos.
Financiamiento: Recursos internos del Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva del Hospital Universitario.

Lun227

FACTORES CLÍNICOS, ANATÓMICOS Y BIOQUÍMICOS ASOCIADOS CON CIRROSIS BILIAR SECUNDARIA EN PACIENTES CON LESIÓN DE LA VÍA BILIAR POSTCOLECISTECTOMÍA

M. Baca-García, V. López-Ladrón-De-Guevara, F. Higuera-De-La-Tijera, A. F. Ortega-Juárez, O. Vásquez-Gómez, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La lesión de la vía biliar es una complicación grave de la colecistectomía que puede evolucionar a colestasis crónica, colangitis recurrente y cirrosis biliar secundaria. La identificación de factores asociados con progresión a cirrosis permitiría reconocer a pacientes de alto riesgo y favorecer su referencia oportuna a centros especializados.
Objetivo: Identificar factores clínicos, anatómicos y bioquímicos asociados con cirrosis en pacientes con lesión de la vía biliar postcolecistectomía.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en pacientes mayores de 18 años con antecedente de lesión de la vía biliar postcolecistectomía. Los pacientes se dividieron de acuerdo con la presencia o ausencia de cirrosis. La cirrosis se definió con base en criterios clínicos, bioquímicos, imagenológicos y/o datos de hipertensión portal documentados en el expediente clínico. Se analizaron variables demográficas, clínicas, anatómicas y bioquímicas. Se consideró colangitis recurrente la presencia de dos o más hospitalizaciones por colangitis. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC) y se compararon mediante prueba U de Mann-Whitney. Las variables categóricas se analizaron con las pruebas x^2 o exacta de Fisher. Se calcularon razones de momios (*odds ratio*, OR) con intervalos de confianza al 95% (IC95%).
Resultados: Se incluyó a 60 pacientes con lesión de la vía biliar, de los cuales 19 (31,7%) presentaron cirrosis. La mediana de edad fue de 44 años (RIC, 33,2–51,2). La colecistectomía abierta fue el antecedente quirúrgico más frecuente (42/60; 70%). Las lesiones tipo Strasberg E4-E5 se documentaron en 21 pacientes (35%) y se asociaron significativamente con cirrosis (OR, 4,26; IC95%, 1,34–13,55; p = 0,019) (**Tabla 1**). La presencia de dos o más hospitalizaciones por colangitis también se asoció con cirrosis (OR, 20,04; IC95%, 4,87–82,43; p < 0,001). En el análisis bioquímico, los pacientes con cirrosis presentaron niveles significativamente más elevados de fosfatasa alcalina en comparación con aquéllos sin cirrosis (373 U/L; RIC, 251,5–610,5 vs. 214 U/L; RIC, 125–354; p = 0,009).
Conclusiones: En pacientes con lesión de la vía biliar postcolecistectomía, las lesiones anatómicamente complejas tipo Strasberg E4-E5, la colangitis recurrente y los mayores niveles de fosfatasa alcalina se asociaron con la presencia de cirrosis. Estos hallazgos sugieren que los pacientes con lesiones biliares complejas y episodios repetidos de colangitis constituyen un grupo de alto riesgo que requiere vigilancia estrecha y referencia temprana a centros especializados.
Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características de los pacientes con lesión de la vía biliar. (**Lun227**)

Variable	Total (n = 60)
Edad, mediana (RIC)	44 (33,2-51,2) años
Cirrosis, n (%)	19 (31,7%)
Colecistectomía abierta, n (%)	42 (70%)
Colecistectomía laparoscópica, n (%)	15 (25%)
Strasberg E4-E5, n (%)	21 (35%)
≥ 2 hospitalizaciones por colangitis, n (%)	17 (28,3%)
Fosfatasa alcalina, mediana (RIC)	272 (146,2-443,5) U/L

Lun229

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS PRUEBAS DE QUÍMICA HEPÁTICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTES CON RIESGO INTERMEDIO

A. M. Mijangos-Trejo, P. Mondragón-Ratkovich, C. A. Bautista-Mondragón, F. J. Valentín-Cortez, F. Rojas-Mendoza, N. E. Aguilar-Olivos, Médica Sur

Introducción: La coledocolitiasis requiere una adecuada estratificación diagnóstica para seleccionar a los pacientes candidatos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). En pacientes con riesgo intermedio, el valor diagnóstico de las pruebas de química hepática no está completamente establecido.
Objetivo: Determinar la precisión diagnóstica de las pruebas de la química hepática para la detección de coledocolitiasis en pacientes con riesgo intermedio, en comparación con la CPRE o colangiografía por resonancia magnética.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo mediante la revisión de expedientes clínicos de pacientes atendidos en el servicio de urgencias entre 2023 y 2025 con diagnóstico de colecistolitiasis y riesgo intermedio de coledocolitiasis según criterios ASGE y ESGE. Se excluyeron los expedientes de pacientes con hepatopatía previa conocida, consumo de alcohol, cáncer, infección por virus hepatotropos, embarazo, uso de medicamentos antituberculosos y otros padecimientos que afectan las pruebas de química hepática. Se determinaron puntos de corte óptimos de los parámetros de química hepática mediante curvas ROC e índice de Youden, tomando como referencia el diagnóstico de coledocolitiasis por CPRE y/o colangiorresonancia magnética, y además se evaluó la precisión diagnóstica de dichas pruebas. Adicionalmente se evaluó la precisión diagnóstica de las pruebas de química hepática tras considerar múltiplos del límite superior de referencia del laboratorio. Para cada múltiplo se estimaron sensibilidad, especificidad, valores predictivos, razones de verosimilitud y exactitud diagnóstica.
Resultados: Se revisaron los registros médicos de 940 pacientes. Tras aplicar los criterios de eliminación, se incluyó a 202 pacientes en el análisis, de los cuales el 66,8% (n = 132) correspondió a mujeres, con una mediana de edad de 46,5 años (RIC, 37–61). La prevalencia de coledocolitiasis fue del 43% (n = 87). Los pacientes con coledocolitiasis presentaron concentraciones significativamente mayores de bilirrubina total y directa, alanina aminotransferasa, aspartato aminotransferasa, fosfatasa alcalina (FA) y gamma-glutamil transpeptidasa (GGT). No se observaron diferencias en el recuento plaquetario, el tiempo de protrombina, la albúmina ni la bilirrubina indirecta entre ambos grupos. La mayoría de los pacientes presentó un patrón de alteración colestásico (67,8%; n = 137), mientras que los patrones mixto y hepatocelular fueron menos frecuentes, observados en el 22,8% (n = 46) y el 9,4% (n = 19) de los casos, respectivamente. Las pruebas de química hepática mostraron una capacidad discriminativa moderada, con AUROC entre 0,72 y 0,78. La FA presentó el mayor desempeño diagnóstico en valores absolutos (AUROC, 0,78; punto de corte, 134,5), mientras que la GGT mostró el mejor rendimiento al expresarse como múltiplos del límite superior normal (AUROC, 0,75; punto de corte 4,6 veces el límite superior normal). La **Tabla 1** muestra la precisión diagnóstica de las pruebas de química hepática que utilizó como puntos de corte múltiplos del límite superior normal (LSN).
Conclusiones: Las pruebas de química hepática presentaron una capacidad diagnóstica moderada para identificar coledocolitiasis en pacientes con riesgo intermedio.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Precisión diagnóstica de las pruebas de química hepática mediante múltiplos del límite superior normal como puntos de corte en pacientes con riesgo intermedio de coledocolitiasis. (**Lun229**)

Parámetro	Punto de core	AUROC	Sen	Esp	VPP	VPN	LR+	LR-	Precisión diagnóstica
AST	2,07	0,74 (0,67-0,81)	66%	80%	70%	76%	3,07	0,42	73,3%
ALT	2,27	0,73 (0,66-0,81)	62%	88%	79%	75%	5,1	0,43	76,7%
FA	1,64	0,60 (0,52-0,69)	39%	89%	72%	66%	3,4	0,6	67,3%
GGT	4,6	0,75 (0,68-0,82)	64%	86%	78%	76%	4,6	0,4	76,7%

ALT, alanina aminotransferasa; AST, aspartato aminotransferasa; GGT, gamma-glutamil transpeptidasa; FA, fosfatasa alcalina.

Lun230

FACTORES ASOCIADOS CON COLECISTITIS AGUDA A 30 DÍAS TRAS LA COLOCACIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓTESIS BILIARES METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES O PLÁSTICAS EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN BILIAR MALIGNA: COHORTE RETROSPECTIVA UNICÉNTRICA DE 10 AÑOS

R. T. Hernández-Rodríguez, J. Sánchez-Del-Monte, A. I. Hernández-Guerrero, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: Las neoplasias pancreatobiliares suelen diagnosticarse en etapas avanzadas y representan un problema significativo en México. En la obstrucción biliar maligna se utilizan prótesis metálicas autoexpandibles (SEMS) y prótesis plásticas. Aunque las SEMS ofrecen mayor permeabilidad, la colecistitis posterior a su colocación es un evento adverso reconocido; en contraste, la información específica sobre colecistitis tras prótesis plásticas es escasa y procede de series pequeñas o comparaciones en las que el evento se agrupa con otras complicaciones. La colecistitis ocurre en 6,9-15,7% de los casos y se ha asociado con compromiso del conducto cístico, colelitiasis y cáncer pancreático.

Objetivo: Evaluar los factores asociados con colecistitis aguda a 30 días posterior a la colocación endoscópica de prótesis biliar en pacientes con obstrucción biliar maligna, incluida la comparación entre prótesis metálicas y plásticas y, entre las SEMS, entre prótesis totalmente cubiertas y descubiertas.

Material y métodos: Se analizó una cohorte retrospectiva de 401 pacientes tratados mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica entre marzo de 2016 y marzo de 2026: 290 recibieron SEMS y 111 prótesis plásticas. El desenlace fue colecistitis a 30 días. El análisis incluyó descripción univariada, comparaciones bivariadas, selección exploratoria de variables mediante LASSO/Elastic Net, regresión logística multivariable parsimoniosa, validación interna por *bootstrap*, comparación de curvas mediante log-rank y regresión de Cox para tiempo a evento.

Resultados: Se identificaron 35 eventos de colecistitis a 30 días (8,7%). La frecuencia fue de 9,3% con prótesis metálica y 7,2% con prótesis plástica, sin evidencia de diferencia (OR, 0,76; IC95%, 0,33-1,72; p = 0,560). La litiasis vesicular se asoció con mayor riesgo (16,2% vs. 5,9%; OR, 3,11; IC95%, 1,54-6,28; p = 0,002). En el modelo logístico 6, la litiasis conservó asociación independiente (OR ajustado, 3,04; IC95%, 1,49-6,21; p = 0,002), así como en Cox (HR ajustado, 2,81; IC95%, 1,44-5,48; p = 0,002). El tamaño nominal de la prótesis mostró asociación global, pero ninguna comparación *post hoc* permaneció significativa tras corrección. El modelo 6 tuvo AUC corregida de 0,675, frente a 0,690 del modelo completo (**Figura 1** y **Tabla 1**).

Figura 1. Comparación de modelos logísticos explicativos seleccionados. Gráfica de bosque y curva ROC del modelo logístico 6. (**Lun230**)

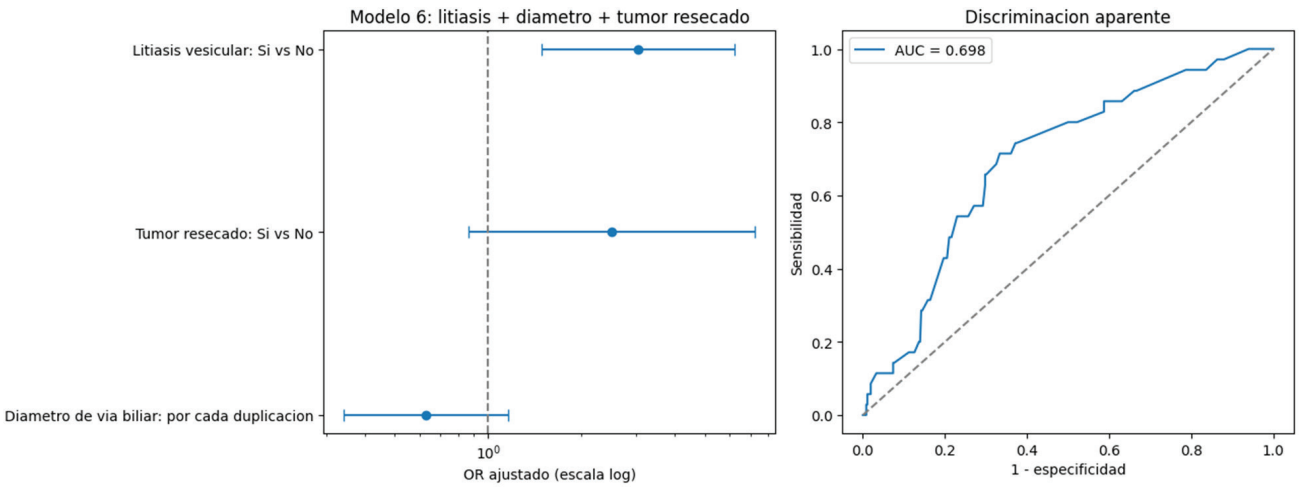


Tabla 1. En el modelo 6, la litiasis se asoció con aproximadamente tres veces la posibilidad de colecistitis (OR ajustado, 3,04; IC95%, 1,49-6,21; p = 0,002). Cada duplicación del diámetro de la vía biliar mostró OR de 0,63 (IC95%, 0,34-1,16; p = 0,136), y tumor resecado con OR de 2,50 (IC95%, 0,86-7,23; p = 0,091). (**Lun230**)

Modelo	Predictores	Eventos por predictor	AUC aparente	AUC corregida	Interpretación
0	Litiasis + diámetro + BT + tumor resecado	8,75	0,722	0,690	Mayor discriminación corregida; más complejo
1	Litiasis + FA	17,50	0,692	0,683	Menor AIC; modelo muy parsimonioso
2	Litiasis + diámetro	17,50	0,667	0,655	Discriminación limitada
3	Litiasis + BT	17,50	0,683	0,668	Discriminación moderada-baja
4	Litiasis + tumor resecado	17,50	0,660	0,650	Discriminación limitada
5	Litiasis + diámetro + BT	11,67	0,694	0,672	Modelo intermedio
6	Litiasis + diámetro + tumor resecado	11,67	0,698	0,675	Modelo reducido clínico principal

BT, bilirrubina total; FA, fosfatasa alcalina; AUC, área bajo la curva ROC.

Conclusiones: En esta cohorte, el material de la prótesis no se asoció de manera significativa con colecistitis a 30 días. La litiasis vesicular fue el factor más consistente. El modelo parsimonioso propuesto ofrece una interpretación clínica razonable y evita sobreajuste en un contexto de pocos eventos.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Lun231

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA CPRE TERAPÉUTICA DURANTE EL EMBARAZO: EXPERIENCIA DE SIETE AÑOS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO DE ALTO VOLUMEN

H. G. Puc-Farfán, J. E. Méndez-Benítez, A. Reyna-Aréchiga, J. O. Jáquez-Quintana, J. A. González-González, A. A. Garza-Galindo, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La enfermedad biliar constituye una de las principales causas de hospitalización no obstétrica durante el embarazo. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) representa el tratamiento endoscópico de elección para la obstrucción biliar; sin embargo, persisten preocupaciones relacionadas con la exposición fetal a la radiación ionizante y el riesgo de complicaciones maternas y neonatales. La mayor parte de la evidencia disponible proviene de series retrospectivas con tamaños muestrales limitados y escasa información proveniente de centros de alto volumen con seguimiento obstétrico y neonatal sistemático, en particular en la población latinoamericana.
Objetivo: Evaluar la eficacia, seguridad y los desenlaces materno-fetales de la CPRE realizada durante el embarazo en un centro universitario de alto volumen.
Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte observacional, ambispectivo y descriptivo en pacientes embarazadas sometidas a CPRE con intención terapéutica entre agosto de 2018 y junio de 2025 en un centro universitario de referencia. El desenlace primario fue la resolución endoscópica de la indicación clínica. Los desenlaces secundarios incluyeron las complicaciones relacionadas con el procedimiento y los desenlaces obstétricos y neonatales. Se analizaron variables demográficas, indicación de la CPRE, hallazgos endoscópicos, intervenciones terapéuticas, tiempo de fluoroscopia y dosis de radiación.
Resultados: Un número de 39 pacientes embarazadas se sometió a CPRE terapéutica durante un período de siete años (**Tabla 1**). La tasa de resolución endoscópica fue del 84,6%, con mediana del tiempo de fluoroscopia de 0,36 minutos y de exposición a radiación de 2,43 mGy. En tres pacientes se identificaron hallazgos durante el procedimiento que modificaron la conducta terapéutica. Las complicaciones relacionadas con la CPRE ocurrieron en 4 (10,3%) pacientes, todas fueron leves y se resolvieron exitosamente de forma conservadora. Respecto de los desenlaces obstétricos no se documentaron malformaciones congénitas ni muerte fetal; se registraron cuatro partos pretérmino y un caso de restricción del crecimiento intrauterino. Diez (25,6%) pacientes se sometieron a colecistectomía sin complicaciones.
Conclusiones: En esta cohorte, la CPRE terapéutica realizada por endoscopistas experimentados se asoció con alta tasa de resolución endoscópica, mínima exposición a radiación y una baja incidencia de complicaciones maternas y fetales mayores, lo que respalda la seguridad y la eficacia clínica del procedimiento cuando existe una indicación bien establecida y se realiza en centros con experiencia.
Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Características clínicas y técnicas, y desenlaces materno-fetales de pacientes embarazadas sometidas a CPRE entre agosto de 2018 y junio de 2025. Los datos se expresan como mediana (RIC), frecuencia absoluta o porcentaje, según corresponda. (**Lun231**)

Variable	Resultado
CPRE realizadas en el centro durante el periodo	1 790
Pacientes embarazadas sometidas a CPRE terapéutica	39 (2,2%)
Edad, mediana (RIC), años	25 (21-31)
Edad gestacional, mediana (RIC), semanas	25,3 (13,3-34)
Indicaciones principales	Coledocolitiasis 53,8%; alto riesgo 25,6%; colangitis 17,9%
CPRM previa	64,1%
Fluoroscopia y radiación, medianas	0,36 min; 2,43 mGy
Esfinterotomía biliar/prótesis biliar	87,2% / 43,6%
Resolución endoscópica de la indicación clínica	84,6%
Hallazgos no sospechados previamente	3: estenosis distal, quiste de colédoco, divertículo periampular
Complicaciones relacionadas con CPRE	4 (10,3%): 3 pancreatitis, 1 sangrado
Desenlaces fetales mayores	Malformaciones congénitas 0; muerte fetal 0
Parto pretérmino/RCIU	4 (10,3%) / 1 (2,6%)
Colecistectomía durante el internamiento	10 (25,6%)

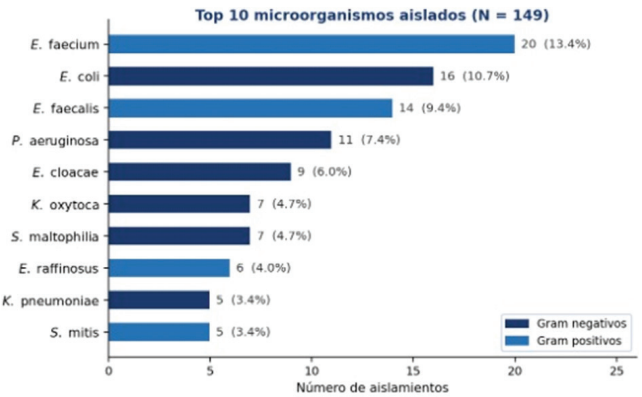
Lun232

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS EN CULTIVOS BILIARES Y PERFILES DE RESISTENCIA BACTERIANA EN PACIENTES ADULTOS CON COLANGITIS AGUDA SOMETIDOS A COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN EL HOSPITAL MÉDICA SUR: ESTUDIO DESCRIPTIVO

F. J. Valentín-Cortez, A. M. Mijangos-Trejo, F. Rojas-Mendoza, N. E. Aguilar-Olivos, D. Aguilar-Zapata, P. Castañeda-Méndez, Médica Sur

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el procedimiento de referencia para el diagnóstico y tratamiento de la patología biliopancreática obstructiva. Su realización conlleva un riesgo inherente de infección biliar por instrumentación directa, contaminación bacteriana ascendente o manipulación de bilis previamente colonizada. La colangitis aguda, complicación potencialmente fatal, se presenta hasta en el 1-3% de los procedimientos electivos y con mayor frecuencia en indicaciones de urgencia. El perfil microbiológico de las infecciones biliares ha evolucionado de forma significativa. Clásicamente dominado por enterobacterias y anaerobios, hoy día se documenta una participación creciente de microorganismos resistentes: bacilos gramnegativos productores de BLEE, organismos MDR y *Enterococcus* spp.
Objetivo: Describir la prevalencia, el perfil de resistencia y los desenlaces clínicos de los pacientes con cultivo biliar positivo durante CPRE en un hospital de tercer nivel.
Material y métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyó a adultos con cultivo biliar positivo durante CPRE entre enero y diciembre de 2025 (n = 46 pacientes, 149 aislamientos). Se definió BLEE, MDR y resistencia a carbapenemas según criterios estandarizados.
Resultados: El 24,3% de las CPRE presentó cultivo positivo, con predominio de gramnegativos (51,4%). *Enterococcus faecium* fue el aislamiento más frecuente (13,4%) (**Figura 1**). *E. coli* mostró resistencia a ciprofloxacina en el

Figura 1. Los 10 microorganismos más aislados, con frecuencia absoluta y porcentaje del total. (**Lun232**)



100% y a ceftriaxona en el 87,5%. *P. aeruginosa* presentó resistencia selectiva a imipenem (80%) con sensibilidad plena a meropenem (100%). No se detectó VRE adquirido. Mortalidad de 2,2%.

Conclusiones: El perfil microbiológico biliar en esta institución se caracteriza por alta resistencia a cefalosporinas y fluoroquinolonas. El cultivo biliar rutinario en CPRE es una herramienta de alto valor para orientar el tratamiento dirigido.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**159-171

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres en cartel

Lunes 23 de noviembre de 2026

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Lun233

ASOCIACIÓN ENTRE LA ADIPOSIDAD TOTAL Y BIOMARCADORES DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

R. Baños-Vázquez, M. A. Santoyo-Chávez, J. L. Carrillo-Rojas, S. Yarsa-Regalado, J. L. De-León-Rendón, N. Bueno-Hernández, Grupo Colaborativo: Dirección de Investigación, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye a la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn, se caracteriza por una respuesta inmunitaria desregulada que induce inflamación local y sistémica persistente. Sin embargo, el intestino no actúa de manera aislada en este proceso; el tejido adiposo constituye un órgano endocrino e inmunológicamente activo que modula el ambiente inflamatorio mediante la liberación de adipocinas y citocinas proinflamatorias como la leptina, el TNF-α y la IL-6, que estimulan la síntesis hepática de proteína C reactiva (PCR) y favorecen el incremento de la velocidad de sedimentación globular (VSG), ambos biomarcadores ampliamente usados para monitorizar la actividad inflamatoria. La bioimpedancia eléctrica (BIA) ofrece una forma no invasiva y práctica de cuantificar el porcentaje de grasa total. A diferencia del IMC, el cual no distingue entre masa grasa y masa libre de grasa, la BIA permite identificar mejor la cantidad de tejido adiposo que tiene una persona. Los estudios recientes han demostrado que una mayor adiposidad corporal se asocia independientemente con concentraciones elevadas de PCR y VSG, incluso tras ajustar por actividad y tipo de la enfermedad, lo que sugiere que el exceso de tejido adiposo puede contribuir a mantener una inflamación crónica de bajo grado. En pacientes con EII, la determinación del % de grasa mediante bioimpedancia podría representar un predictor independiente útil relacionado con la inflamación sistémica.
Objetivo: Determinar la asociación independiente entre el % de grasa e inflamación sistémica ajustado por IMC y tipo de EII, evaluada mediante PCR y VSG.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal realizado en pacientes ≥ 18 años, con diagnóstico de EII atendidos en la consulta externa del servicio de coloproctología del Centro Médico Nacional La Raza y el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se evaluó la normalidad de los datos mediante Shapiro-Wilk. La asociación entre el % de grasa y los niveles de PCR y VSG se determinó mediante correlación de Spearman. Posteriormente se construyeron modelos de regresión lineal múltiple para determinar la asociación independiente entre el % de grasa y los biomarcadores inflamatorios (PCR y VSG), tras ajustar por IMC y tipo de EII. Por último, se comparó la capacidad explicativa del % de grasa y del IMC mediante el coeficiente de determinación ajustado (R^2 ajustado) de los modelos de regresión, luego de considerar significancia estadística un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se observó una correlación positiva entre el % de grasa y la PCR ($p = 0,027$), así como con la VSG ($p = 0,029$). El % de grasa también mostró una correlación positiva con el IMC ($p < 0,001$). En los modelos de regresión lineal múltiple ajustados por IMC y tipo de EII, ninguno de los modelos globales alcanzó significancia estadística para PCR ($p = 0,081$) ni para VSG ($p = 0,081$). En la comparación de modelos, el IMC mostró una mayor capacidad explicativa sobre la VSG (R^2 ajustado = 0,060) que el % de grasa (R^2 ajustado = 0,006), lo que sugiere una mayor capacidad predictiva (**Figura 1**).
Conclusiones: El % de grasa total se asoció positivamente con biomarcadores de inflamación sistémica, lo cual respalda la contribución del tejido adiposo al estado inflamatorio en la EII. Sin embargo, la asociación no persistió como efecto independiente en modelos ajustados, y el % de grasa no superó al IMC en capacidad explicativa; esto sugiere un aporte leve, posiblemente sesgado por determinantes propios de la EII. Esto no descarta el papel biológico de la adiposidad, sino que confirma que la inflamación en la EII es multifactorial y ello requiere ajuste por actividad de la enfermedad y tratamiento.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun234

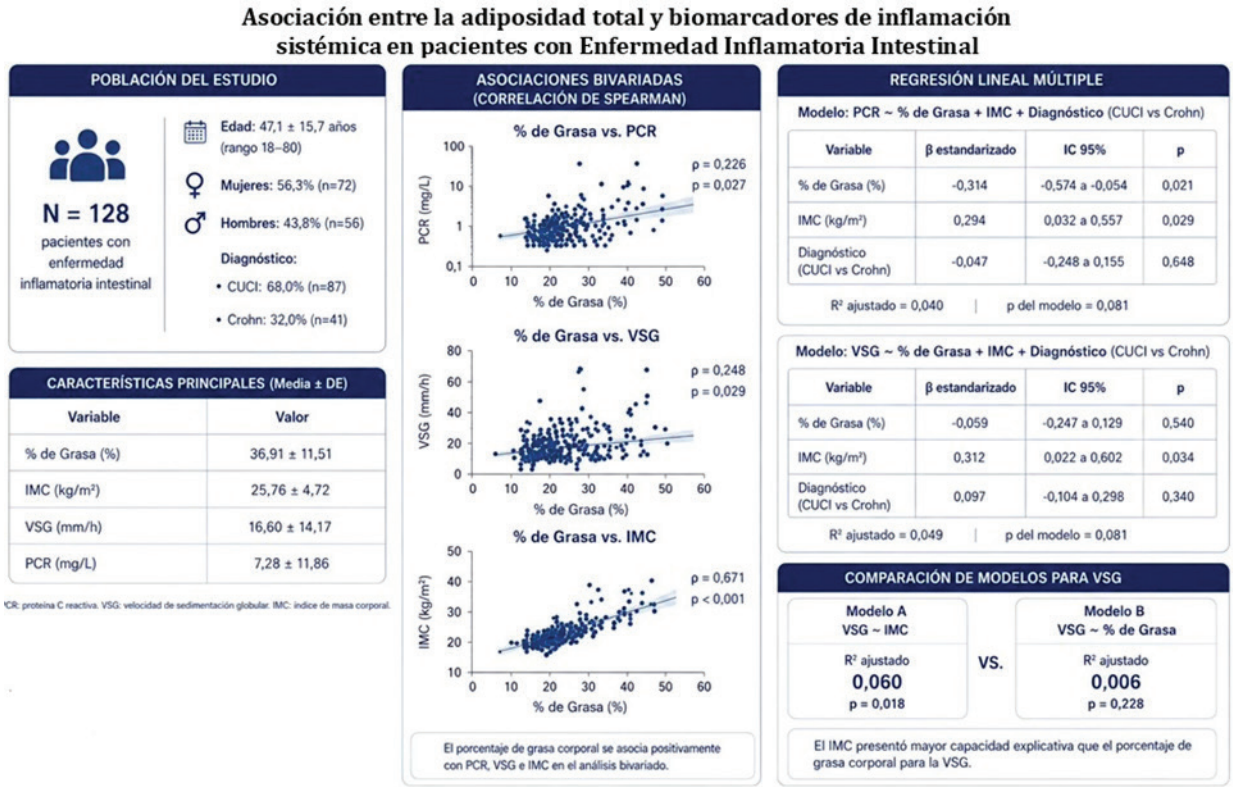
FRECUENCIA DE INFECCIÓN POR HERPES ZÓSTER EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

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

Introducción: La incidencia de reactivación del virus del herpes zóster es mayor en pacientes con enfermedades autoinmunes como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) debido a la disfunción del sistema inmunológico y terapias inmunosupresoras para su control, por lo que es relevante evaluar la frecuencia de esta infección.
Objetivo: Determinar la frecuencia de presentación del herpes zóster en pacientes mexicanos con EII.
Material y métodos: Es un estudio descriptivo en el que se incluyó a pacientes de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del INCMNSZ que

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Figura 1. Resumen de las características de la población y principales hallazgos. Los gráficos de dispersión muestran las correlaciones de Spearman (ρ) con su valor de p. Los modelos de regresión lineal múltiple se presentan con coeficientes β estandarizados, intervalos de confianza (IC) del 95% y valor p < 0,05. (**Lun233**)



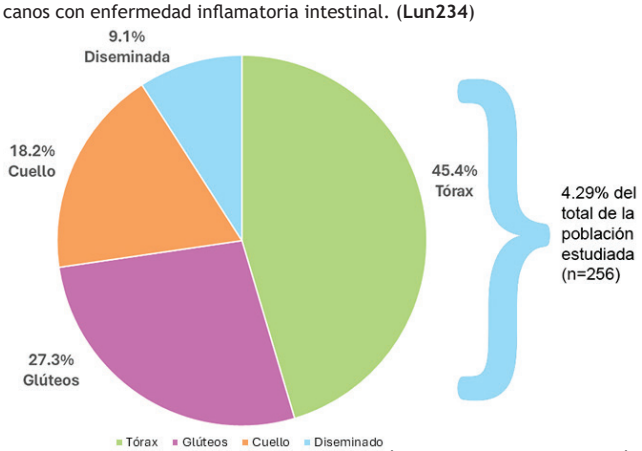
contaran con el diagnóstico de algún subtipo de EII como colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), enfermedad de Crohn (EC), colitis indeterminada (CI) y CUCrohn de al menos seis meses de diagnóstico. Se recolectaron variables clínicas, demográficas y socioeconómicas en su expediente clínico electrónico. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete IBM SPSS v. 27.

Resultados: Se incluyó a un total de 256 pacientes con diagnóstico de EII cuya edad actual fue de 50 ± 17 años; 142 mujeres (55,5%) y 114 hombres (44,5%), de los cuales 177 pacientes tenían CUCI (69,1%), 72 EC (28,1%), 2 CI (0,8%) y 5 CUCrohn (2%). Del total, sólo 11 (4,29%) habían presentado al menos un episodio de herpes zóster después de su diagnóstico de EII y de ellos el 72,7% cuenta con diagnóstico de CUCI y el 27,3% de EC; de este último subtipo, sólo uno requirió hospitalización debido a una presentación diseminada. El 54,5% de los pacientes con EII e infección por herpes zóster tenía una edad < 40 años. El 90,9% de aquéllos con reactivación del virus no estaba vacunado. Se documentó que el 72,7% de los pacientes estaba bajo tratamiento con azatioprina y el 27,3% no contaba con tratamiento inmunosupresor. Las localizaciones de la infección por herpes zóster se ilustran en la **Figura 1**.

Conclusiones: La frecuencia de reactivación del VHZ en pacientes mexicanos con EII fue del 4,29% y el 72,7% se hallaba bajo tratamiento con azatioprina. Es importante mencionar que el 91% no contaba con la vacuna para herpes zóster.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Localización de la infección por herpes zóster en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. (**Lun234**)



n total = 256 n afectada por virus de herpes zóster = 11 (4,29% de población estudiada).

Lun235

FACTORES ASOCIADOS A DISCAPACIDAD LABORAL EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

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

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un grupo de enfermedades crónicas que afectan el tracto gastrointestinal, como la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), enfermedad de Crohn (EC), colitis indeterminada y CUCrohn. Debido al curso clínico fluctuante, requerimiento de hospitalizaciones y cirugías, o el uso de terapias avanzadas, así como aparición de síntomas extraintestinales, puede repercutir en el ámbito laboral, lo que favorece la discapacidad laboral, el ausentismo y disminución de la productividad, por lo que es fundamental evaluar la discapacidad laboral y sus factores asociados en pacientes con EII.

Objetivo: Evaluar los factores asociados a discapacidad laboral y calidad de vida en pacientes mexicanos con EII.

Material y métodos: Es un estudio transversal en el que se incluyó a pacientes con diagnóstico de EII encuestados dentro del periodo de marzo a junio de 2026 en la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Se les aplicó el Cuestionario de Deterioro de la Actividad y Productividad Laboral (WPAI) enfocado en la EII validado previamente en México. El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico IBM SPSS v. 27.

Resultados: Se evaluó a un total de 111 pacientes con EII cuya edad actual

fue de 46 ± 17 años; 63 eran mujeres (56,8%) y 48 hombres (43,2%), de los cuales 72 pacientes tenían CUCI (64,9%), 35 EC (31,5%) y 4 CUCrohn (3,6%). El 55,9% de los pacientes encuestados no tenía trabajo y en ellos el 52,4% señaló no trabajar por actividad clínica de la EII. La frecuencia de discapacidad laboral fue del 41,8% asociado a la EII. Se documentó que el 18% de los pacientes presentaba pérdida de horas laborales semanales en promedio de 24 ± 23 horas, con un mínimo de una hora y un máximo de 86 horas. Los factores asociados a discapacidad laboral o desempleo fueron: sexo femenino (p < 0,001; RM = 3,8; IC95%, 1,7-8,5), en especial las mujeres con Crohn que fue la subpoblación con mayor riesgo (p = 0,01; RM = 5,0; IC95%, 1,3-18,4); uso de biológicos (p = 0,014; RM = 2,674; IC95%, 1,2-5,8); antecedente de hospitalización relacionado a EII (p = 0,03; RM = 2,5; IC95%, 1,1-6,0), cirugía relacionada a EII (p = 0,05; RM = 2,5; IC95%, 1,01-6,4) y al menos una recaída grave (p = 0,03; RM = 2,4; IC95% 1,1-5,3). Otros datos de discapacidad laboral que no fueron significativos se ilustran en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Los factores asociados a discapacidad laboral fueron el sexo femenino, hospitalizaciones por EII, uso de biológicos, cirugía relacionada a EII y el antecedente de al menos una recaída grave de la EII. La frecuencia de discapacidad laboral fue del 41.8% asociado a la EII.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Porcentajes de afectación de las actividades laborales y factores de riesgo asociados a desempleo y discapacidad laboral por EII en pacientes mexicanos. (**Lun235**)

Porcentajes de discapacidad laboral y afectación de vida diaria por síntomas de EII			
	Mínima	**Máxima**	**Rango**
Porcentaje de discapacidad laboral por problemas de salud asociados a la EII	10%	90%	41,8% ± 25,8%
Porcentaje de discapacidad laboral total	8%	92%	49,5% ± 28,2%
Porcentaje de discapacidad funcional	10%	100%	51,7% ± 25,2%
Afectación semanal de la productividad laboral	0%	90%	23,5% ± 28,4%
Afectación semanal de capacidad para realizar actividades diarias regulares	0%	100%	34,2% ± 31,8%
Factores de riesgo para desempleo			
Factores	**p**	**Riesgo**	
Enfermedad de Crohn A2 (17-40 años de edad)	0,037	10,000	
Antecedente quirúrgico asociado a EII	0,051	2,561	
Antecedente de hospitalizaciones previas asociadas a EII	0,057	2,146	
Enfermedad de Crohn B3 (patrón fistulizante)	0,062	8,250	
Factores de riesgo para discapacidad laboral			
Factores	p	**Riesgo**	
Enfermedad de Crohn A2 (17-40 años de edad)	0,009	10,500	
Enfermedad de Crohn B1 (inflamatorio)	0,028	1,667	
Enfermedad de Crohn L3 (ileocolónico)	0,031	6,222	

Lun236

PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS Y FACTORES ASOCIADOS A ANEMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN MÉXICO

A. Pacheco-Silva, G. A. López-Cota, M. M. Bocaletti-García, M. A. Martínez-Vázquez, Tecnológico de Monterrey

Introducción: La anemia es una complicación frecuente de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), relacionada con deficiencia de hierro, inflamación crónica y deterioro nutricional. En México existe información limitada sobre su frecuencia y su relación con marcadores objetivos de inflamación intestinal.

Objetivo: Determinar la prevalencia de anemia y describir sus características clínicas, bioquímicas y terapéuticas en pacientes con EII atendidos en dos centros del norte de México.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal. Se incluyó a 116 pacientes adultos con EII confirmada: 84 con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y 32 con enfermedad de Crohn (EC). La anemia se definió con criterios de la Organización Mundial de la Salud y se clasificó como leve, moderada o grave. La actividad clínica se evaluó mediante Truelove-Witts en CUCI y Harvey-Bradshaw en EC. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico. Se utilizaron U de Mann-Whitney, x^2, prueba exacta de Fisher y regresión logística bivariada y multivariada, con significancia de p < 0,05; los análisis se realizaron con los datos disponibles para cada variable.

Resultados: La mediana de edad fue de 48,5 años (RIC, 29,0-63,0) y 68 (59%) pacientes fueron mujeres. La prevalencia de anemia fue de 36,7% entre los 109 pacientes con hemoglobina disponible, sin diferencias entre CUCI y EC (35,9% vs. 38,7%; p = 0,828). De los 40 pacientes con anemia, 24 (60%) presentaron anemia leve y 16 (40%) moderada; no se identificaron casos graves. Los pacientes con anemia presentaron menores concentraciones de ferritina (48,5 vs. 84,0 ng/mL; p = 0,005), saturación de transferrina (30% vs. 40%; p = 0,016), hierro sérico (45,0 vs. 89,0 µg/dL; p = 0,034) y albúmina (3,8 vs. 4,1 g/dL; p < 0,001). No se observaron diferencias en proteína C reactiva (p = 0,813) ni en actividad clínica (p = 0,585). En el subgrupo con calprotectina fecal disponible (n = 68), los pacientes con anemia presentaron valores más elevados, sin alcanzar significancia estadística (345,0 vs. 214,0 µg/g; p = 0,064). En CUCI, la calprotectina fue significativamente mayor en pacientes con anemia (369,5 vs. 123,0 µg/g; p = 0,029), mientras que en EC no se observaron diferencias. El sexo femenino se asoció con menor probabilidad de anemia en el análisis ajustado (ORa, 0,39; IC95%, 0,15–0,96; p = 0,043). Entre los pacientes con información terapéutica disponible, quienes presentaron anemia recibieron con mayor frecuencia hierro oral (10/40 [25%] vs. 6/66 [9,1%]; p = 0,047) e intravenoso (13/40 [33%] vs. 6/67 [9%]; p = 0,003). La transfusión también fue más frecuente en pacientes con anemia (6/40 [15%] vs. 2/66 [3%]), aunque sin alcanzar significancia estadística (p = 0,051) (**Tabla 1**). En 34 pacientes con terapia biológica identificada no se observaron diferencias aparentes en la frecuencia de anemia entre mecanismos de acción; el análisis fue descriptivo por el reducido tamaño de los subgrupos.

Conclusiones: La anemia afectó a más de un tercio de los pacientes con EII y se acompañó de menores parámetros de hierro y albúmina. En CUCI, la anemia se relacionó con mayor calprotectina fecal, pese a no observarse asociación con actividad clínica o proteína C reactiva. Estos resultados apoyan la evaluación periódica del metabolismo del hierro y sugieren que la inflamación mucosa puede contribuir a la anemia aun cuando los marcadores clínicos o sistémicos no se encuentren elevados.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Parámetros bioquímicos, calprotectina fecal y tratamiento de acuerdo con la presencia de anemia en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. (**Lun236**)

Variable	**Sin anemia**	**Con anemia**	**p**
Ferritina, ng/mL	84,0 (72,6-345,0)	48,5 (37,0-76,0)	0,005
Saturación de transferrina, %	40,0 (39,0-50,0)	30,0 (10,0-45,0)	0,016
Hierro sérico, µg/dL	89,0 (54,0-110,0)	45,0 (29,0-121,0)	0,034
Albúmina, g/dL	4,1 (3,9-4,6)	3,8 (3,3-4,0)	< 0,001
Calprotectina fecal global, µg/g[1]	214,0 (72,0-330,0)	345,0 (124,0-1101,0)	0,064
Calprotectina fecal en CUCI, µg/g[2]	123,0 (42,0-302,0)	369,5 (106,0-939,5)	0,029
Hierro oral, n (%)	6 (9,1%)	10 (25%)	0,047
Hierro intravenoso, n (%)	6 (9,0%)	13 (33%)	0,003
Transfusión, n (%)	2 (3,0%)	6 (15%)	0,051

Datos expresados como mediana (rango intercuartílico) o n (%). Comparación general: sin anemia, n = 69; con anemia, n = 40. [1]Subgrupo con calprotectina fecal disponible: sin anemia, n = 39; con anemia, n = 29. [2]Análisis exclusivo en pacientes con CUCI: sin anemia, n = 29; con anemia, n = 20. CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática.

Lun237

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES CUTÁNEAS Y OFTALMOLÓGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

A. Pacheco-Silva, M. M. Bocaletti-García, G. A. López-Cota, M. A. Martínez-Vázquez, Tecnológico de Monterrey

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), es un trastorno sistémico mediado por mecanismos inmunitarios. Las manifestaciones extraintestinales (MEI) pueden afectar distintos órganos, coexistir entre sí y relacionarse con una mayor complejidad clínica. Las alteraciones cutáneas y oftalmológicas son de interés por su efecto en la calidad de vida, el riesgo de complicaciones y la necesidad de valoración multidisciplinaria.
Objetivo: Describir la frecuencia y el perfil de las MEI en pacientes con EII, con énfasis en las manifestaciones cutáneas y oftalmológicas, e identificar características demográficas, clínicas y terapéuticas asociadas con su presencia.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal. Se revisó una base de datos de 401 pacientes adultos con diagnóstico confirmado de EII. Se analizaron edad al diagnóstico, sexo, tabaquismo, tipo y fenotipo de EII, tratamiento farmacológico, hospitalización, cirugía y presencia de MEI articulares, cutáneas y oftalmológicas. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según su distribución; las categóricas, como frecuencias y porcentajes. En el análisis inferencial se emplearon U de Mann-Whitney y prueba exacta de Fisher, con significancia de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 401 pacientes: 317 con CU (79,1%) y 84 con EC (20,9%). La edad media al diagnóstico fue de 28,8 ± 10,7 años y 237/400 pacientes con información disponible fueron mujeres (59,3%). Se identificó al menos una MEI en 49/401 pacientes (12,2%); de ellos, 33/49 (67,3%) presentaron un sólo tipo y 16/49 (32,7%) dos o más tipos simultáneos. Por categoría, se registraron MEI articulares en 45 pacientes, cutáneas en 10, oftalmológicas en 13 y hepatobiliares en 1; las categorías no fueron mutuamente excluyentes. La frecuencia de MEI fue de 14/84 (16,7%) en EC y de 35/317 (11,0%) en CU ($p = 0,189$). El uso de terapia biológica fue más frecuente en pacientes con MEI que en aquéllos sin MEI: 30/49 (61,2%) frente a 143/352 (40,6%; $p = 0,008$). Se documentaron MEI cutáneas en 10/401 pacientes (2,5%), de los cuales 8 tenían CU y 2 EC. La psoriasis se presentó en 9/10 casos (90,0%) y el pioderma gangrenoso en 1/10 (10,0%). La hospitalización relacionada con la EII fue más frecuente entre los pacientes con MEI cutáneas que entre aquéllos sin estas manifestaciones: 6/10 (60,0%) frente a 89/357 (24,9%; $p = 0,022$).Se registraron MEI oftalmológicas en 13/401 pacientes (3,2%): 12/317 con CU (3,8%) y 1/84 con EC (1,2%). Entre los 13 casos con afectación ocular, la epiescleritis se presentó en 10 (76,9%) y la uveítis en 3 (23,1%) (**Tabla 1**). No se identificaron asociaciones entre las MEI oftalmológicas y las variables demográficas, el fenotipo de la EII, el tratamiento, la hospitalización o la cirugía.
Conclusiones: Las MEI se documentaron en 12,2% de la cohorte y casi un tercio de los pacientes afectados presentó dos o más tipos de MEI simultáneos. El uso de terapia biológica fue más frecuente entre los pacientes con MEI. En el análisis exploratorio, las MEI cutáneas se asociaron con una mayor frecuencia de hospitalización; este hallazgo debe interpretarse con cautela debido al reducido número de casos. La psoriasis y la epiescleritis fueron las manifestaciones cutánea y oftalmológica predominantes. Estos resultados respaldan la búsqueda clínica dirigida y la atención multidisciplinaria de las MEI en pacientes con EII.
Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento.

Tabla 1. Frecuencia, distribución y factores asociados a las manifestaciones extraintestinales. (**Lun237**)

Variable	Resultado
Manifestaciones extraintestinales globales	49/401 (12,2%)
Enfermedad de Crohn	14/84 (16,7%)
Colitis ulcerosa	35/317 (11,0%)
Dos o más tipos de MEI simultáneos	16/49 (32,7%)
Uso de terapia biológica	
Pacientes con MEI	30/49 (61,2%)
Pacientes sin MEI	143/352 (40,6%)
Manifestaciones cutáneas	10/401 (2,5%)
Psoriasis	9/10 (90,0%)
Pioderma gangrenoso	1/10 (10,0%)
Hospitalización relacionada con EII	
Pacientes con MEI cutánea	6/10 (60,0%)
Pacientes sin MEI cutánea	89/357 (24,9%)
Manifestaciones oftalmológicas	13/401 (3,2%)
Epiescleritis	10/13 (76,9%)
Uveítis	3/13 (23,1%)

Datos expresados como n/N (%). EII, enfermedad inflamatoria intestinal; MEI, manifestaciones extraintestinales.

Lun238

CURACIÓN TRANSMURAL EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: ¿UN OBJETIVO ALCANZABLE CON LAS TERAPIAS AVANZADAS?

M. A. Rocha-Ramos, M. M. Alamilla-Pérez, J. I. Hernández-Honorato, L. E. Cardona-Rodríguez, T. Cortés-Espinosa, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad de Crohn es una enfermedad crónica, recurrente y progresiva que conlleva complicaciones estructurales como es la obstrucción intestinal y penetración; se considera que la remisión endoscópica constituye el principal objetivo terapéutico y la persistencia de inflamación parietal o extramural puede asociarse con progresión del daño intestinal.
Objetivo: Determinar la frecuencia de remisión transmural, remisión endoscópica aislada, remisión radiológica aislada y ausencia de remisión en pacientes con enfermedad de Crohn tratados con terapias avanzadas, así como evaluar los cambios clínicos y bioquímicos observados durante el seguimiento.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico que incluyó a 22 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Crohn. Los pacientes se clasificaron en cuatro grupos mutuamente excluyentes: remisión transmural, cuando presentaron remisión endoscópica y radiológica; remisión endoscópica aislada, cuando únicamente la colonoscopia mostró inactividad; remisión radiológica aislada, cuando sólo la enterorresonancia mostró inactividad; y ausencia de remisión, cuando ambos estudios mostraron actividad. Además, se analizaron los cambios en el índice de Harvey-Bradshaw, proteína C reactiva, albúmina sérica y puntaje MaRIA. Para las comparaciones pareadas se utilizaron pruebas paramétricas o no paramétricas, tras considerar significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 22 pacientes con enfermedad de Crohn, de los cuales 12 fueron hombres (54,5%) y 10 mujeres (45,5%). La edad media fue de 52,3 ± 17,7 años y el tiempo promedio desde el diagnóstico fue de 7,9 ± 4,6 años. La localización predominante fue ileocolónica en 15 pacientes (68,2%), seguida de localización colónica en 5 (22,7%) e ileal en 2 (9,1%). Respecto del comportamiento de la enfermedad, 17 pacientes (77,3%) presentaron fenotipo estenosante, 4 (18,2%) fenotipo fistulizante o penetrante y 1 (4,5%) fenotipo inflamatorio. Solamente 1 paciente (4,5%) presentó enfermedad perianal y 8 (36,4%) tenían antecedente de cirugía intestinal relacionada con la enfermedad. La mediana del índice de Harvey-Bradshaw disminuyó de 10 puntos (RIC, 9–11) en la evaluación inicial a 2 puntos (RIC, 2–3) en la evaluación final, $p < 0,001$. En la evaluación endoscópica se observó una mejoría significativa entre la colonoscopia inicial y la de seguimiento. La proporción de pacientes en remisión endoscópica aumentó de 4,5% a 72,7%, mientras que la actividad moderada o grave disminuyó de 40,9% a 13,6%. Asimismo, la categoría de actividad endoscópica disminuyó de una mediana de 1 (RIC, 1–2) a 0 (RIC, 0–0,75), diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,002$). Durante el seguimiento, el tratamiento más frecuente fue con un agente anti-TNF, en 8 pacientes (36,4%), seguido de ustekinumab en 7 (31,8%), vedolizumab en 4 (18,2%) y risankizumab en 1 (4,5%). Además, 2 (9,1%) presentaron esquemas que incluyeron más de un biológico: anti-TNF/ustekinumab en 1 caso y vedolizumab/ustekinumab en otro. Finalmente, se documentó persistencia de actividad transmural en 2 (9,1%).
Conclusiones: La discordancia entre la evaluación endoscópica y radiológica respalda el uso combinado de colonoscopia y enterorresonancia para determinar la respuesta integral. La persistencia de actividad transmural en 9,1% podría identificar a pacientes con enfermedad difícil de tratar, aunque esta categoría requiere documentar el fracaso antes de múltiples mecanismos terapéuticos. El tamaño muestral limitado impide establecer diferencias de eficacia entre los biológicos evaluados.

Financiamiento: Este trabajo se llevó a cabo sin financiamiento externo, con uso exclusivo de recursos humanos y materiales de la institución.

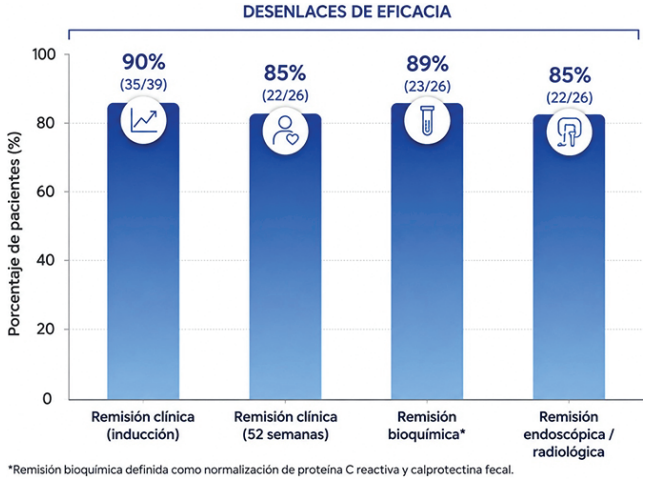
Lun239

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UPADACITINIB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA DE VIDA REAL EN MÉXICO

J. I. Carrillo-Rojas, C. M. Del-Real-Calzada, K. García-Campos, K. A. Miyagui-Adame, A. Y. Saucedo-Cruz, J. J. Rosario-Montero, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: El upadacitinib es un inhibidor selectivo de la cinasa Janus (JAK) aprobado por la FDA para el tratamiento de la colitis ulcerativa (CUCI) en 2022 y la enfermedad de Crohn (EC) en 2023. Su efectividad se ha demostrado en estudios clínicos, pero no se cuenta con evidencia de vida real en México.
Objetivo: Evaluar la efectividad, seguridad y persistencia con el uso de upadacitinib en pacientes con CUCI y EC en un centro de referencia.
Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI o EC, atendidos por el servicio de gastroenterología que se encuentran en tratamiento con upadacitinib. Se realizó estadística descriptiva mediante medianas y rangos intercuartílicos (IQR) para describir las características demográficas de los pacientes. Se evaluó la remisión clínica al final de inducción (definida por normalización de *patient related outcomes* [PRO2]) y, entre los pacientes con datos evaluables a un año de tratamiento, se evaluaron remisión clínica, remisión bioquímica (normalización de PCR y calprotectina fecal), remisión endoscópica/radiológica, según fuera el caso, y persistencia terapéutica global. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS V25 (IBM, Armonk, NY, EE. UU.).
Resultados: Se incluyó a 39 pacientes, 12 hombres y 27 mujeres; 20 tuvieron CUCI y 19 EC, con edad de 50 años (IQR, 22) y tiempo de diagnóstico de 4,5 años (IQR, 6). Entre los pacientes con CUCI, 8% tenía proctitis, 8% colitis izquierda y 84% pancolitis. En los pacientes con EC, la afectación predominante fue ileocolónica (70%) y el fenotipo estenosante (55%); 9 (45%) mostraron compromiso superior (L4). El 72% había recibido al menos una terapia avanzada previa. La remisión clínica al final de la inducción fue de 90%. Entre los 26 pacientes con información evaluable al año de tratamiento, la remisión clínica fue de 85%, remisión bioquímica de 89% y remisión endoscópica/radiológica de 85% (**Figura 1**). Se documentaron eventos adversos leves en seis pacientes que no requirieron descontinuar la terapia (acné = 3, herpes zóster = 1, herpes labial = 1, dislipidemia = 1). Tres pacientes suspendieron la terapia por motivos diversos (deseo gestacional, pérdida de seguimiento, expulsión de tabletas sin absorción por ileostomía).
Conclusiones: En esta cohorte de vida real, el upadacitinib mostró altas tasas de remisión clínica desde la inducción, con adecuado perfil de seguridad y elevada persistencia terapéutica tras un año de inicio, incluso en pacientes previamente expuestos a terapias avanzadas.
Financiamiento: No se recibió financiamiento para la realización del estudio.

Figura 1. Desenlaces clínicos en los pacientes que recibieron tratamiento con upadacitinib. (**Lun239**)



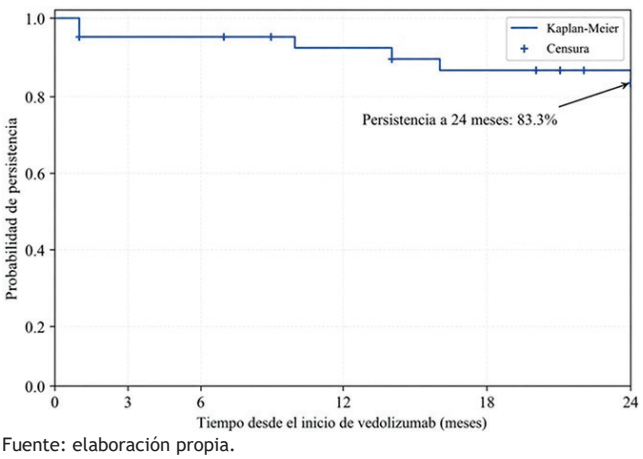
Lun240

PERSISTENCIA DE VEDOLIZUMAB A 24 MESES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. E. Cardona-Rodríguez, J. G. López-Gómez, C. L. C. Rojas-Zavala, A. V. Rocha-Espinosa, J. I. Hernández-Honorato, M. M. Alamilla-Pérez, M. A. Rocha-Ramos, M. V. Ramos-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: El vedolizumab es un anticuerpo monoclonal selectivo de intestino utilizado en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La persistencia terapéutica integra efectividad, tolerabilidad, acceso y continuidad del tratamiento, y constituye una medida útil de su desempeño en la práctica clínica real. La evidencia sobre persistencia a largo plazo en la población mexicana es limitada.
Objetivo: Determinar la probabilidad de persistencia con vedolizumab a 24 meses en pacientes con EII.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y descriptivo de una cohorte de pacientes con EII tratados con vedolizumab. Se registraron edad, sexo, tipo de EII, exposición previa a biológicos, cirugía previa, proteína C reactiva (PCR) y albúmina basales, tiempo de tratamiento y causa de suspensión. El tiempo hasta la suspensión definitiva se analizó mediante Kaplan-Meier, con censura administrativa a 24 meses; se estimó la persistencia e IC95% a 3, 6, 12, 18 y 24 meses. Las variables continuas se resumieron como media ± desviación estándar o mediana (Q1–Q3), según la distribución, y las categóricas como n (%).
Resultados: Se incluyó a 41 pacientes; la edad media fue de 44,1 ± 17,4 años, 23 (56,1%) fueron mujeres y 18 (43,9%) hombres. Veintitrés (56,1%) tenían enfermedad de Crohn y 18 (43,9%) colitis ulcerosa; 35 (85,4%) habían recibido biológicos previamente y 16 (39,0%) tenían antecedente de cirugía. La PCR basal fue 6,2 (1,75–14,5) y la albúmina 4,0 (3,45–4,3). Se documentaron 6 suspensiones en ≤ 24 meses. Entre las suspensiones, 3/6 (50,0%) fueron por pérdida secundaria de respuesta, 2/6 (33,3%) por falta de disponibilidad y 1/6 (16,7%) por otra causa. La persistencia estimada fue de 95,1% (IC95%, 81,7–98,8) a 3 y 6 meses, 92,4% (78,4–97,5) a 12 meses, 86,8% (71,2–94,3) a 18 meses y 83,3% (66,3–92,2) a 24 meses (**Figura 1**).
Conclusiones: En esta cohorte, la probabilidad estimada de persistencia con vedolizumab a 24 meses fue de 83,3%. La pérdida secundaria de respuesta fue la principal causa de suspensión. Estos hallazgos aportan datos de práctica clínica real sobre la continuidad del vedolizumab a dos años en una cohorte predominantemente expuesta antes a fármacos biológicos.
Financiamiento: Sin financiamiento externo.

Figura 1. Curva de Kaplan-Meier de persistencia con vedolizumab hasta 24 meses. El evento fue la suspensión definitiva del tratamiento; los pacientes sin suspensión fueron censurados en su último seguimiento o administrativamente a los 24 meses. Las marcas indican observaciones censuradas. (**Lun240**)



Fuente: elaboración propia.

Lun241

FACTORES BASALES ASOCIADOS CON LA SUSPENSIÓN DE VEDOLIZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. E. Cardona-Rodríguez, J. G. López-Gómez, C. L. C. Rojas-Zavala, A. V. Rocha-Espinosa, J. I. Hernández-Honorato, M. M. Alamilla-Pérez, M. A. Rocha-Ramos, M. V. Ramos-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La continuidad del tratamiento biológico en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) puede verse condicionada por la actividad inflamatoria, la gravedad acumulada de la enfermedad y las características clínicas basales. El reconocimiento de factores asociados con la suspensión de vedolizumab podría contribuir a identificar a pacientes con mayor probabilidad de discontinuación durante el seguimiento. La evidencia disponible en la población mexicana es limitada.
Objetivo: Identificar los factores basales asociados con la suspensión de vedolizumab durante los primeros 24 meses de tratamiento en pacientes con EII.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y analítico de una cohorte de pacientes con EII tratados con vedolizumab. Se registraron edad, sexo, tipo de EII, exposición previa a biológicos, antecedente de cirugía, proteína C reactiva (PCR) y albúmina basales. El evento fue la suspensión definitiva de vedolizumab; los pacientes sin el evento fueron censurados en el último seguimiento o administrativamente a los 24 meses. Se realizaron modelos univariados independientes de regresión de Cox para estimar *hazard ratios* (HR) e intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se consideró significancia estadística con p < 0,05. Debido al reducido número de eventos no se construyó un modelo multivariable.
Resultados: Se incluyó a 41 pacientes; la edad media fue de 44,1 ± 17,4 años, 23 (56,1%) fueron mujeres y 18 (43,9%) hombres. Veintitrés (56,1%) tenían enfermedad de Crohn y 18 (43,9%) colitis ulcerosa; 35 (85,4%) habían recibido biológicos previamente y 16 (39,0%) tenían antecedente de cirugía. La PCR basal fue 6,2 (1,75–14,5) y la albúmina 4,0 (3,45–4,3). Se documentaron seis suspensiones durante los primeros 24 meses. Una mayor PCR basal se asoció con mayor *hazard ratio* de suspensión (HR, 1,48 por unidad; IC95%, 1,06–2,08; p = 0,023), lo que representa un incremento de 48% en el *hazard ratio* por cada unidad adicional de PCR. El antecedente de cirugía se asoció con un *hazard ratio* 3,5 veces mayor de suspensión (HR, 3,50; IC95%, 1,06–11,9; p = 0,044). Aunque el sexo masculino mostró una estimación puntual elevada, el IC95% incluyó la unidad y no alcanzó significancia estadística (HR, 6,37; IC95%, 0,74–54,51; p = 0,091). Edad, exposición previa a biológicos, albúmina basal y enfermedad de Crohn no se asociaron significativamente con la suspensión (**Tabla 1**).
Conclusiones: En esta cohorte de práctica clínica real, una mayor PCR basal y el antecedente de cirugía se asociaron con mayor *hazard ratio* de suspensión de vedolizumab durante los primeros 24 meses. Estos hallazgos sugieren que una mayor actividad inflamatoria basal y una historia de enfermedad que requirió manejo quirúrgico podrían relacionarse con menor continuidad terapéutica. Debido al reducido número de eventos y a la amplitud de algunos IC95%, los resultados deben considerarse exploratorios y generadores de hipótesis, y requieren confirmación en cohortes de mayor tamaño.
Financiamiento: Sin financiamiento externo.

Tabla 1. Análisis univariado de factores asociados con la suspensión de vedolizumab durante los primeros 24 meses. (**Lun241**)

Factor	HR	IC95%	p
Edad, por año	0,98	0,94–1,03	0,523
Sexo masculino*	6,37	0,74–54,51	0,091
Exposición previa a biológicos†	0,95	0,11–8,18	0,966
PCR basal, por unidad	1,48	1,06–2,08	0,023
Albúmina basal, por unidad	1,04	0,29–3,75	0,955
Cirugía previa‡	3,50	1,06–11,9	0,044
Enfermedad de Crohn§	0,75	0,15–3,73	0,728

HR, *hazard ratio*; IC95%, intervalo de confianza del 95%; PCR, proteína C reactiva. * Referencia: sexo femenino. † Referencia: sin exposición previa a biológicos. ‡ Referencia: sin cirugía previa. § Referencia: colitis ulcerosa. Análisis exploratorio mediante modelos univariados de regresión de Cox. Fuente: elaboración propia.

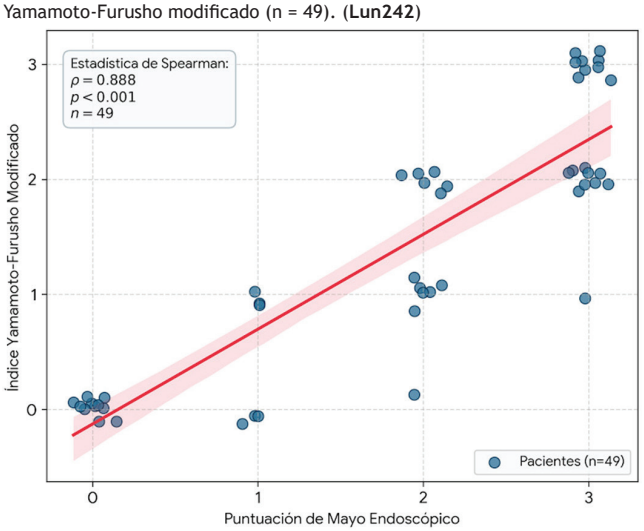
Lun242

COMPARACIÓN DE ÍNDICES DE ACTIVIDAD EN COLITIS ULCEROSA Y EVALUACIÓN DE UNA VERSIÓN MODIFICADA DEL ÍNDICE DE YAMAMOTO-FURUSHO BASADA EN PROTEÍNA C REACTIVA CONVENCIONAL

A. Reyes-López, B. Jiménez-Bobadilla, M. R. Esquivel-Steffanoni, S. Basave-Falcó, J. M. Fortanelli-Ríos, M. V. Martínez-Vega, G. Cabrera-Palma, M. C. Dolores-Bravo, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La evaluación objetiva de la actividad inflamatoria en la colitis ulcerosa requiere la integración de variables clínicas, endoscópicas, histológicas y bioquímicas. El índice de Yamamoto-Furusho constituye una herramienta integral para esta valoración; sin embargo, incorpora proteína C reactiva ultrasensible, una prueba que no está ampliamente disponible en numerosos hospitales.
Objetivo: Evaluar el desempeño de una versión modificada del índice de Yamamoto-Furusho que sustituye la proteína C reactiva ultrasensible por proteína C reactiva convencional y determinar su correlación con índices clínicos, endoscópicos e histológicos de actividad en pacientes con colitis ulcerosa.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal realizado en pacientes con colitis ulcerosa atendidos. Se calculó una versión modificada del índice de Yamamoto-Furusho utilizando proteína C reactiva convencional en sustitución de la ultrasensible. Se evaluó su correlación con el Mayo endoscópico, la actividad histológica, la clasificación de Truelove y Witts, la extensión de la enfermedad (Montreal), el tiempo desde el diagnóstico y el tratamiento biológico mediante el coeficiente de correlación de Spearman.
Resultados: Se incluyó a 49 pacientes con colitis ulcerosa. La puntuación del índice de Yamamoto-Furusho modificado mostró una correlación positiva muy sólida con la clasificación de Truelove y Witts (ρ = 0,903; p < 0,001), el Mayo endoscópico (ρ = 0,888; p < 0,001) (**Figura 1**) y la actividad histológica (ρ = 0,886; p < 0,001). No se observaron correlaciones significativas con el tiempo desde el diagnóstico (ρ = -0,190; p = 0,190), la extensión de la enfermedad (ρ = -0,157; p = 0,283) ni con la terapia biológica (ρ = 0,023; p = 0,875). Entre las variables analizadas, únicamente el tiempo desde el diagnóstico mostró una correlación negativa moderada con el uso de terapia biológica (ρ = -0,403; p = 0,004).
Gráfico de dispersión con línea de tendencia lineal que muestra la correlación entre la puntuación de Mayo endoscópico y el índice de Yamamoto-Furusho modificado en pacientes con colitis ulcerosa. Se aplicó una dispersión aleatoria menor en los puntos para evitar la superposición de valores discretos. Se observó una correlación positiva sólida y estadísticamente significativa (rho = 0,888; p < 0,001, coeficiente de correlación de rangos de Spearman).
Conclusiones: La versión modificada del índice de Yamamoto-Furusho utilizando proteína C reactiva convencional mostró una excelente correlación con los principales índices clínicos, endoscópicos e histológicos de actividad en pacientes con colitis ulcerosa, lo que sugiere que constituye una alternativa práctica

Figura 1. Correlación entre el índice de Mayo endoscópico y el índice de Yamamoto-Furusho modificado (n = 49). (**Lun242**)



para la evaluación integral de la actividad inflamatoria en escenarios en los que la proteína C reactiva ultrasensible no está disponible. Se requieren estudios prospectivos para confirmar su desempeño diagnóstico y capacidad predictiva.
Financiamiento: No aplica.

Lun243

EVALUACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA ADIPOSIDAD VISCERAL CON ACTIVIDAD CLÍNICA, BIOQUÍMICA Y ENDOSCÓPICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

H. A. Serna-García, J. A. Favela-Ramos, J. G. López-Gómez, L. J. Pinto-García, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La obesidad y las alteraciones de la composición corporal han aumentado entre los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), y su papel en el curso de la enfermedad es objeto de creciente interés. Más allá del peso o el índice de masa corporal, la distribución de la grasa (en particular la adiposidad visceral) podría tener relevancia biológica, dado el papel del tejido adiposo como fuente de mediadores proinflamatorios. Sin embargo, la evidencia sobre su relación con la actividad de la EII es heterogénea. La bioimpedancia representa una alternativa sencilla y de bajo costo para estimar la composición corporal, aunque su utilidad para reflejar la actividad de la enfermedad en población latinoamericana permanece poco explorada.
Objetivo: Evaluar la asociación entre la adiposidad visceral estimada por bioimpedancia en pacientes con EII y actividad de la enfermedad, en sus dominios clínico, bioquímico y endoscópico.
Material y métodos: Estudio transversal en 44 adultos con EII (colitis ulcerosa [CU] 54,5%; enfermedad de Crohn [EC] 45,5%) atendidos en el departamento de gastroenterología del CMN 20 de Noviembre. Se evaluó la composición corporal mediante BIA, incluidos grasa visceral, grasa corporal, masa muscular y masa ósea. La actividad endoscópica se definió por subíndice endoscópico de Mayo > 1 en CU y SES-CD > 3 en EC; la actividad clínica por índice de Mayo clínico (parcial) ≥ 2 en CU y Harvey-Bradshaw ≥ 5 puntos en EC; y la actividad bioquímica por PCR > 3 mg/L. Las comparaciones entre grupos se realizaron con las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney según la distribución de cada variable, al considerar significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 44 pacientes, con edad mediana de 54 años (RIC, 41–64) y predominio femenino (65,9 %). La grasa visceral fue mayor en los pacientes con actividad endoscópica (8,9 ± 5,2 vs. 8,4 ± 4,3), clínica (7,4 ± 6,2 vs. 9,1 ± 4,2) y bioquímica (9,8 ± 5,5 vs. 7,9 ± 4,2), sin alcanzar significación estadística ($p = 0,74$, 0,41 y 0,19, respectivamente). Tampoco se observaron diferencias significativas en IMC, grasa corporal, peso, masa muscular ni masa ósea entre los grupos respecto de ninguno de los tres criterios de actividad (todos $p > 0,05$) (**Tabla 1**).
Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con EII no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la adiposidad visceral estimada por bioimpedancia y la actividad clínica, bioquímica o endoscópica de la enfermedad. Llama la atención que los pacientes con actividad clínica presentaron menor grasa visceral que los pacientes sin síntomas, lo que sugiere una posible relación en sentido inverso al esperado, atribuible a la pérdida de peso y masa grasa que acompaña a la enfermedad activa. En contraste, se observó una tendencia hacia mayor grasa visceral en los pacientes con actividad bioquímica, sin alcanzar significación estadística. Estos hallazgos, aparentemente contradictorios, podrían reflejar la interacción entre el estado inflamatorio, la composición corporal y el catabolismo asociado a la enfermedad, así como estar limitados por el tamaño de la muestra. Es necesario incrementar el tamaño de la muestra para confirmar estas posibles asociaciones, precisar su dirección y permitir un análisis multivariable ajustado por factores de confusión.
Financiamiento: Este trabajo no ha recibido financiamiento de ningún tipo.

Lun244

FACTORES PREDICTORES DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN CENTRO DE TERCER NIVEL

J. A. Chida-Romero, J. L. De-León-Rendón, R. Y. López-Pérez, M. E. López-Acosta, F. Zamarripa-Dorsey, G. Cabrera-Palma, B. Jiménez-Bobadilla, F. A. Lajud-Barquín, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende la colitis ulcerosa (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), que se caracterizan por un curso clínico crónico, con períodos de remisión y actividad, que conducen a la necesidad de tratamiento; dichos brotes de actividad pueden requerir ingreso hospitalario debido a la gravedad de la enfermedad o al desarrollo de complicaciones.
Objetivo: Identificar los factores clínicos, bioquímicos y relacionados con la enfermedad asociados al riesgo de hospitalización en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo en pacientes con diagnóstico de CUCI o EC de la clínica de EII del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se incluyó a 385 pacientes en seguimiento con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria intestinal y se recolectaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas y terapéuticas a partir de expedientes clínicos institucionales. El análisis estadístico se realizó con SPSS v29. Se emplearon pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov; t de Student, Mann-Whitney, ANOVA y Kruskal-Wallis para comparación de variables cuantitativas; y x^2 o Fisher para variables categóricas.
Resultados: Se analizaron datos de 385 pacientes, con edad promedio de 42 ± 15,2 años y 50,4% de la población correspondió a mujeres. La distribución por tipo de enfermedad fue de 72,5% con diagnóstico de CUCI y 27,5% de EC. La hospitalización fue más frecuente en pacientes con antecedente de cirugía intestinal (83,0% vs. 32,4%; OR, 10,14; $p < 0,001$), EC en comparación con CUCI (57,5% vs. 39,6%; OR, 2,07; $p = 0,0016$), uso previo de terapia biológica

Tabla 1. Composición corporal según el grado de actividad clínica, bioquímica y endoscópica de la enfermedad inflamatoria intestinal. (**Lun243**)

	Actividad endoscópica			Actividad clínica			Actividad bioquímica		
Característica	**Activo (n = 23)**	**Inactivo (n = 21)**	**p**	**Activo (n = 11)**	**Inactivo (n = 33)**	**p**	**Activo (n = 17)**	**Inactivo (n = 27)**	***p***
Grasa visceral	8,9 ± 5,2	8,4 ± 4,3	0,74	7,4 ± 6,2	9,1 ± 4,2	0,41	9,8 ± 5,5	7,9 ± 4,2	0,19
Índice de masa corporal, kg/m²	24,9 ± 4,1	26,5 ± 5,8	0,30	24,3 ± 5,3	26,2 ± 4,9	0,32	26,6 ± 5,9	25,1 ± 4,3	0,36
Grasa corporal, %	30,1 ± 7,5	31,4 ± 11,3	0,66	27,1 ± 8,9	32,0 ± 9,4	0,14	31,0 ± 10,1	30,6 ± 9,2	0,90
Peso, kg	65,2 ± 14,4	66,0 ± 15,7	0,85	63,1 ± 18,6	66,4 ± 13,6	0,59	69,6 ± 16,2	63,0 ± 13,6	0,16
Agua corporal, %	50,3 ± 5,2	49,7 ± 8,2	0,78	52,5 ± 6,4	49,2 ± 6,7	0,15	49,8 ± 6,9	50,1 ± 6,8	0,87
Masa muscular, kg	42,7 ± 8,7	42,1 ± 9,0	0,80	42,7 ± 10,3	42,3 ± 8,3	0,91	44,7 ± 8,9	41,0 ± 8,5	0,18
Masa ósea, kg	2,3 (1,9-2,7)	2,2 (1,9-2,4)	0,69	2,2 (1,9-2,6)	2,2 (1,9-2,5)	0,97	2,4 (2,2-2,7)	2,2 (1,9-2,4)	0,09
Tasa metabólica basal, kcal	1356 ± 241	1340 ± 259	0,84	1359 ± 290	1345 ± 236	0,89	1417 ± 243	1305 ± 244	0,14
Edad metabólica, años	58 (30-67)	43 (35-75)	0,74	29 (15-61)	52 (37-68)	0,22	63 (31-75)	41 (32-60)	0,11

Los datos se expresan como media ± desviación estándar (variables de distribución normal) o mediana (rango intercuartílico) (variables de distribución no normal). Las comparaciones entre grupos se realizaron con la prueba t de Student para muestras independientes o la prueba U de Mann-Whitney, según la distribución de cada variable. Actividad endoscópica: subíndice endoscópico de Mayo > 1 en colitis ulcerosa (CU) y SES-CD > 3 en enfermedad de Crohn (EC). Actividad clínica: índice de Mayo clínico (parcial) ≥ 2 en CU y Harvey-Bradshaw ≥ 5 puntos en EC. Actividad bioquímica: proteína C reactiva > 3 mg/L. Ninguna de las diferencias alcanzó significación estadística (todos los valores de $p > 0,05$).*Tabla de elaboración propia.

(66,1% vs. 41,3%; OR, 2,77; p = 0,0006) y tratamiento biológico actual (51,3% vs. 37,6%; OR, 1,74; p = 0,0081). Los pacientes hospitalizados presentaron concentraciones ligeramente menores de hemoglobina (14,0 vs. 14,4 g/dL; p = 0,031), mientras que la edad, el índice de masa corporal, la proteína C reactiva y la calprotectina fecal no mostraron diferencias significativas entre grupos. En el análisis multivariado, únicamente el antecedente de cirugía intestinal permaneció asociado de forma independiente con hospitalización (OR ajustada, 10,28; IC95%, 5,16-20,52; p < 0,001). Entre los pacientes con tratamiento biológico actual, infliximab (OR ajustada, 4,51; IC95%, 1,36-15,01; p = 0,014) y ustekinumab (OR ajustada, 2,69; IC95%, 1,23-5,88; p = 0,013) se asociaron con una mayor frecuencia de hospitalización respecto de los pacientes sin tratamiento biológico, mientras que vedolizumab y guselkumab no mostraron diferencias significativas. Los pacientes con uso de upadacitinib y adalimumab no se analizaron por el pequeño número de pacientes. Aunque la terapia avanzada presentó una mayor frecuencia de hospitalización en el análisis (52,0% vs. 36,7%; OR, 1,87; p = 0,0035), esta asociación perdió significancia tras el ajuste por variables clínicas, como edad, sexo, cirugía intestinal previa, terapia biológica actual, terapia biológica previa, diagnóstico de base (CUCI o EC), comorbilidades, enfermedad perianal, calprotectina y manifestaciones extraintestinales (OR ajustada, 1,50; IC95%, 0,90-2,50; p = 0,117).

Conclusiones: En este análisis de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, el antecedente de cirugía intestinal fue el principal predictor independiente de hospitalización; a pesar de que hay mayor frecuencia de hospitalización en pacientes con enfermedad de Crohn y en aquéllos con terapias avanzadas, parece estar relacionada con una mayor gravedad y complejidad de la enfermedad, más que con un efecto independiente. Los hallazgos de este trabajo sirven para contribuir a la identificación de pacientes con mayor riesgo y optimizar las estrategias de seguimiento y manejo clínico.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun245

EFECTIVIDAD EN EL MUNDO REAL, MEJORÍA DE LOS SÍNTOMAS Y SEGURIDAD DE UPADACITINIB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA DE MODERADA A GRAVE: HALLAZGOS INTERMEDIOS DEL ESTUDIO PROFUNDUS

R. R. Panaccione, Inflammatory Bowel Disease Unit, University of Calgary

Introducción: El upadacitinib es un inhibidor oral y reversible de la cinasa Janus aprobado para el tratamiento de pacientes con colitis ulcerosa (CU) de moderada a grave; aunque los estudios pivotales respaldan su uso, la evidencia en el mundo real sobre UPA en CU aún es limitada. Este análisis intermedio del estudio abierto *Prospective Real-world Study OF Upadaciti-Nib in Ulcerative colitiS* evaluó la efectividad clínica en el mundo real, la mejoría de los síntomas y la seguridad de UPA en pacientes con CU.

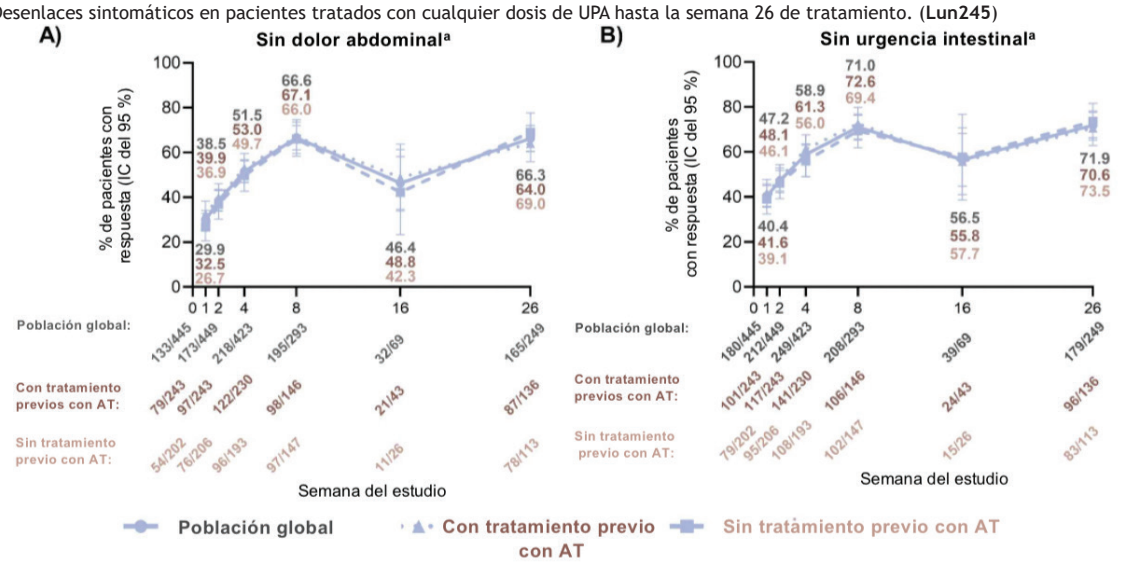
Objetivo: Evaluar la efectividad clínica en el mundo real, la mejoría de los síntomas y la seguridad de upadacitinib (UPA) en pacientes con colitis ulcerosa de moderada a grave según el análisis intermedio del estudio abierto *Prospective Real-world Study OF UpadaciTiNib in Ulcerative colitiS* (PROFUNDUS), a las 26 semanas de tratamiento.

Material y métodos: PROFUNDUS es un estudio observacional, abierto, no intervencionista y multicéntrico en curso, cuyo objetivo es evaluar la eficacia y la seguridad de UPA en pacientes con colitis ulcerosa de moderada a grave en la práctica clínica real (iniciado el 15 de agosto de 2022). Se inscribió a 785 pacientes adultos con colitis ulcerosa de moderada a grave que iniciaron tratamiento con UPA en 16 países de todo el mundo, en Europa, América del Norte, América del Sur, Asia y Australia, y la administración de UPA se realizó según los términos de la autorización de comercialización local, y fueron los investigadores quienes determinaron el tratamiento del paciente. Los pacientes son seguidos durante un máximo de tres años. La inducción se inició con la primera dosis de UPA, 45 mg una vez al día (QD) al comienzo del estudio, que los pacientes recibieron durante 8 o 16 semanas (si se inscribieron en el período de inducción extendido; **Figura 1**). Tras completar el período de inducción de 8 o 16 semanas, los pacientes iniciaron la terapia de mantenimiento (UPA de 15 mg o UPA de 30 mg QD), con un análisis intermedio en la semana 26 (6 meses; **Figura 1**). Fecha de corte de datos: 28 de febrero de 2025. La reducción gradual de esteroides quedó a discreción del investigador y no fue obligatoria.

Resultados: Entre los pacientes del conjunto de análisis completo (FAS; n = 494) al inicio del estudio, la media (DE) de la edad fue de 39,4 (13,3) años; el 42,9% correspondió a mujeres y el 21,5% recibía corticosteroides (CS); la media (DE) de la duración de la enfermedad fue de 7,8 (7,0) años; los PAMS fueron los siguientes: < 2: 26,2%; 2-4: 48,3%; > 4-6: 25,5%. Al inicio, aproximadamente la mitad (54,7%) de los pacientes analizados tenía antecedente de experiencia con terapias avanzadas (*AT-experienced*); el 41,9% había fracasado previamente en ≥ 1 terapia anti-TNF y el 14,2% de los pacientes había fracasado previamente en ≥ 1 JAKi. En la semana 26, la mayoría de los pacientes logró una respuesta clínica, y aproximadamente dos tercios alcanzaron la remisión clínica; asimismo, más de la mitad informaron la ausencia de dolor abdominal y urgencia intestinal; entre los pacientes que recibieron corticosteroides (CS) al inicio del estudio, más de la mitad lograron una respuesta sin CS; se observaron resultados similares para todos los criterios de valoración independientemente del estado de AT (**Tabla 1**).

Conclusiones: En PROFUNDUS, los pacientes con CU tratados con UPA alcanzaron altas tasas de mejoría clínica y sintomática en un entorno de práctica real, independientemente del uso previo de terapias avanzadas. En general, estos hallazgos concuerdan con los de estudios anteriores de

Figura 1. Desenlaces sintomáticos en pacientes tratados con cualquier dosis de UPA hasta la semana 26 de tratamiento. (**Lun245**)



AT, terapia avanzada, CAC, conjunto de análisis completo; UPA, upadacitinib.
El análisis se llevó a cabo entre la población con CAC, incluidos aquellos que tenían desenlaces evaluables para el criterio de valoración evaluado. Si un paciente interrumpió el tratamiento debido a la falta de efectividad o intolerancia antes de la semana 26, el desenlace de ese paciente se estableció como sin respuesta. Si un paciente interrumpió el tratamiento debido a otras razones antes de la semana 26, el desenlace de ese paciente se estableció como faltante. Número de pacientes con mediciones observadas en la visita, con eventos intercurrentes incorporados según corresponda. El análisis descriptivo se llevó a cabo para todos los grupos de tratamiento, sin que se realizaran comparaciones estadísticas entre grupos.
[a]Ausencia del síntoma evaluado.

Tabla 1. Desenlaces clínicos a la semana 26 de tratamiento. (**Lun245**)

Desenlace de efectividad en pacientes con respuesta, cualquier dosis de UPA, (n/N) %	Población global	Con tratamiento previo con AT	Sin tratamiento previo con AT
Respuesta clínica según PAMS[a]	(162/198) 81,8	(89/110) 80,9	(73/88) 83,0
Respuesta clínica sin CS según PAMS[b] entre pacientes en tratamiento con CS en la basal	(29/45) 64,4	(17/24) 70,8	(12/21) 57,1
Remisión clínica según PMS[c]	(157/217) 72,4	(89/123) 72,4	(68/94) 72,3

AT, terapia avanzada; CS, corticosteroide; FAS, conjunto de análisis completo; PAMS, puntuación parcial adaptada de Mayo; PMS, puntuación parcial de Mayo; RBS, puntuación de sangrado rectal; UPA, upadacitinib. Se realizó un análisis descriptivo para todos los grupos de tratamiento, sin comparaciones estadísticas entre grupos. El análisis se realizó en la población FAS, incluidos aquellos pacientes con resultados evaluables para el criterio de evaluación analizada. Si un paciente interrumpía el tratamiento por falta de eficacia o intolerancia antes de la semana 26, su resultado se clasificaba como no respondido. Si un paciente interrumpía UPA por otros motivos antes de la semana 26, su resultado se consideró perdido (*missing*). [a]Disminución desde el valor basal en PAMS ≥ 1 punto y ≥ 30%, además de una disminución desde el valor basal en RBS ≥ 1 o RBS absoluto ≤ 1. [b]Pacientes que estaban en tratamiento con CS al inicio, pero que ya no recibieron CS en la semana 26, y alcanzaron una respuesta clínica según PAMS. [c]PMS ≤ 2 sin ninguna subpuntuación > 1.

UPA en CU, y se observaron pocos acontecimientos adversos graves, la mayoría de los cuales no se relacionó con UPA, según la determinación del investigador del estudio.

Financiamiento: AbbVie Global.

Lun246

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: PAPEL DE LA PERCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO SOBRE LOS DETERMINANTES CLÍNICOS EN UNA COHORTE MEXICANA

M. V. Martínez-Vega, F. J. Bustillos-García, J. M. Fortanelli-Ríos, S. Basave-Falcó, G. Cabrera-Palma, M. C. Dolores-Bravo, M. R. Esquivel-Steffanoni, R. Y. López-Pérez, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La adherencia terapéutica en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es esencial en el enfoque *treat-to-target* por su efecto en la remisión sostenida y prevención de complicaciones. No obstante, la falta de adherencia es frecuente incluso con terapias avanzadas. Aunque tradicionalmente se consideran determinantes clínicos y sociodemográficos, la evidencia sugiere que las creencias del paciente, en particular la percepción de necesidad y preocupación por efectos adversos, tienen un rol central en el comportamiento terapéutico y se han caracterizado poco en países de ingresos medios.
Objetivo: Evaluar la adherencia terapéutica y su asociación con variables clínicas, terapéuticas, cognitivas y perceptuales en pacientes con EII, tras comparar la terapia biológica con el tratamiento convencional.
Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico en 169 pacientes con EII (CUCI y EC) de un centro de referencia. Se analizaron variables clínicas (tipo, actividad), terapéuticas (uso de biológicos, número de fármacos) y cognitivas (conocimiento de enfermedad, escolaridad). La adherencia se evaluó con la escala MMAS-8; la percepción del tratamiento con el *Beliefs about medicines questionnaire* (BMQ), al medir la necesidad, la preocupación y el índice necesidad-preocupación. En la terapia biológica se evaluó adicionalmente el cumplimiento infusional y la satisfacción con la vía de administración. Se aplicaron comparaciones bivariadas (U de Mann-Whitney, x^2/Fisher) y correlación de Spearman.
Resultados: Se incluyó a 169 pacientes (edad mediana, 41 años; 56,8% de mujeres), con predominio de CUCI (64,5%) y nivel de licenciatura o superior (56,8%). El 71,6% recibía biológicos (53,7% intravenosos, 42,1% subcutáneos); el vedolizumab (30,2%), el ustekinumab (24,3%) y el infliximab (8,3%) fueron los más frecuentes. El grupo convencional recibió mayoritariamente aminosalicilatos (87,5%). La prevalencia global de adherencia alta fue de 29,6%. Los pacientes con biológicos mostraron mayor adherencia (33,1% vs. 20,8%; p = 0,167), menor carga terapéutica (mediana 1 vs. 2 fármacos; p = 0,001) y mayor percepción de necesidad (p = 0,008). El olvido fue la causa principal de falta de adherencia (34,3%); los problemas económicos representaron una barrera significativamente mayor en el grupo convencional (33,3% vs. 11,6%; p = 0,002). La preocupación por efectos adversos no difirió entre grupos (p = 0,528), pero se correlacionó negativamente con la adherencia (r = -0,228; p = 0,002). El alto conocimiento de la enfermedad no se asoció con adherencia (p = 0,211), pero se correlacionó positivamente con necesidad (r = 0,411; p < 0,001). En los fármacos biológicos, la satisfacción con la vía de administración se correlacionó negativamente con la adherencia autorreportada (r = -0,188; p = 0,039), aunque el cumplimiento infusional objetivo fue 100% (RIQ, 100-100). La **Tabla 1** describe las características basales y de percepción según el tratamiento.
Conclusiones: La adherencia en EII está determinada de modo predominante por factores perceptuales, en especial el balance entre necesidad y preocupación, más que por actividad clínica o conocimiento. La terapia biológica se asocia con mayor percepción de necesidad y menor carga terapéutica,

Tabla 1. Características basales, clínicas y de percepción según el tipo de tratamiento de los pacientes con EII (n = 169). (**Lun246**)

Variable	Terapia biológica (n = 121)	Tratamiento convencional (n = 48)	p
Edad, mediana (RIQ)	41,0 (28,0-53,0)	43,0 (33,8-52,2)	0,264
Sexo femenino, n (%)	69 (57,0)	27 (56,2)	1,000
Tipo de EII, n (%)			**0.020***
CUCI	71 (58,7)	38 (79,2)	
EC	50 (41,3)	10 (20,8)	
Actividad clínica, n (%)			0,078[1]
Remisión	18 (14,9)	2 (4,2)	
Leve	67 (55,4)	33 (68,8)	
Moderada	34 (28,1)	10 (20,8)	
Número de medicamentos, mediana (RIQ)	1,0 (1,0-2,0)	2,0 (1,0-2,0)	0,001*
Adherencia alta (MMAS-8 = 8), n (%)	40 (33,1)	10 (20,8)	0,167
BMQ-necesidad, mediana (RIQ)	25,0 (20,0-25,0)	22,5 (17,8-25,0)	0,008*
BMQ-preocupación, mediana (RIQ)	12,0 (9,0-16,0)	13,5 (7,0-19,0)	0,528
Índice necesidad-preocupación	10,0 (5,0-16,0)	7,5 (1,8-14,0)	0,066
Conocimiento de la enfermedad[2], mediana (RIQ)	15,0 (13,0-15,0)	14,0 (12,0-15,0)	0,173
Satisfacción vía administración[3], mediana (RIQ)	**18,0 (17,0-19,0)**	---	< 0,001
Cumplimiento infusional (%)	100,0 (100,0 - 100,0)	---	---

Datos expresados como mediana (rango intercuartílico) o n (%). *p < 0,05 considerado estadísticamente significativo [1]Valor de p global para comparación de distribución de actividad clínica. [2]Evaluado en 104 pacientes. [3]Evaluado únicamente en pacientes con terapia biológica.

lo que garantiza un cumplimiento objetivo óptimo mediante administración supervisada. Esto mitiga barreras económicas y logísticas asociadas al tratamiento convencional, si bien el efecto se ve limitado por preocupaciones sobre efectos adversos y vía de administración. Estos hallazgos respaldan incorporar estrategias psicoeducativas para modificar las creencias del paciente en el manejo integral de la EII.
Financiamiento: Ninguno.

Lun247

CORRELACIÓN ENTRE LOS HALLAZGOS POR ENTERO-RESONANCIA MAGNÉTICA Y BIOMARCADORES SEROLÓGICOS Y FECALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

I. Borbolla-Schega, J. K. Yamamoto-Furusho, N. N. Parra-Holguín, B. Rodríguez-Encinas, A. Cassanova-Lara, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es una patología inflamatoria intestinal transmural que afecta desde la boca hasta el ano con predominio a nivel del íleon terminal y colon proximal. El paradigma terapéutico actual, impulsado por el consenso STRIDE-II, ha evolucionado hacia la remisión profunda y la remisión transmural como objetivo prioritario. La entero-resonancia magnética (ERM) con el índice MARIA simplificado (sMARIA) representa una herramienta multiparamétrica no invasiva que supera las limitaciones de la endoscopia al evaluar la actividad transmural, el daño estructural y las complicaciones extraintestinales.
Objetivo: Describir los hallazgos por ERM en pacientes con EC, así como su correlación con la actividad bioquímica, atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de tercer nivel.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal. Se incluyó a 92 pacientes adultos con diagnóstico definitivo de EC y al menos una ERM en el periodo de 2015 a 2025. Se recolectaron las variables sociodemográficas, clínicas, como el fenotipo clínico por Clasificación de Montreal, tratamientos y biomarcadores séricos y fecales, como la proteína C reactiva (PCR), calprotectina fecal, velocidad de sedimentación globular (VSG), albúmina y sangre oculta por prueba inmunofecal (FIT). Los hallazgos radiológicos se cuantificaron mediante el índice sMARIA. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25. Se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.
Resultados: Se evaluó a un total de 92 pacientes con EC cuya edad media fue de 53,96 años, con 5,8% de mujeres. La localización ileocolónica (L3) fue la más frecuente (38%), seguida de ileal (L1, 28,3%). Los fenotipos inflamatorio (B1) y estenosante (B2) se distribuyeron en igual proporción (26,1%) cada uno. Por el índice sMARIA, el 71,7% presentó actividad moderada-grave y sólo el 28,3% alcanzó remisión radiológica; no se registraron casos de actividad leve. Los hallazgos morfológicos más frecuentes fueron engrosamiento parietal (71,7%, grosor medio 6,5 mm) y edema mural (50%). Se identificó correlación significativa entre PCR (0,02-0,118 mg/dL) y remisión radiológica ($p = 0,02$; RM = 4,90, IC95%, 1,32-18,16). La correlación de Spearman mostró asociación positiva entre sMARIA y VSG ($r2 = 0,26$; $p = 0,034$) y negativa con albúmina ($r2 = -0,25$; $p = 0,041$). La calprotectina fecal y la sangre oculta por FIT no mostraron correlación significativa con sMARIA, tal y como se ilustra en la **Tabla 1**.
Conclusiones: La ERM mediante sMARIA permite evaluar la actividad o remisión transmural. Se encontró correlación positiva de manera significativa entre los hallazgos de ERM y los niveles de PCR y VSG, así como correlación negativa con la albúmina. No se halló correlación entre la ERM y los marcadores fecales como calprotectina fecal y sangre oculta por FIT.
Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Hallazgos por ERM e índice de actividad sMARIA (n = 92). (**Lun247**)

Variable	n	%
Grosor de pared (media, mm)	6,5	—
Engrosamiento parietal	66	71,7
Edema de pared	46	50,0
Estriación de grasa mesentérica	12	13,0
Úlceras profundas	7	7,6
sMARIA: remisión	26	28,3
sMARIA: actividad moderada	20	21,7
sMARIA: actividad grave	46	50,0

sMARIA, Índice simplificado de actividad por resonancia magnética; mm, milímetros; —, no aplica.

Lun248

EXPRESIÓN DIFERENCIAL DE LOS PÉPTIDOS ANTIMICROBIANOS (DMBT1 Y SFTPD) EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)

G. Fonseca-Camarillo, A. D. Rivera-Córdova, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC). La proteína *Deleted in malignant brain tumours 1* (DMBT1) y la proteína D del surfactante (SFTPD) son péptidos antimicrobianos previamente relacionados con la susceptibilidad a la EII. El gen *DMBT1* interviene en la diferenciación y regeneración celular epitelial y modera la inflamación, lo que protege al organismo de trastornos crónicos como la EC.
Objetivo: Evaluar la expresión génica diferencial de *DMBT1* y *SFTPD* en los diferentes estados de inflamación de los pacientes con CUCI y controles.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y comparativo que incluyó a 25 pacientes con CUCI y 15 controles sin datos de inflamación intestinal a nivel histológico. A partir de las biopsias colónicas se realizó reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real para cuantificar la expresión génica de *DMBT1* y *SFTPD*. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 22.0 y el paquete PRISMA GraphPad versión 6. Se consideró como significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 13 pacientes con CUCI activo (7 hombres y 6 mujeres), con una edad media de 42 años, y 12 pacientes con CUCI en remisión (4 hombres y 8 mujeres), con una edad media de 45 años. El grupo control estuvo conformado por 12 pacientes sin evidencia de inflamación microscópica (5 hombres y 7 mujeres), con una edad media de 50 años. La expresión del gen *DMBT1* fue mayor en la mucosa colónica de pacientes con CUCI activo en comparación con aquéllos en remisión ($p = 0,04$). Además, se observó una diferencia significativa entre los pacientes con CUCI activo y los controles ($p = 0,005$). Por otro lado, la expresión del gen *SFTPD* estuvo incrementada en el grupo control en comparación con los pacientes con CUCI ($p = 0,004$). No se encontró asociación entre los niveles de expresión de estos genes y los desenlaces clínicos evaluados.
Conclusiones: Existe mayor expresión del gen *DMBT1* en pacientes con CUCI activo, lo que sugiere su posible participación en la fisiopatología de la EII. En contraste, el gen *SFTPD* mostró una mayor expresión en el grupo control y una disminución en los pacientes con CUCI, lo que sugiere la presencia de alteraciones moleculares que podrían modular su expresión.
Financiamiento: Este trabajo ha sido patrocinado por fondos de investigación de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del INCMNSZ.

Lun249

LA ALTA EXPRESIÓN DEL GEN TMIGD1 ESTÁ ASOCIADA CON LA REMISIÓN HISTOLÓGICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

G. Fonseca-Camarillo, P. Abad-Martínez, K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) se han reportado alteraciones en la integridad de la barrera epitelial. TMIGD1 es una proteína transmembranal con dominios tipo inmunoglobulina, que actúa como molécula de adhesión, esencial para la formación y mantenimiento de las microvellosidades del borde en cepillo. Protege a las células epiteliales frente al estrés oxidativo y privación de nutrientes. En un modelo murino con ratones *knock out* de *TMIGD1* se observó una mayor susceptibilidad en el desarrollo y gravedad de la colitis. En pacientes con CUCI se desconoce la expresión de este gen en el tejido colónico.
Objetivo: Determinar la expresión de *TMIGD1* en mucosa colónica de pacientes con CUCI y controles.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y comparativo que incluyó a 20 pacientes con CUCI activo y 20 pacientes con CUCI en remisión y 15 controles sin datos de inflamación intestinal a nivel histológico. A partir de biopsias colónicas se realizó reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real para cuantificar la expresión génica de *TMIGD1*. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 22.0 y el paquete PRISMA GraphPad versión 6. Se consideró como significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se estudió a 20 pacientes con CUCI activo (9 hombres y 11 mujeres), con una edad media de 40 años, y 20 pacientes con CUCI en remisión (11 hombres y 9 mujeres), con una edad media de 46 años. El grupo control estuvo conformado por 15 pacientes sin evidencia de inflamación a nivel histológico (5 hombres y 10 mujeres), con una edad media de 51 años. La expresión del gen *TMIGD1* fue mayor en la mucosa colónica de pacientes con CUCI en remisión en comparación con los pacientes activos ($p = 0,0001$) y controles sin inflamación ($p = 0,0001$), respectivamente. La alta expresión de *TMIGD1* se asoció con la remisión histológica ($p = 0,01$; RM = 8,5; IC95%, 0,83-87,8).
Conclusiones: La expresión elevada del gen *TMIGD1* se encontró asociada con remisión histológica en pacientes con CUCI. Estos datos sugieren que el gen *TMIGD1* induce un efecto protector y favorece un estado de regulación de la inflamación a nivel colónico.
Financiamiento: Este trabajo ha sido patrocinado por fondos de investigación de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del INCMNSZ.

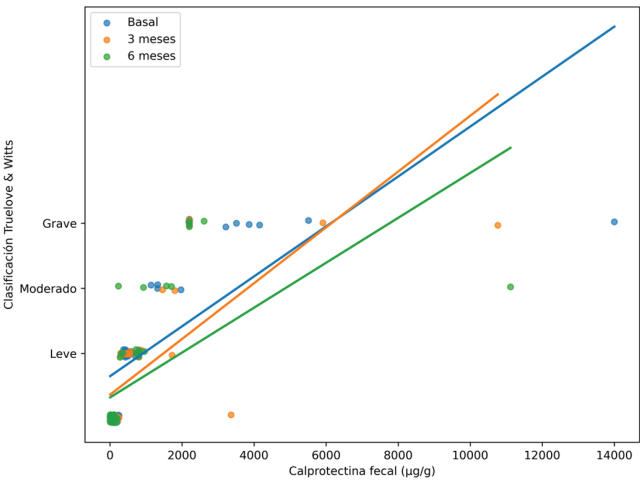
Lun250

CORRELACIÓN ENTRE CALPROTECTINA FECAL Y LA GRAVEDAD CLÍNICA SEGÚN TRUELOVE-WITTS EN COLITIS ULCEROSA: UN ANÁLISIS LONGITUDINAL EN VIDA REAL

A. Reyes-López, B. Jiménez-Bobadilla, M. R. Esquivel-Steffanoni, S. Basave-Falcó, J. M. Fortanelli-Ríos, M. V. Martínez-Vega, F. J. Bustillos-García, M. C. Dolores-Bravo, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La calprotectina fecal es un biomarcador no invasivo ampliamente validado para la evaluación de la actividad inflamatoria en la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). No obstante, su relación con la gravedad clínica, particularmente a lo largo del seguimiento longitudinal, no se ha caracterizado del todo en escenarios de práctica clínica real.
Objetivo: Evaluar la correlación entre los niveles de calprotectina fecal y la gravedad clínica determinada mediante la clasificación de Truelove-Witts en pacientes con CUCI.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y analítico en pacientes con diagnóstico de CUCI en seguimiento en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se incluyó a 60 pacientes mayores de 18 años con registros completos de calprotectina fecal y evaluación clínica seriada. Se recolectaron variables demográficas y clínicas (género, edad, tiempo de evolución de la enfermedad, clasificación de Montreal y tratamiento médico). Los niveles de calprotectina fecal y la gravedad clínica según los criterios de Truelove-Witts se evaluaron de manera paralela en tres momentos del seguimiento: basal (mes 0), mes 3 y mes 6. El análisis estadístico se realizó con el coeficiente de correlación de Spearman y se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics, versión 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.), tras considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.
Resultados: Se observó una correlación positiva sólida entre los niveles de calprotectina fecal y la gravedad clínica en todos los puntos de evaluación (**Figura 1**). En el análisis basal (mes 0), el coeficiente de Spearman fue de $r = 0,944$ ($p < 0,001$), lo cual indica una correlación muy sólida. En el mes 3, la correlación se mantuvo elevada ($r = 0,843$, $p < 0,001$), y en el mes 6 ($r = 0,802$, $p < 0,001$) reveló una ligera disminución en su magnitud, aunque dentro de un rango de asociación sólido.
Conclusiones: La calprotectina fecal demuestra una correlación estrecha y consistente con la gravedad clínica según la clasificación de Truelove-Witts en distintos puntos del seguimiento, lo que refuerza su valor no sólo como biomarcador de inflamación, sino como un indicador objetivo de la expresión clínica de la enfermedad. Estos hallazgos apoyan su integración en la toma de decisiones clínicas y en estrategias de monitoreo longitudinal en pacientes con CUCI.
Financiamiento: No aplica.

Figura 1. Diagrama de dispersión que muestra la correlación entre los niveles de calprotectina fecal y la clasificación clínica de Truelove y Witts en la evaluación basal, a los 3 meses y a los 6 meses. Las líneas representan la tendencia lineal para cada tiempo de evaluación. Se observó una correlación positiva sólida en los tres momentos del seguimiento (Spearman: ρ = 0,944, 0,843 y 0,802; p < 0,001). (**Lun250**)



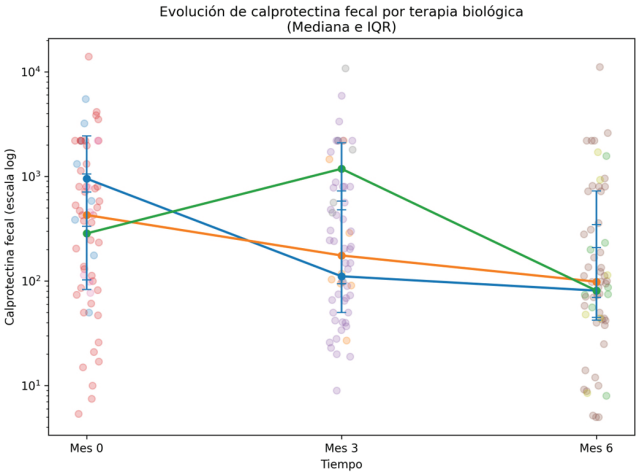
Lun251

EVOLUCIÓN LONGITUDINAL DE LA CALPROTECTINA FECAL Y COMPARACIÓN ENTRE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

A. Reyes-López, B. Jiménez-Bobadilla, M. R. Esquivel-Steffanoni, S. Basave-Falcó, J. M. Fortanelli-Ríos, M. V. Martínez-Vega, F. J. Bustillos-García, G. Cabrera-Palma, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La calprotectina fecal es un biomarcador no invasivo validado para la evaluación de la actividad inflamatoria en la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), con alta correlación con la inflamación mucosa. Aunque las terapias biológicas han demostrado eficacia en la inducción y mantenimiento de la remisión, la comparación directa de su efecto sobre marcadores objetivos de inflamación en escenarios longitudinales de práctica clínica real permanece limitada. La evaluación seriada de la calprotectina fecal permite caracterizar la cinética de respuesta terapéutica y explorar diferencias potenciales entre mecanismos de acción.
Objetivo: Evaluar la evolución longitudinal de los niveles de calprotectina fecal en pacientes con CUCI bajo terapia biológica y comparar su comportamiento entre infliximab, vedolizumab y ustekinumab en distintos puntos de seguimiento.
Material y métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal y analítico realizado en pacientes con diagnóstico de CUCI en seguimiento en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se incluyó a 60 pacientes ≥ 18 años con mediciones completas de calprotectina fecal en tres puntos: basal (mes 0), mes 3 y mes 6, tras completar esquema de inducción y al menos tres dosis de mantenimiento.
Las terapias evaluadas fueron: a) infliximab (5 mg/kg IV en las semanas 0, 2 y 6, seguido de mantenimiento cada 8 semanas); b) vedolizumab (300 mg IV en las semanas 0, 2 y 6, seguido mantenimiento cada 8 semanas); c) ustekinumab (inducción IV ajustada por peso, seguida de mantenimiento SC 90 mg cada 8 semanas). El análisis longitudinal de medidas repetidas se realizó mediante la prueba de Friedman. La comparación entre grupos terapéuticos en cada punto temporal se efectuó con la prueba de Kruskal-Wallis. Se realizaron comparaciones por pares bilaterales con valores de significancia no ajustados. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis se realizó en SPSS versión 29.
Resultados: Se incluyó a 60 pacientes con seguimiento completo. El análisis longitudinal evidenció diferencias significativas en los niveles de calprotectina fecal entre los tres puntos de evaluación ($x^2(2) = 24,137$, $p < 0,001$) (**Figura 1**), con una disminución progresiva de los rangos promedio (2,43 en mes 0, 2,02 en mes 3 y 1,55 en mes 6). El análisis *post hoc* sin ajuste mostró

Figura 1. La evolución de la calprotectina fecal mostró una disminución progresiva a lo largo del seguimiento en las tres terapias biológicas. Aunque visualmente se advierte una tendencia descendente en las medianas, no se identificaron diferencias significativas entre grupos en ninguno de los puntos de evaluación. La dispersión de los datos y la presencia de valores extremos justificaron el uso de una escala logarítmica para su representación. Azul = mes 0 (basal). Naranja = mes 3. Verde = mes 6. (**Lun251**)



diferencias significativas entre todos los puntos temporales, lo que confirma una reducción sostenida de la inflamación.

En el análisis comparativo por tipo de terapia biológica no se identificaron diferencias significativas en los niveles de calprotectina fecal al inicio ($x^2(2) = 1,689$, p = 0,430), a los 3 meses ($x^2(2) = 4,843$, p = 0,089) ni a los 6 meses ($x^2(2) = 0,001$, p = 0,999).

El análisis por pares a los 3 meses mostró una diferencia significativa no ajustada entre vedolizumab y ustekinumab (p = 0,028), la cual no se mantuvo tras la corrección por comparaciones múltiples.

Conclusiones: La calprotectina fecal mostró una reducción progresiva y estadísticamente significativa a lo largo del seguimiento y ello refleja un control inflamatorio sostenido bajo terapia biológica. No se observaron diferencias significativas entre infliximab, vedolizumab y ustekinumab en ningún punto temporal.

Estos hallazgos sugieren que, a pesar de sus distintos mecanismos de acción, las terapias biológicas evaluadas presentan una eficacia comparable en el control de la inflamación intestinal medida por calprotectina fecal, sin evidencia de superioridad entre ellas en el periodo analizado.

Financiamiento: No aplica.

Lun252

FACTORES ASOCIADOS A CIRUGÍA INTESTINAL EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL: ANÁLISIS MULTIVARIABLE Y DESENLACES A LARGO PLAZO

M. V. Martínez-Vega, S. Basave-Falcó, G. Cabrera-Palma, M. C. Dolores-Bravo, F. J. Bustillos-García, A. Reyes-López, M. R. Esquivel-Steffanoni, J. M. Fortanelli-Ríos, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC), es una enfermedad crónica y progresiva. Pese a las terapias avanzadas, la cirugía es todavía un desenlace relevante por refractariedad o malignización en CU, y por daño transmural (estenosis y fístulas) en EC. Identificar los factores clínicos y fenotípicos asociados al riesgo quirúrgico en este medio es fundamental para optimizar la atención oportuna.

Objetivo: Identificar los factores asociados con la necesidad de cirugía intestinal y describir los desenlaces quirúrgicos a largo plazo.

Material y métodos: Estudio analítico ambispectivo derivado de una cohorte institucional de 431 pacientes con EII. Se incluyeron casos con diagnóstico de CU o EC. Se construyó un modelo de regresión logística multivariable ajustado por edad y sexo para identificar factores asociados a cirugía intestinal. Posteriormente se realizaron modelos logísticos estratificados por enfermedad para evaluar los componentes de la Clasificación de Montreal. Los desenlaces crónicos se analizaron con estadística descriptiva. Los análisis se efectuaron con IBM SPSS Statistics, versión 32 (IBM Corp., Armonk, Nueva York, EE. UU.).

Resultados: De 403 pacientes con diagnóstico definitivo (292 CU, 111 EC), 390 contaron con registros completos para el análisis multivariable (84 quirúrgicos, 306 médicos). El diagnóstico de EC se asoció independientemente con mayor probabilidad de cirugía (OR ajustado, 4,62; IC95%, 2,74-7,78; p < 0,001). En EC, el comportamiento estenosante/penetrante (B2/B3) se asoció significativamente con cirugía frente al fenotipo inflamatorio B1 (OR, 4,92; IC95%, 2,00-12,12; p = 0,001). En CU, la pancolitis extensa (E3) se observó en 74,4% (n = 29/39) de los operados, lo que revela una tendencia de asociación frente a formas distales E1/E2 (OR, 2,01; IC95%, 0,87-4,60; p = 0,100) (**Tabla 1**). Edad (p = 0,650) y sexo (p = 0,219) no mostraron asociación. La mediana del tiempo hasta la cirugía fue de 0 años; de los pacientes con información cronológica completa, 14,8% (n = 8/54) requirió cirugía de urgencia anterior al diagnóstico formal. En el seguimiento a largo plazo de EC (n = 45), 37,8% (n = 17/45) requirió ≥ 2 cirugías por recurrencia y 44,4% (n = 20/45) mantiene estoma activo. En CU (n = 39), 51,3% (n = 20/39) requirió una ostomía y 71,4% de los pacientes a quienes se realizó reservorio ileoanal (n = 5/7) presentó pouchitis refractaria.

Conclusiones: La enfermedad de Crohn y el comportamiento estenosante/penetrante (B2/B3) se asociaron con mayor riesgo de cirugía intestinal. La concentración de procedimientos durante el año del diagnóstico, o incluso antes de éste, sugiere una presentación agresiva o retraso en la referencia. La elevada tasa de reintervenciones, estomas y pouchitis resalta la necesidad de un seguimiento interdisciplinario indispensable y oportuno.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Análisis de riesgo quirúrgico mediante modelos logísticos. (**Lun252**)

Variable	Comparación	OR	IC95%	p
Análisis multivariable				
Enfermedad de Crohn	*vs.* colitis ulcerosa	4,62	2,74 - 7,78	< 0,001
Análisis estratificados				
Comportamiento (EC)	B2/B3 *vs.* inflamatorio (B1)	4,92	2,00 - 12,12	0,001
Extensión (CU)	Pancolitis (E3) *vs.* E1/E2	2,01	0,87 - 4,60	0,100

Nota: el OR del análisis multivariable corresponde al modelo ajustado por edad y sexo. Los análisis estratificados se realizaron mediante modelos logísticos independientes para EC y CU.

Lun253

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE POLIMORFISMO 2 DEL GEN CYP2C19 EN POBLACIÓN GENERAL

X. De-La-O-Santos, P. Thomas-Dupont, M. Cruz-Aguilar, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La variabilidad genética de una persona puede ser una causa probable por la cual se presente una falla ante un tratamiento farmacológico. En particular, el gen *CYP2C19* codifica a una enzima del citocromo p450, la cual se encarga de la biotransformación de múltiples medicamentos como los inhibidores de la bomba de protones (IBP), antimicóticos, antiagregantes plaquetarios, antidepresivos, antiansiolíticos, entre otros. Los polimorfismos en este gen pueden modificar la velocidad en la que se metabolizan los medicamentos y se clasifican en normales, intermedios, lentos, rápidos y ultrarrápidos. Esto puede condicionar la eficacia y seguridad del tratamiento al presentar un aumento de los efectos secundarios o la nula resolución de los síntomas. Esta situación podría implicar la necesidad de ajustar la dosis terapéutica o incluso cambiar el fármaco.

Objetivo: Determinar la prevalencia del polimorfismo 2 del gen *CYP2C19* en la población veracruzana.

Material y métodos: Estudio observacional y descriptivo. Se incluyó a individuos mayores de 18 años que fueran voluntarios para donar sangre en el Centro Estatal de Transfusión Sanguínea de la ciudad de Veracruz. Se recopilaron datos sociodemográficos junto con una muestra de sangre periférica.

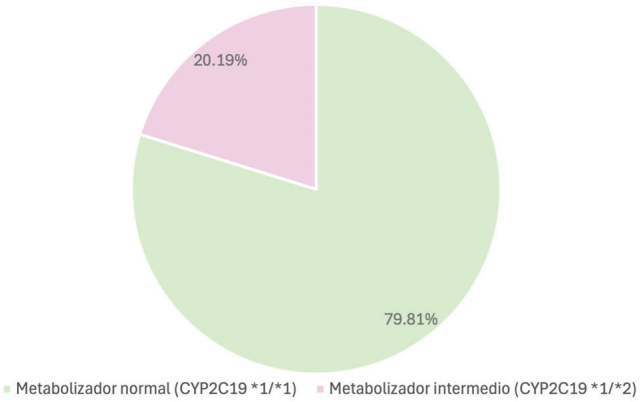
Mediante *primers* específicos para la región que contenía el polimorfismo 2, se amplificó la sección utilizando la técnica de PCR y se verificó mediante electroforesis. Se realizaron las reacciones de secuenciación Sanger, limpieza y lectura de los electroferogramas obtenidos. De acuerdo con la combinación de alelos que portara la persona, se clasificaba como metabolizador normal, intermedio o lento.

Resultados: Se analizó el gen *CYP2C19* en 104 participantes tras excluir 55 muestras que no cumplían con criterios de inclusión. La edad promedio fue de 39 ± 14 años, con un 31,7% de mujeres y 68,3% de hombres. Alrededor del 79,8% de los participantes tuvo la secuencia normal de la región, mientras que el 20,2% presentó el polimorfismo 2 (**Figura 1**). Estos sujetos portaban un alelo con la secuencia normal y otro alelo con el polimorfismo, es decir, fueron heterocigotos. Al tener esta combinación de alelos, se clasificaron como metabolizadores intermedios. De las personas con el polimorfismo, el 76,2% correspondió a hombres, mientras que el 23,8% a mujeres. La media de la edad fue de 38 ± 13,4 años.

Conclusiones: La prevalencia del polimorfismo 2 del gen *CYP2C19* en la población veracruzana fue de 20,2%. Este estudio evidenció que una parte significativa de la población general presenta un alelo con el polimorfismo 2 y un alelo con la secuencia normal. Estos sujetos metabolizan de manera intermedia los medicamentos biotransformados por CYP2C19 como los IBP. La implicación más relevante de este metabolismo es el aumento de los efectos secundarios, pues presentan mayores concentraciones plasmáticas del fármaco tras la administración de la dosis estándar. Este trabajo sienta un precedente para futuras investigaciones de otros polimorfismos que afectan al gen de dicha enzima, o con tamaño de muestra más amplia que permitan profundizar en la prevalencia de esta población en la región.

Financiamiento: Beca de maestría proporcionada por SECIHTI.

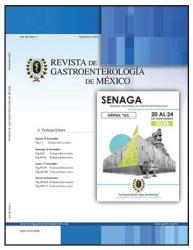
Figura 1. Prevalencia del polimorfismo 2 del gen *CYP2C19* en la población general. (**Lun253**)



Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**172-175

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 24 de noviembre de 2026

HÍGADO III

Mar254

ALGORITMO NO INVASIVO BASADO EN ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA Y DOPPLER PARA IDENTIFICAR VÁRICES ESOFÁGICAS DE ALTO RIESGO EN NIÑOS CON HIPERTENSIÓN PORTAL

F. V. Linares-Estrada, M. P. Padilla-Sánchez, Y. Rivera-Suazo, J. E. Alfaro-Bolaños, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La endoscopia digestiva alta es el estándar de referencia para identificar várices esofágicas de alto riesgo en niños con hipertensión portal; sin embargo, es un procedimiento invasivo que requiere sedación o anestesia. En la actualidad no existen algoritmos no invasivos ampliamente validados para estratificar el riesgo de várices de alto riesgo en población pediátrica. La combinación de la rigidez hepática determinada mediante elastografía y el índice de resistencia de la arteria hepática obtenido por Doppler podría mejorar la identificación de pacientes con mayor riesgo y optimizar la indicación de endoscopia.
Objetivo: Desarrollar y validar internamente un algoritmo no invasivo basado en la elastografía hepática y el índice de resistencia de la arteria hepática para estratificar el riesgo de várices esofágicas de alto riesgo en niños con hipertensión portal.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de exactitud diagnóstica en pacientes menores de 18 años con hipertensión portal atendidos en un centro de referencia pediátrico. Se incluyó a pacientes con endoscopia digestiva alta, ultrasonido Doppler hepático y elastografía hepática disponibles para análisis. El desenlace principal fue la presencia de várices esofágicas de alto riesgo determinada mediante endoscopia. Se evaluó el rendimiento diagnóstico de la elastografía hepática y del índice de resistencia de la arteria hepática mediante curvas ROC. Con posterioridad se desarrolló un modelo combinado que utilizó regresión logística con validación interna mediante validación cruzada de 10 pliegues, a partir del cual se construyó un algoritmo clínico de estratificación en riesgo bajo, intermedio y alto.
Resultados: Se analizó a 59 pacientes pediátricos con hipertensión portal; 32 (54,2%) presentaron várices esofágicas de alto riesgo. Tanto el índice de resistencia de la arteria hepática como la rigidez hepática fueron significativamente mayores en los pacientes con várices de alto riesgo (0,86 [RIC, 0,85–0,87] vs. 0,70 [RIC, 0,65–0,77] y 15,2 [RIC, 14,18–15,80] vs. 7,1 [RIC, 5,96–8,80] kPa, respectivamente; ambas comparaciones p < 0,001). La elastografía hepática mostró excelente capacidad discriminativa (AUC = 0,908; IC95%, 0,805–0,982), similar al índice de resistencia de la arteria hepática (AUC = 0,885; IC95%, 0,780–0,968; p = 0,663). El modelo combinado alcanzó un AUC de 0,909 y una puntuación de Brier de 0,117 tras validación interna.
El algoritmo descrito en la **Figura 1** clasificó a 23 pacientes (39%) como de bajo riesgo, 7 (1,9%) como de riesgo intermedio y 29 (49,2%) como de alto riesgo. Su aplicación habría permitido diferir inicialmente el 39% de las endoscopias y mantener una elevada capacidad discriminativa. En el análisis exploratorio, el rendimiento de ambos marcadores se mantuvo elevado en la hipertensión portal prehepática, mientras que la elastografía mostró mejor desempeño en la hipertensión portal intrahepática; sin embargo, el reducido tamaño de este subgrupo impide establecer diferencias concluyentes.
Conclusiones: La combinación de la elastografía hepática y el índice de resistencia de la arteria hepática mostró excelente rendimiento para identificar várices esofágicas de alto riesgo en niños con hipertensión portal. El algoritmo propuesto representa una estrategia promisoria para la estratificación no invasiva del riesgo y la priorización de la endoscopia digestiva alta. Se requieren estudios prospectivos con validación externa para confirmar su utilidad clínica y establecer su papel dentro de los algoritmos diagnósticos en hepatología pediátrica.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar255

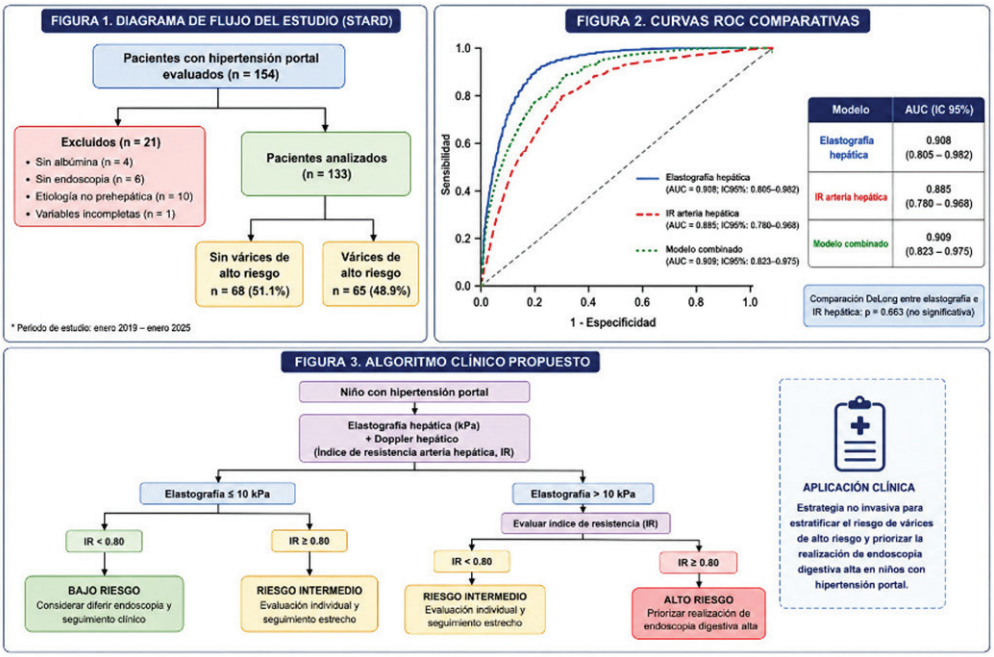
CURSO CLÍNICO, HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS Y MANEJO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN PORTAL PREHEPÁTICA EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL

A. K. Espinosa-López, D. Espinosa-Saavedra, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La hipertensión portal prehepática es una enfermedad silenciosa. Su prevalencia varía globalmente y es mayor en países en desarrollo, con predominio del sexo masculino. La principal etiología es la trombosis de la vena porta, aunque existen diversas entidades. La mayoría de los pacientes se diagnostica cuando ya presenta complicaciones derivadas de la

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Figura 1. Algoritmo no invasivo basado en elastografía hepática y Doppler para identificar várices esofágicas de alto riesgo en niños con hipertensión portal. (**Mar254**)



alteración. Hasta el 63% inicia con sangrado del tubo digestivo y el 80% lo presentó antes de los ocho años. Es necesario el seguimiento y la intervención mediante procedimientos terapéuticos que prevengan o prolonguen la aparición de complicaciones. El diagnóstico oportuno puede influir en el pronóstico a largo plazo.

Objetivo: Describir el curso clínico, hallazgos endoscópicos y manejo de pacientes pediátricos con diagnóstico de hipertensión portal prehepática.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de hipertensión portal prehepática que contaran con estudio endoscópico. Se describieron variables sociodemográficas, clínicas, y tipo de tratamiento. Se empleó estadística descriptiva.

Resultados: Se analizó a 25 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Del total de la población, el 56% correspondió al sexo masculino, con una mediana de edad al diagnóstico de 6 años. El 64% presentó un estado nutricional normal, mientras que el 11% tuvo desnutrición. Respecto del lugar de residencia, la Ciudad de México tuvo la mayor frecuencia de procedencia (24%). La degeneración cavernomatosa de la vena porta fue el diagnóstico principal en el 96%, mientras que el 4% presentó estenosis de la vena mesentérica superior. La manifestación clínica inicial más frecuente fue el sangrado del tubo digestivo alto observado en el 96% de los casos. Asimismo, la esplenomegalia estuvo presente en el 88% de los pacientes al momento del diagnóstico, acompañada de trombocitopenia. Dentro de los hallazgos endoscópicos, el 96% presentó várices esofágicas grandes al diagnóstico; se realizó tratamiento endoscópico mediante ligadura en el 68% de los casos, escleroterapia y obliteración en el 4%%, mientras que el resto requirió más de una técnica endoscópica. La mayoría de los pacientes (72%) requirió menos de cinco sesiones de erradicación variceal, pero el 12% presentó enfermedad refractaria al tratamiento y el 28% desarrolló recurrencia de la enfermedad variceal. En cuanto al manejo farmacológico, el 100% de los pacientes recibió tratamiento con betabloqueador, mientras que tan sólo un paciente recibió análogo de somatostatina de liberación prolongada. En cuanto al tratamiento quirúrgico, el 32% requirió esplenectomía con derivación portal, en tanto que el 36% permanecía en espera de manejo quirúrgico al momento del análisis (**Tabla 1**).

Conclusiones: En la población estudiada se observó que la principal etiología fue la degeneración cavernomatosa de la vena porta, con inicio en la edad escolar, y como primera manifestación el sangrado del tubo digestivo alto, en relación con alteraciones hematológicas. Todos los pacientes requirieron manejo endoscópico y resultaron relevantes los grupos con recurrencia o refractariedad de la enfermedad variceal. Por lo que estos hallazgos resaltan la importancia del reconocimiento temprano de la enfermedad para establecer un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Principales características sociodemográficas de pacientes pediátricos estudiados con diagnóstico de hipertensión portal prehepática (n = 25). (**Mar255**)

Variables	Mediana (mín-máx)
Edad al diagnóstico (años)	6 (1-15)
Variables	**n (%)**
Sexo	
Masculino	14 (44)
Femenino	11 (56)
Grupo de edad	
Escolares y adolescentes	22 (88)
Lactantes y preescolares	3 (12)
Hallazgos clínicos	
Hemorragia gastrointestinal	24 (96)
Trombocitopenia	22 (88)
Esplenomegalia	22 (88)
Tratamiento endoscópico	
Ligadura	17 (68)
Escleroterapia	1 (4)
Obliteración	1 (4)
Combinado	6 (24)
Tratamiento	
Farmacológico	25 (100)
Endoscópico	25 (100)
Quirúrgico	
Derivación quirúrgica	10 (40)
Esplenectomía + derivación	8 (32)
Esplenectomía	7 (7)

mín, mínimo; máx,máximo.

Mar256

HIDROTÓRAX HEPÁTICO Y ASCITIS REFRACTARIA: SUPERVIVENCIA COMPARATIVA Y PREDICTORES DE DESENLACE

C. E. Coronel-Castillo, F. X. Balarezo-Arias, C. González-Peña, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El hidrotórax hepático (HH) es una complicación grave de la enfermedad hepática crónica avanzada con mortalidad elevada. Su pronóstico comparado con otras descompensaciones de hipertensión portal grave no se ha establecido, lo que limita la toma de decisiones.
Objetivo: Comparar la supervivencia libre de evento compuesto (muerte o trasplante hepático) entre pacientes con hidrotórax hepático y pacientes con ascitis refractaria como forma de descompensación de enfermedad hepática crónica avanzada, e identificar los predictores independientes de desenlace adverso en esta población.
Material y métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyó a pacientes con enfermedad hepática crónica descompensada por HH o ascitis refractaria (AR), sin incluir derrames de etiología no hepática. Se analizaron características basales, MELD-Na al diagnóstico, seguimiento a 1 mes y 90 días, complicaciones y supervivencia libre de evento compuesto (muerte o trasplante). Análisis: Kaplan-Meier, *log-rank* y regresión de Cox.
Resultados: Se incluyó a 49 pacientes (55% de mujeres, mediana de 54 años, RIC, 47-61): HH sin ascitis n = 6, HH con ascitis n = 28, AR n = 15. Grupos comparables en MELD-Na basal (16,2, 16,9 y 19,2, p = 0,617) y función renal. Se registraron 23 eventos (20 muertes, 3 trasplantes). Mediana de supervivencia menor en HH (141 y 184 días) que AR (541 días). Supervivencia a 90 días: 83%, 64% y 100% (**Figura 1**). En el modelo multivariado (concordancia = 0,78), la bilirrubina fue el único predictor independiente (HR = 1,20; IC95%, 1,03-1,40; p = 0,021). En el subgrupo HH, el betabloqueo mostró efecto protector independiente (HR = 0,36; IC95%, 0,13-1,03; p = 0,057).
Conclusiones: El HH se asoció a supervivencia casi tres veces menor que la AR con MELD-Na comparable, lo cual cuestiona si las escalas actuales expresan su gravedad. Ambas representan descompensaciones con pronóstico adverso cuyo comportamiento comparativo no se había caracterizado. La bilirrubina y el betabloqueo emergen como blancos pronósticos concretos.
Financiamiento: El presente estudio no recibió financiamiento alguno.

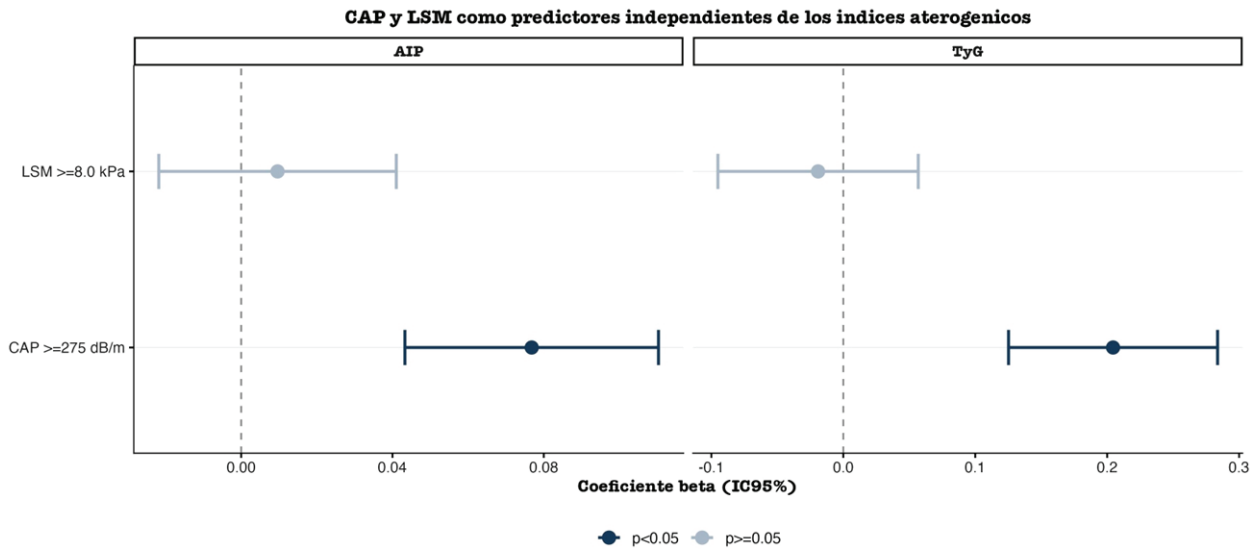
Mar257

COMPLICACIONES BILIARES POSTRASPLANTE: ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DETERMINANTES? ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE EN MÉXICO

M. A. Rivera-Salazar, I. A. González-García, C. G. Mondragón-Salgado, R. Cruz-Martínez, A. Ramírez-Del-Val, S. Hurtado-Gómez, M. Vilatobá-Chapa, Grupo Colaborativo: Departamento de Trasplantes, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El trasplante hepático (TH) es el estándar de oro para la enfermedad hepática en fase terminal. Sin embargo, las complicaciones biliares (CVB), como las fugas (FB) y estenosis (EB), representan una de las principales fuentes de morbilidad postrasplante, con incidencias reportadas del 5 al 25%. Estas complicaciones pueden desencadenar desde alteraciones leves de la función del injerto hasta su fallo y la muerte del paciente. Los esfuerzos para mitigar las CVB deben centrarse en reducir de forma adecuada los factores de riesgo mediante una buena compatibilidad donante-receptor y una técnica intraoperatoria apropiada.
Objetivo: Analizar la incidencia, factores de riesgo y desenlaces clínicos de las CVB post-TH.
Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y comparativo. Se analizó la información de 483 pacientes que recibieron un TH de donante cadavérico en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), durante el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2023. Se incluyó a pacientes mayores a 18 años que recibieron un TH dentro de este periodo, sin incluir a aquéllos con trasplante multivisceral, retrasplantes hepáticos, trasplante dominó y trasplante *split*. La recolección de datos se llevó a cabo a partir de los registros clínicos. Se registraron las variables clínicas y demográficas para describir la población y comparar los grupos. Como desenlaces principales se consideraron FB y EB y supervivencia del injerto y del paciente. Se definió como EB a los pacientes que presentaron ictericia, colestasis bioquímica de patrón obstructivo con/sin síntomas, colangitis aguda y hallazgos por imagenología o CPRE en pacientes asintomáticos; las FB se determinaron en enfermos con drenajes con gasto biliar, síntomas de sepsis abdominal, elevación de reactantes de fase aguda, colección vista por imagen o hallazgo incidental. El análisis estadístico empleó las pruebas t de Student, x^2, ANOVA y Kaplan-Meier. Se determinó significancia estadística como p < 0,05.
Resultados: La muestra inicial de 483 pacientes se dividió en tres grupos: pacientes sin CVB, EB y FB. Un total de 391 no presentó complicaciones, 74 desarrollaron EB (15%) y 18 FB (3%). La edad promedio fue similar (SCVB: 48,89 ± 12,73 años; EB: 47,73 ± 12,82 años; FB: 50,27 ± 11,38 años; p = 0,674). La colelitiasis y colecistectomía pre-TH se asocian significativamente con EB post-TH (OR, 2,948; IC, 1,14 – 7,57; p = 0,029, y OR, 3,182; IC, 1,14 – 8,91; p = 0,032, respectivamente). La falla hepática aguda mostró una asociación significativa con el desarrollo de EB post-TH (OR, 4,14; IC, 1 – 15,66; p = 0,024). La estenosis de la arteria hepática post-TH fue el principal factor de riesgo para EB post-TH (OR, 8,87, p = 0,001) (**Tabla 1**). Los pacientes con FB tuvieron una estancia hospitalaria más prolongada (14 *vs.* 10,5 *vs.* 9,4 días) en comparación con EB y pacientes SCVB. Los donadores > 40 años (OR, 2,46, p < 0,001) e infección por CMV (OR, 2,28, p = 0,028) también aumentaron el riesgo de EB post-TH. No hubo diferencias significativas en supervivencia a cinco años entre pacientes con EB (87,83%), FB (88,88%) y SCVB (88,7%); p = 0,953. El manejo endoscópico resolvió el 85% de las EB, mientras que el 66% de las FB requirieron reintervención quirúrgica.
Conclusiones: La selección cuidadosa del donador y receptor y la atención a la técnica anastomótica pueden reducir la tasa de CVB y mejorar los resultados. En la experiencia de los autores se recomiendan tiempos de isquemia fría y tibia cortos, además de tener una buena disección de la VB durante la cirugía de procuración y una buena técnica sin premura al momento de realizar la anastomosis. El diagnóstico temprano y el tratamiento

Figura 1. Kaplan-Meier de supervivencia libre de evento compuesto (muerte o trasplante) en HH sin ascitis (n = 6), HH con ascitis (n = 28) y AR (n = 15). Bandas: IC95%. Marcas: censuras. Medianas: 141, 184 y 541 días. *Log-rank* p = 0,22. (**Mar256**)



exitoso de las CVB después del TH son cruciales para prevenir la morbilidad y mortalidad.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Factores relacionados con la cirugía divididos de acuerdo con el tipo de complicación presentada. (**Mar257**)

	Sí	No	OR	IC	p[Y]
Técnica de hepatectomía:	ETC	PB			
ETC *vs.* PB	63	11	0,816	0,39 – 1,83	0,572
Estenosis (n = 74)	16	2	1,185	0,26 – 10,88	1
Fuga (n = 18)					
Anastomosis: C-C *vs.* DBD	C-C	DBD			
Estenosis (n = 74)	67	7	0,597	0,23 – 1,7	0,298
Fuga (n = 18)	16	2	0,533	0,11 – 5	0,324
Discrepancia de la vía biliar					
Estenosis (n = 74)	8	36	1,242	0,47 – 2,87	0,661
Fuga (n = 18)	2	16	1,246	0,13 – 5,59	0,676
Trombosis de la AH post-TH					
Estenosis (n = 74)	2	72	2,240	0,20 – 14	0,292
Fuga (n = 18)	1	17	4,472	0,09 – 40,17	0,235
Estenosis de la AH post-TH					
Estenosis (n = 74)	6	68	8,867	2,04 – 43,91	**0,001**
Fuga (n = 18)	0	18	0	0 – 12,27	1
Hemorragia post-TH					
Estenosis (n = 74)	7	67	1,273	0,45 – 3,10	0,638
Fuga (n = 18)	2	16	1,488	0,16 – 6,73	0,644

[Y] test de Fisher.
ETC, exclusión total de cavas; PB, *piggyback*; C-C, colédoco-colédoco; DBD, derivación biliodigestiva; AH, arteria hepática.

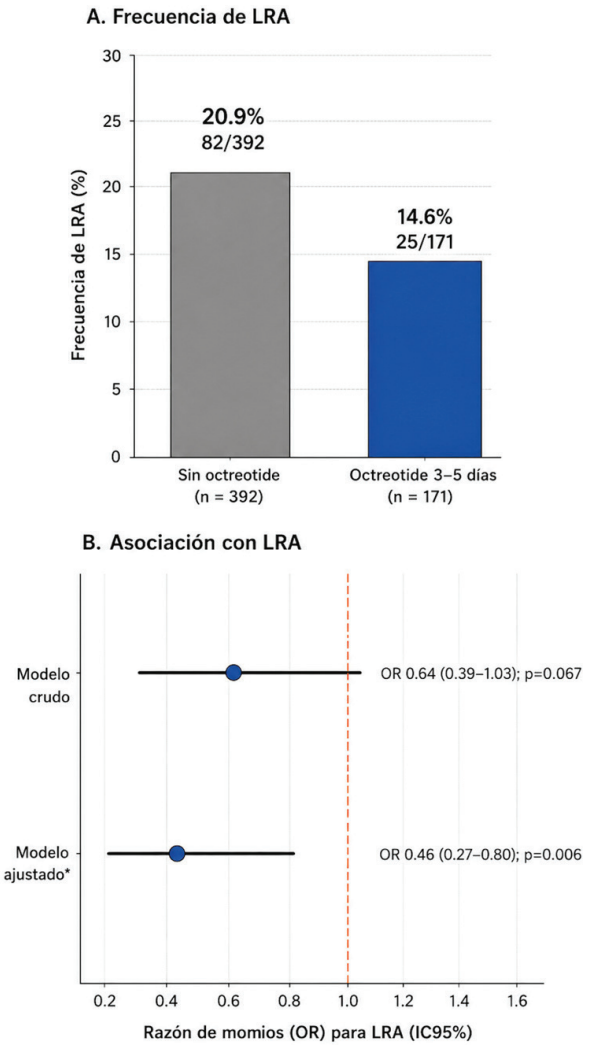
Mar258

ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE OCTREÓTIDE Y EL DESARROLLO DE LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA VARICEAL POR HIPERTENSIÓN PORTAL CIRRÓTICA, EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

N. F. Córdova-Valenzuela, A. D. Santana-Vargas, P. D. Guerrero-Ramírez, E. Del-Río-Chacón, F. Higuera-De-La-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La lesión renal aguda (LRA) representa una de las complicaciones más frecuentes de la hemorragia variceal (HV) en pacientes con hipertensión portal secundaria a cirrosis y se asocia con mayor morbimortalidad. Aunque la terlipresina cuenta con mayor evidencia sobre su beneficio renal, el octreótide aún se utiliza ampliamente en la práctica clínica.
Objetivo: Evaluar la asociación entre el uso de octreótide y el desarrollo de lesión renal aguda en pacientes con hemorragia variceal secundaria a hipertensión portal cirrótica.
Material y métodos: Se realizó una cohorte retrospectiva de pacientes hospitalizados por hemorragia variceal secundaria a hipertensión portal cirrótica. Se comparó la incidencia de LRA entre pacientes tratados con octreótide y aquellos que no recibieron este fármaco. El desenlace primario fue el desarrollo de LRA. Se construyeron modelos de regresión logística ajustados por MELD, creatinina basal, infección, uso de vasopresores y requerimientos transfusionales.
Resultados: De 885 pacientes evaluados, 563 se incluyeron en el análisis comparativo principal. La edad media fue de 53,9 ± 12,8 años. La etiología más frecuente de cirrosis fue enfermedad hepática asociada a alcohol (43,4%), seguida de MASLD (31,3%), hepatitis viral (8,7%) y otras causas (7,6%); 392 pacientes no recibieron octreótide y 171 recibieron tratamiento durante 3–5 días. Los pacientes tratados presentaron mayor gravedad clínica basal; sin embargo, la frecuencia de LRA fue menor comparada con pacientes no expuestos (14,6% vs. 20,9%). En el análisis ajustado, el uso de octreótide se asoció con menor probabilidad de LRA (OR, 0,46; IC95%, 0,27–0,80; p = 0,006), según se muestra en la **Figura 1**.
Conclusiones: En esta cohorte, el tratamiento con octreótide se asoció con una menor probabilidad de desarrollar lesión renal aguda durante la hemorragia variceal. Estos hallazgos respaldan la necesidad de estudios prospectivos que permitan confirmar un posible efecto nefroprotector.
Financiamiento: Ninguno.

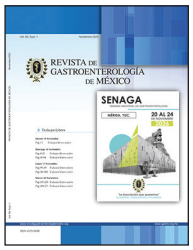
Figura 1. Uso de octreótide y lesión renal aguda en HTDAV. (**Mar258**)



Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**176-180

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 24 de noviembre de 2026

INTESTINO DELGADO/COLON

Mar259

INCONTINENCIA DUAL FRENTE A INCONTINENCIA FECAL AISLADA: FACTORES ASOCIADOS Y FENOTIPOS MANOMÉTRICOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

R. A. Cruz-Nieves, M. Haro-Limón, P. A. García-Ocaña, A. Ramírez-Anzaldo, K. G. Barroso-Pineda, M. López-Sánchez, Centro Médico Nacional IMSS Puebla Manuel Ávila Camacho

Introducción: La incontinencia dual, definida como la coexistencia de incontinencia fecal y urinaria, puede representar una alteración más extensa del piso pélvico. Sin embargo, no se conoce si presenta características clínicas o un fenotipo manométrico diferente al de la incontinencia fecal aislada.
Objetivo: Comparar las características clínicas, los factores asociados y los hallazgos de manometría anorrectal entre pacientes con incontinencia dual e incontinencia fecal aislada.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Se revisó a pacientes adultos evaluados por incontinencia fecal en un centro de referencia entre 2023 y 2026. Para este análisis se incluyó exclusivamente a pacientes con manometría anorrectal disponible y se excluyó a aquellos sin evaluación manométrica. Se definió incontinencia dual como la existencia conjunta de incontinencia fecal y urinaria. La gravedad fecal se evaluó mediante la escala de Wexner. Se analizaron edad, sexo, antecedentes obstétricos y quirúrgicos, comorbilidades, así como los hallazgos manométricos: reflejo rectoanal inhibitorio, tono anal, contractilidad, coordinación rectoanal y sensibilidad rectal. Se utilizaron U de Mann-Whitney, prueba exacta de Fisher y regresión logística exploratoria.
Resultados: Se incluyó a 80 pacientes únicos: 38 (47,5%) con incontinencia dual y 42 (52,5%) con incontinencia fecal aislada. La edad fue similar entre los grupos [63,5 (49,5-70,8) vs. 64 (58-70,3) años; p = 0,696]. El sexo femenino fue menos frecuente en la incontinencia dual (68,4% vs. 95,2%; p = 0,002). La puntuación de Wexner fue de 10 (7-14) frente a 13 (9.3-15), sin diferencia estadísticamente significativa (p = 0,100). La cirugía anorrectal previa fue más frecuente en el grupo dual (43,2% vs. 19,0%; OR, 3,24; IC95%, 1,18-8,87; p = 0,027). Entre las mujeres, el cistocele fue menos frecuente en el grupo dual (11,5% vs. 35,0%; p = 0,045). El reflejo rectoanal inhibitorio estuvo presente en todos los pacientes. No se identificaron diferencias entre la incontinencia dual y la fecal aislada en tono anal anormal (47,4% vs. 47,6%; p = 1,000), hipocontractilidad anal (44,7% vs. 39,0%; p = 0,653), trastorno de coordinación rectoanal (34,2% vs. 31,0%; p = 0,814) ni sensibilidad rectal anormal (81,6% vs. 78,6%; p = 0,786). En el modelo exploratorio ajustado por edad, sexo, Wexner y cirugía anorrectal, el sexo masculino permaneció asociado con el fenotipo dual (OR ajustada, 5,84; IC95%, 1,06-32,32; p = 0,043). La cirugía anorrectal no conservó significación después del ajuste (OR ajustada, 2,10; IC95%, 0,67-6,59; p = 0,203).

Tabla 1. Características clínicas y manométricas de los pacientes según el tipo de incontinencia. (**Mar259**)

Variable	Total n = 80	Incontinencia dual n = 38	Incontinencia fecal aislada n = 42	p
Características demográficas y gravedad clínica				
Edad, años	64 (54,8-71)	63,5 (49,5-70,8)	64 (58-70,2)	0,696
Sexo femenino	66/80 (82,5%)	26/38 (68,4%)	40/42 (95,2%)	0,002
Puntaje de Wexner (0-20)	11 (7,8-15)	10 (7-14)	13 (9,2-15)	0,100
Presentación clínica y antecedentes				
Fenotipo de incontinencia fecal				0,650
Urgencia	40/76 (52,6%)	19/34 (55,9%)	21/42 (50,0%)	
Pasiva	36/76 (47,4%)	15/34 (44,1%)	21/42 (50,0%)	
Cirugía anorrectal previa	24/79 (30,4%)	16/37 (43,2%)	8/42 (19,0%)	0,027

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Variable	Total n = 80	Incontinencia dual n = 38	Incontinencia fecal aislada n = 42	p
Antecedentes obstétricos y ginecológicos				
Partos vaginales	2 (1-4)	3 (1-4)	2 (0-3,2)	0,337
Cesáreas	0 (0-1)	0 (0-0)	0 (0-2)	0,042
Parto traumático	25/66 (37,9%)	8/26 (30,8%)	17/40 (42,5%)	0,438
Cistocele	17/66 (25,8%)	3/26 (11,5%)	14/40 (35,0%)	0,045
Histerectomía	30/66 (45,5%)	9/26 (34,6%)	21/40 (52,5%)	0,208
Comorbilidades				
Diabetes mellitus	27/80 (33,8%)	11/38 (28,9%)	16/42 (38,1%)	0,480
Hipertensión arterial	37/80 (46,2%)	14/38 (36,8%)	23/42 (54,8%)	0,122
Hipotiroidismo	17/80 (21,2%)	5/38 (13,2%)	12/42 (28,6%)	0,108
Hallazgos de manometría anorrectal				
RAIR presente	80/80 (100,0%)	38/38 (100,0%)	42/42 (100,0%)	—
Tono anal				0,547
Normotensión	42/80 (52,5%)	20/38 (52,6%)	22/42 (52,4%)	
Hipotensión	24/80 (30,0%)	13/38 (34,2%)	11/42 (26,2%)	
Hipertensión	14/80 (17,5%)	5/38 (13,2%)	9/42 (21,4%)	
Hipocontractilidad anal	33/79 (41,8%)	17/38 (44,7%)	16/41 (39,0%)	0,653
Coordinación rectoanal anormal	26/80 (32,5%)	13/38 (34,2%)	13/42 (31,0%)	0,814
Sensibilidad rectal				0,646
Normosensibilidad	16/80 (20,0%)	7/38 (18,4%)	9/42 (21,4%)	
Hiposensibilidad	22/80 (27,5%)	9/38 (23,7%)	13/42 (31,0%)	
Hipersensibilidad	42/80 (52,5%)	22/38 (57,9%)	20/42 (47,6%)	

Los datos se presentan como mediana (rango intercuartílico) o frecuencia/total evaluable (%). Se consideró tono anal anormal la presencia de hipotensión o hipertensión; sensibilidad rectal anormal, la presencia de hiposensibilidad o hipersensibilidad. El guion (—) indica que no fue posible calcular el valor de p por ausencia de variabilidad. RIC, rango intercuartílico; RAIR, reflejo rectoanal inhibitorio.

Las características clínicas, antecedentes y hallazgos manométricos de ambos grupos se muestran en la **Tabla 1**.

Conclusiones: En pacientes sometidos a manometría anorrectal, la incontinencia dual no presentó un patrón fisiológico diferente al de la incontinencia fecal aislada. Las diferencias fueron predominantemente clínicas: menor proporción de mujeres y mayor frecuencia de cirugía anorrectal previa en el análisis no ajustado. La coexistencia de incontinencia urinaria no identifica por sí sola un fenotipo manométrico específico, por lo que se requiere una evaluación integral y multidisciplinaria del piso pélvico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar260

DISMOTILIDAD DEL INTESTINO DELGADO EVALUADA MEDIANTE MANOMETRÍA INTESTINAL DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA INTERACCIÓN INTESTINO-CEREBRO

F. A. Félix-Téllez, L. G. Alcalá-González, A. Aguilar, C. Barber, L. Polo-Figueras, J. Serra, C. Malagelada, Hospital Universitario Vall d'Hebron

Introducción: La dismotilidad intestinal constituye uno de los mecanismos fisiopatológicos implicados en los trastornos de la interacción intestino-cerebro (DGBI). Sin embargo, la manometría intestinal convencional no ha demostrado alteraciones consistentes. El reciente desarrollo de la manometría intestinal de alta resolución (iHRM), con múltiples sensores de registro estrechamente espaciados, permite evaluar parámetros espaciotemporales de la motilidad previamente inaccesibles, lo que podría mejorar la detección de alteraciones motoras del intestino delgado.

Objetivo: Explorar mediante iHRM la presencia de alteraciones en los patrones de motilidad del intestino delgado en pacientes con DGBI refractarios al tratamiento, comparados con voluntarios sanos.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en un centro de tercer nivel en España. Se incluyó a pacientes con DGBI refractarios al tratamiento sintomático y un grupo control de voluntarios sanos evaluados mediante la misma técnica. La iHRM se realizó con un catéter de perfusión de 36 canales colocado por vía nasoyeyunal bajo guía fluoroscópica. El protocolo incluyó 3 horas de registro en ayuno y 2 horas tras infusión enteral continua de nutrientes (2 kcal/min). Se analizaron las características motoras de las fases del complejo motor migratorio y la respuesta motora posprandial. Las alteraciones motoras se definieron utilizando como referencia el rango de normalidad establecido por los percentiles 5-95° de los voluntarios sanos.

Resultados: Se incluyó a 46 pacientes con DGBI (83% de mujeres; edad de 39 ± 13 años) y 35 voluntarios sanos (70% de mujeres; edad de 24 ± 4 años). El 74% de los pacientes presentó al menos un parámetro motor fuera del rango de normalidad. Durante el ayuno, los pacientes con DGBI presentaron una mayor frecuencia de alteraciones de la fase III del complejo motor migratorio que los controles (45,7% *vs.* 11,4%; p < 0,001), con predominio de anomalías en la propagación y la contractilidad integral. En el periodo posprandial se observaron alteraciones en el 41,3% de los pacientes frente al 8,6% de los voluntarios sanos (p < 0,001), y la hipercontractilidad (CI ≥ 8 188 mmHg.s.cm) fue el hallazgo más frecuente, presente en 17,4% de los pacientes. En el análisis por síntomas, se objetivó que la presencia de estreñimiento se asociaba a un enlentecimiento de la propagación de la fase III (17,4% *vs.* 8,6% en sanos, p = 0,020), configuración anormal de fase III (19,6% *vs.* 0% p = 0,002) y la presencia de actividad contráctil posprandial tipo ritmo-minuto (15,2% pacientes *vs.* 0% en sanos, p = 0,001).

Conclusiones: La iHRM identifica alteraciones motoras del intestino delgado en una elevada proporción de pacientes con DGBI refractarios, predominantemente durante la fase III del complejo motor migratorio y la respuesta motora posprandial. La asociación de estas alteraciones con síntomas como el estreñimiento sugiere la existencia de fenotipos motores específicos que podrían facilitar una mejor caracterización fisiopatológica de estos pacientes.

Financiamiento: Instituto de Salud Carlos III.

Mar261

MANOMETRÍA ANORRECTAL EN MUJERES TRANSGÉNERO: UNA COMPARACIÓN CON CONTROLES CISGÉNERO HETEROSEXUALES

S. A. Reyes-Díaz, V. G. Pérez-Pérez, K. D. González-Gómez, B. A. Priego-Parra, M. M. Guzmán-Pérez, R. Silva-Bravo, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La interpretación de la manometría anorrectal (MAR) se basa en valores de referencia diferenciados por sexo, cuya aplicabilidad en mujeres transgénero no está establecida. La inclusión de las diversidades sexuales y de género en la investigación es esencial para desarrollar criterios diagnósticos más equitativos.

Objetivo: Comparar los parámetros de la MAR entre mujeres transgénero y controles cisgénero heterosexuales, e identificar diferencias en la clasificación diagnóstica relacionadas con el uso de valores de referencia basados en el sexo.

Material y métodos: Estudio de cohortes emparejadas que incluyó a mujeres transgénero (sexo biológico hombre) y controles cisgénero heterosexuales sometidos a MAR. Cada mujer transgénero se emparejó en una proporción 1:1:1 con una mujer y un hombre cisgénero, de acuerdo con la edad y el índice de masa corporal; las mujeres cisgénero no tenían antecedentes de partos vaginales. Se excluyó a los participantes con enfermedades neurológicas o alteraciones anatómicas anorrectales. Se recopilaron variables sociodemográficas y clínicas. La MAR se realizó mediante una sonda de alta resolución ManoScan 3D (Medtronic) o una sonda de perfusión de agua (Alacer), según el protocolo de Londres. Cada parámetro se interpretó utilizando valores de referencia específicos para el tipo de sonda. En las mujeres transgénero, cada estudio se reinterpretó mediante valores de referencia para hombre y mujer. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial y las comparaciones se realizaron con U de Mann-Whitney o x^2 de Spearman, según correspondiera. Se realizó un subanálisis en mujeres transgénero en terapia hormonal con estrógenos. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó en R Studio.

Resultados: Se incluyó en total a 15 mujeres transgénero y 30 controles heterosexuales cisgénero con una mediana de edad de 45 años (RIC, 32,5-55,5) e IMC de 25,3 (23,7-27,8). De las mujeres trans, 8 (53,3%) tenían estreñimiento, 6 (40%) eran asintomáticas y 1 (6,7%) tenía dolor anorrectal. En las mujeres transgénero predominó la hipotensión (66,7%) y la contractilidad normal (73,3%). En comparación con las mujeres cisgénero, presentaron menor frecuencia de hipertensión (0% *vs.* 33,3%, p = 0,014) y mayor frecuencia de sensibilidad rectal normal (53,3% *vs.* 6,7%, p = 0,005). Frente a los hombres cisgénero, la prueba de expulsión del balón anormal fue menos frecuente (6,7% *vs.* 40%, p = 0,031). No se observaron diferencias significativas en la contractilidad anal ni en el diagnóstico de disinergia. Al aplicar valores de referencia de mujer, 9 de 15 mujeres transgénero (60%) presentaron al menos una reclasificación diagnóstica. Los cambios afectaron principalmente la sensibilidad rectal (46,7%) y la contractilidad anal (33,3%), mientras que el tono anal se modificó en una sola participante (6,7%). En el subanálisis de las mujeres transgénero en terapia hormonal con estrógenos (n = 9), la presión anal media de reposo fue menor que en las mujeres cisgénero (40 [27,7-45,5] *vs.* 65 [59,2-104], p = 0,007) y los hombres cisgénero (72 [50,5-80,3], p = 0,020]. Asimismo, presentaron un menor volumen de primera sensación que las mujeres cisgénero [35 (20-65) *vs.* 70 (55-120), p = 0,027] (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y manométricas entre cohortes. (**Mar261**)

Característica	Mujeres transgénero (n = 15)	Mujeres cisgénero (n = 15)	Valor de p[1]	Hombres cisgénero (n = 15)	Valor de p[2]
A. Características sociodemográficas y clínicas					
Edad, años	43 (33,5-51)	37 (31-54)	0,344	48 (41,0-59,0)	.093
Índice de masa corporal, kg/m²	24,9 (24-26,4)	25,1 (22,7-26,8)	0,934	27,1 (25,1-29,2)	.055
Indicación del estudio			**0,031**		**<.001**
Asintomático/a	6 (40)	0 (0)	—	0 (0)	—
Estreñimiento	8 (53,3)	13 (86,7)	—	4 (26,7)	—
Incontinencia fecal	0 (0)	1 (6,7)	—	10 (66,7)	—
Dolor anorrectal	1 (6,7)	1 (6,7)	—	1 (6,7)	—
B. Clasificación manométrica por valores de referencia específicos de sexo, n (%)					
Tono anal			0,234		**.041**
Normotensión	5 (33,3)	1 (6,6)	0,068	5 (33,3)	1
Hipotensión	10 (66,7)	9 (60)	0,705	7 (46,67)	.269
Hipertensión	0 (0)	5 (33,3)	**0,014**	3 (20)	.608
Contractilidad anal			0,219		.062
Normal	11 (73,3)	8 (53,3)	0,256	9 (60)	.439
Hipocontractilidad	3 (20)	6 (40,0)	0,232	6 (40,0)	.232
Hipercontractilidad	1 (6,67)	1 (6,67)	1	0 (0)	.309
Sensibilidad rectal					
Normal	8 (53,3)	1 (6,7)	**0,005**	3 (20)	.058
Hiposensibilidad	6 (40)	9 (60)	0,273	8 (53,3)	.464
Hipersensibilidad	0 (0)	3 (20)	0,068	3 (20)	.068
Hiposensibilidad limítrofe	1 (6,7)	2 (13,3)	0,543	1 (6,7)	1
Prueba de expulsión del balón anormal	1 (6,7)	4 (26,6)	0,142	6 (40)	**.031**
Disinergia	0 (0,0)	2 (13,3)	0,143	2 (13,3)	.143
Característica	**Mujeres transgénero en terapia hormonal con estrógenos (n = 9)**	**Mujeres cisgénero (n = 15)**	**Valor de p[1]**	**Hombres cisgénero (n = 15)**	**Valor de p[2]**
C. Parámetros manométricos, mediana (RIC)					
Presión anal máxima de reposo, mmHg	69,1 (40,4-83,8)	75,3 (70,2-125,5)	0,095	82,2 (61,1-88,7)	.474
Presión anal media de reposo, mmHg	40 (27,2-45,5)	65 (59,2-104)	**0,007**	72 (50,5-80,3)	**.020**
Presión anal máxima durante la contracción, mmHg	199,7 (150,2-235,6)	216,9 (174,9-253,3)	0,905	178,1 (151,3-223,1)	.404
Volumen de primera sensación, mL	35 (20-65)	70 (55-120)	**0,027**	50 (30-85)	.417
Volumen de deseo de defecar, mL	120 (75-120)	140 (100-185)	0,208	100 (75-120)	.675
Volumen máximo tolerado, mL	165 (150-180)	240 (165-240)	0,147	150 (120-215)	.674

Los datos numéricos se presentan como mediana (rango intercuartílico) y los categóricos como n/N (%). p[1], comparación entre mujeres transgénero y mujeres cisgénero. p[2], comparación entre mujeres transgénero y hombres cisgénero. RIC, rango intercuartílico.

Conclusiones: Las mujeres transgénero mostraron mayor frecuencia de hipotensión anal, sensibilidad rectal conservada y menor alteración de la expulsión del balón, con cambios diagnósticos según los valores de referencia aplicados. La menor presión de reposo observada en usuarias de estrógenos sugiere que la terapia hormonal podría influir en la fisiología anorrectal. Estos hallazgos respaldan la necesidad de criterios de interpretación más inclusivos y específicos para esta población.
Financiamiento: Ninguna.

Mar262

DESNUTRICIÓN EN ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

M. I. Najar-Ramos, A. Larrosa-Haro, L. E. Flores-Fong, V. Estrada-Arce, Instituto de Nutrición Humana, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

Introducción: La relación entre el estado de nutrición en la población pediátrica con estreñimiento crónico (EC) ha sido motivo de controversia. Por una parte, hay información publicada que asocia a este trastorno con sobrepeso y obesidad mientras que, por la otra, existen datos que lo relacionan con peso bajo o desnutrición.
Objetivo: Evaluar la relación del estado de nutrición con EC en escolares de la zona metropolitana de Guadalajara.
Material y métodos: Estudio de casos y controles no pareado en escolares con diagnóstico de estreñimiento funcional (casos) y niños sin este trastorno (controles) durante un periodo de seis meses. El tamaño de la muestra se calculó con una fórmula para casos y controles no pareados considerando la probabilidad de aparición de peso bajo u obesidad en pacientes con EC. Variable dependiente: estado nutricio. Variable independiente: EC. Se aplicaron un cuestionario *ad hoc* para la obtención de datos generales y demográficos, el instrumento AMAI-2024 (nivel socioeconómico) y el instrumento Roma IV para niños y adolescentes. Análisis estadístico bivariado con x^2 y t de Student.
Resultados: Se estudió a 95 niños escolares de 6 a 11 años, 40 (42,1%) con diagnóstico de estreñimiento (casos) y 55 (57,9%) controles aparentemente sanos.
Patrón defecatorio: en el grupo de casos (estreñidos), la proporción de pacientes con una frecuencia semanal de evacuaciones ≤ 2 fue de 30 (75%); en los 40 casos (100%), la clasificación en la escala de Bristol fue de 1 a 3. En los controles, 55 (100%) refirieron una frecuencia defecatoria semanal ≥ 3 y en 20 (36%) la escala de Bristol fue ≥ 4 ($p < 0,001$).
Estado nutricio: la proporción de obesidad fue de 10 puntos porcentuales mayor en los controles en relación con los casos, con diferencia significativa. La proporción de desnutrición fue 9 puntos porcentuales mayor en los casos, también con diferencia significativa. La comparación cuantitativa de los valores antropométricos se presenta en la **Tabla 1**.
Conclusiones: El hallazgo central de este trabajo fue la identificación de una probabilidad de aparición de desnutrición en los niños con EC al compararlos con los controles. A esto se agrega una disminución de la probabilidad de aparición de obesidad dos veces menor en el grupo de casos, lo que apunta en sentido opuesto a la obesidad, y se suma al deterioro nutricio. En México coexisten el sobrepeso, la obesidad, el peso bajo, la desnutrición grave y las deficiencias nutrimentales específicas, del denominado síndrome de mala nutrición, proceso multicausal en el que convergen e interactúan factores sociales, económicos, ambientales, biológicos, alimentarios y nutricios. En este complejo contexto epidemiológico, una manera de precisar de la asociación del estado nutricio con un trastorno como el EC consiste en contar con un grupo de comparación evaluado en el mismo período y región, con edad y condiciones sociodemográficas similares, que unifique el ambiente obesogénico y los factores asociados a desnutrición secundaria, lo que puede abordarse con un diseño de casos y controles tras considerar al estado de nutrición como variable dependiente y el estreñimiento como independiente.
Financiamiento: Beca SECHYTI para Maestría en Nutrición Humana, alumna M. I. Najar-Ramos.

Mar263

LA APRAXIA IDEOMOTORA MEJORA DURANTE LA TERAPIA DE BIORRETROALIMENTACIÓN, PERO NO PREDICE LA RESPUESTA CLÍNICA EN PACIENTES CON DISINERGIA DEFECATORIA

Y. N. Varela-Martínez, J. S. Arenas-Martínez, J. Gutiérrez-Ortiz, L. A. Sánchez-Ruiz, M. Krause-Icaza, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La biorretroalimentación constituye el tratamiento de elección para la disinergia defecatoria; sin embargo, una proporción de pacientes no responde adecuadamente. Debido a que la defecación es un proceso motor aprendido, la apraxia ideomotora podría condicionar la adquisición de las habilidades motoras necesarias para una respuesta adecuada a la terapia. No obstante, la evidencia sobre el papel de la apraxia ideomotora como predictor de respuesta o como marcador de aprendizaje motor durante la biorretroalimentación es escasa.
Objetivo: Evaluar si la apraxia ideomotora basal predice la respuesta a la terapia de biorretroalimentación y describir los cambios en la praxis ideomotora durante las primeras sesiones de tratamiento.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo. Se incluyó a pacientes con disinergia defecatoria confirmada mediante manometría anorrectal de alta resolución tratados con biorretroalimentación. Se evaluó una prueba de apraxia ideomotora al inicio y durante la tercera sesión y se registraron el puntaje total y sus diferentes dominios. Asimismo, se analizaron los parámetros manométricos y la respuesta terapéutica, definida como mejoría clínica del patrón evacuatorio. Se compararon respondedores y no respondedores mediante análisis bivariado; con posterioridad se realizaron regresión logística, análisis de correlación y curvas ROC para evaluar la capacidad predictiva del puntaje basal de apraxia.

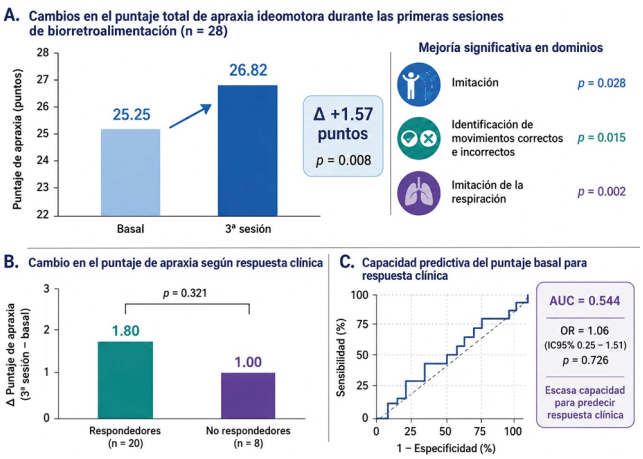
Tabla 1. Mediciones, índices e indicadores antropométricos y bioimpedancia eléctrica de 40 escolares con estreñimiento y 55 controles. Prueba estadística t de Student para muestras independientes. (**Mar262**)

Mediciones, índices **e indicadores**	**Casos**		**Controles**		**DM**	**p**	**δ-Cohen**
	x	DE	x	DE			
Estatura (cm)	132,5	9,7	135,4	10,8	-2,9	0,184	-
Peso (kg)	31,6	12,1	35,5	11,5	-3,97	0,054	-
IMC	17,5	4,4	19,1	4,2	-0,8	**0,043**	**0,360**
Z estatura/edad	0,02	0,89	0,11	0,77	-0	0,299	-
Z peso/edad	0,02	1,4	0,72	1,2	-0,70	**0,01**	
Z peso/estatura	0,02	0,9	0,111	0,8	-0,9	0,597	-
Z IMC	0,05	1,6	0,9	1,4	-0,13	**0,006**	**0,550**
CMB	20,5	4,5	21,7	3,9	-1,1	0,094	-
Z-CMB	-0,24	1,1	0,4	1,3	-0,6	**0,025**	**0,428**
C cintura (cm)	63,6	11,5	65,6	9,9	-2,1	0,171	-
C cadera (cm)	70,8	11,7	74,9	10,7	-4,1	**0,04**	**0,369**
% de grasa, BIE	22,3	8,1	25,8	7,9	-3,3	**0,037**	**0,408**

IMC, índice de masa corporal; CMB, circunferencia meda del brazo; BIE, bioimpedancia eléctrica.

Resultados: Se incluyó a 28 pacientes, con edad media de 53,5 ± 17,7 años; el 82,1% correspondió a mujeres. Veinte pacientes (71,4%) presentaron respuesta clínica y ocho (28,6%) normalizaron el patrón disinérgico. El puntaje total de apraxia ideomotora aumentó significativamente entre la evaluación basal y la tercera sesión (25,25 ± 2,43 *vs.* 26,82 ± 3,02; p = 0,008). La mejoría fue más evidente en los dominios de imitación (p = 0,028), identificación de movimientos correctos e incorrectos (p = 0,015) e imitación de la respiración (p = 0,002). En contraste, el puntaje basal de apraxia no difirió entre respondedores y no respondedores, no predijo la respuesta terapéutica en el análisis de regresión logística (OR = 1,06; IC95%, 0,75–1,51; p = 0,726) y mostró escasa capacidad discriminativa (AUC = 0,544) (**Figura 1**). Tampoco se observaron correlaciones significativas entre los cambios en el puntaje de apraxia y las modificaciones en los parámetros manométricos.
Conclusiones: La biorretroalimentación se asoció con una mejoría significativa de la praxis ideomotora durante las primeras sesiones de tratamiento, sin que el desempeño basal permitiera predecir la respuesta clínica. Estos hallazgos sugieren que la apraxia ideomotora podría reflejar procesos de plasticidad y aprendizaje motor inducidos por la terapia, más que constituir un marcador pronóstico de respuesta, lo que abre una nueva línea de investigación sobre los mecanismos neurocognitivos implicados en la eficacia de la biorretroalimentación.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Cambios en la praxis ideomotora durante las primeras sesiones de terapia de biorretroalimentación en pacientes con disinergia defecatoria. (A) El puntaje total de la prueba de apraxia ideomotora aumentó significativamente entre la evaluación basal y la tercera sesión de tratamiento (25,25 ± 2,43 *vs.* 26,82 ± 3,02; Δ = +1,57 puntos; p = 0,008), con mejoría en los dominios de imitación, identificación de movimientos correctos e incorrectos e imitación de la respiración. (B) El incremento del puntaje de apraxia fue similar entre respondedores y no respondedores a la terapia, sin diferencias significativas (p = 0,521). (C) El puntaje basal de apraxia ideomotora mostró una capacidad discriminativa limitada para predecir la respuesta clínica (AUC = 0,544; OR = 1,06; IC95%, 0,75–1,51; p = 0,726), lo que sugiere que la mejoría observada refleja procesos de aprendizaje motor inducidos por la terapia más que un marcador pronóstico de respuesta. (**Mar263**)



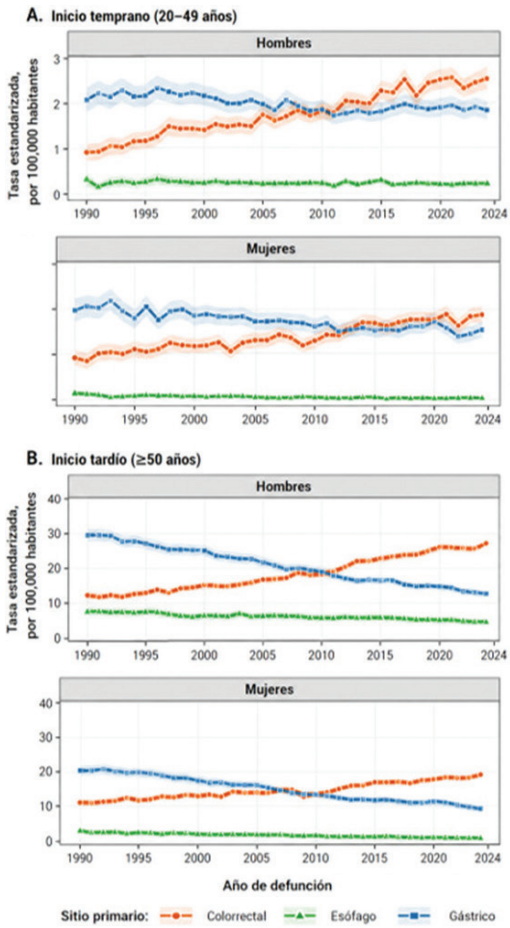
Mar264

MORTALIDAD DE LOS TUMORES MALIGNOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL EN MÉXICO: TENDENCIAS, DIFERENCIAS POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y PROYECCIONES, UN ANÁLISIS DE 34 AÑOS (1990-2024)

Y. A. Leal, L. E. Reyes-Arreguín, A. Rincón-Rubio, C. Lerma-Treviño, B. A. Priego-Parra, J. M. Remes-Troche, Centro Institucional de Capacitación y Registro de Cáncer CICyRC, Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE Mérida, Instituto Mexicano del Seguro Social Yucatán

Introducción: Los cánceres del tracto gastrointestinal representan una importante causa de mortalidad a nivel mundial. En fecha reciente se ha observado un aumento de las neoplasias digestivas de inicio temprano.
Objetivo: Caracterizar la epidemiología del cáncer esofágico (CE), gástrico (CG) y colorrectal (CCR) en México.
Material y métodos: Estudio ecológico descriptivo basado en registros nacionales de mortalidad del INEGI de 1990–2024. Se calcularon tasas de mortalidad estandarizadas por edad (ASMR) por 100 000 habitantes mediante estandarización directa respecto de la población mundial. Los análisis se estratificaron por sexo, sitio primario y edad: inicio temprano (20–49 años) y tardío (≥ 50 años). Se estimaron tendencias de 1990, 2010 y 2024.
Resultados: Se registraron 317 466 defunciones (CE n = 31 359, CG n = 141 247 y CCR 144 810). El 54,6% ocurrió en hombres. Las personas ≥ 50 años concentraron el 84,3% de las muertes por CCR, 82,2% por CG y 90,4% por CE. El CCR aumentó de manera sostenida en ambos sexos y grupos etarios; el mayor incremento se observó en los hombres jóvenes (+155,1%; ASMR: 0,91–2,31 por 100 000). En contraste, el CG disminuyó en adultos ≥ 50 años, tanto en hombres (−55,0%; 29,28–13,16) como en mujeres (−53,2%; 21,16–9,90). El CCR desplazó al CG como la principal causa de mortalidad digestiva analizada. El CE mostró las tasas más bajas, un predominio en los hombres y una tendencia descendente (**Figura 1**).
Conclusiones: El aumento del CCR, especialmente de inicio temprano, exige fortalecer la prevención, el tamizaje y la detección oportuna en México, sin desatender a los grupos con mayor riesgo de CG y CE, mediante estrategias diferenciadas según la edad, el sexo y el sitio tumoral.
Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100 000 habitantes de los cánceres del tracto gastrointestinal, contrastantes, estratificadas por edad y sexo. Se puede observar un cruce epidemiológico entre el cáncer gástrico y el cáncer colorrectal. El cáncer esofágico se mantuvo estable. (**Mar264**)



Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**181-183

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 24 de noviembre de 2026

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL II

Mar265

EXPRESIÓN GÉNICA DE *OLFM4* (OLFACTOMEDINA 4) EN MUCOSA COLÓNICA DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)

G. Fonseca-Camarillo, A. D. Rivera-Córdova, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), es una entidad multifactorial cuya fisiopatología se asocia con una activación anómala del sistema inmunitario y alteraciones de la homeostasis epitelial. En este contexto, *OLFM4* es un gen que codifica la olfactomedina 4, que se reconoce como marcador de células madre intestinales y modulador de la respuesta inmunitaria. Se sugiere su papel en la regulación de la barrera epitelial y la renovación de la mucosa colónica.
Objetivo: Medir la expresión génica de *OLFM4* en pacientes con CUCI activa, CUCI en remisión y controles.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y comparativo que incluyó a 25 pacientes con CUCI (13 activos y 12 en remisión) y 12 controles. A partir de biopsias colónicas se extrajo ARN total y se cuantificó la expresión relativa de *OLFM4* mediante RT-qPCR, normalizada con GAPDH. El análisis estadístico se efectuó con SPSS v22.0 y GraphPad Prism v6, utilizando la prueba no paramétrica de Dunn. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se estudió a 13 pacientes con CUCI activo (7 hombres y 6 mujeres) con una edad media de 42 años y un grupo de 12 pacientes con CUCI en remisión (4 hombres y 8 mujeres) con una edad media de 45 años. El grupo control incluyó a 12 pacientes (sin datos de inflamación microscópica) (5 hombres y 7 mujeres) con una edad media de 50 años. La expresión de *OLFM4* fue significativamente mayor en pacientes en remisión comparados con aquéllos con enfermedad activa ($p = 0,004$). No se observaron diferencias significativas entre los demás grupos. El análisis de Spearman mostró una correlación negativa significativa entre la expresión de *OLFM4* y la actividad endoscópica ($r2 = -0,432$; $p = 0,01$). El análisis ROC mostró una buena capacidad discriminatoria de *OLFM4* para identificar remisión o enfermedad activa (AUC = 0,839; IC95%, 0,686-0,993), con sensibilidad del 75% y especificidad del 85,7% en el punto de corte óptimo. Punto de corte óptimo por índice de Youden: VPP 81,8%, VPN 80,0%.
Conclusiones: La expresión de *OLFM4* aumenta significativamente durante la remisión en pacientes con CUCI y se correlacionó inversamente con la actividad histológica, lo que sugiere su implicación en los mecanismos de reparación y regeneración epitelial de la mucosa colónica.
Financiamiento: Fondos de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Salvador Zubirán.

Mar266

CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE HISTOLÓGICO DE NANCY Y LA ACTIVIDAD ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA

C. Morales-Limón, L. Sánchez-Reza, G. Martínez-Reyes, J. Israel-Velasco, Unidad de Especialidades UMAE Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El índice histológico de Nancy (NI) es un método validado y reproducible para evaluar la actividad inflamatoria microscópica en la colitis ulcerativa. Se ha asociado con desenlaces clínicos relevantes y propuesto como un objetivo complementario a la remisión clínica y endoscópica. No obstante, la evaluación endoscópica no siempre refleja la actividad histológica, ya que algunos pacientes en remisión endoscópica presentan inflamación microscópica persistente, asociada con mayor riesgo de recaída, hospitalización y necesidad de intensificar el tratamiento.
Objetivo: Evaluar la correlación entre el índice histológico de Nancy y la actividad endoscópica evaluada por UCEIS y Mayo Endoscópico (MES) en pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática, así como su evaluación en diversos escenarios clínicos como: brotes clínicos (grupo A), en el diagnóstico inicial (grupo B) y durante el seguimiento/vigilancia (grupo D).
Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo y unicéntrico en el Hospital de Especialidades de Puebla. Se incluyó a 38 pacientes con colitis confirmada sometidos a colonoscopias en la unidad en el periodo de 2024 a 2025 cuyos estudios se reportaron mediante MES y UCEIS; posteriormente el servicio de patología realizó una revisión de laminillas de sus reportes de histología para evaluarlos mediante el índice de Nancy. El análisis se codificó en el software estadístico SPSS v.27. Se utilizó la correlación de Spearman (ρ) al analizar Nancy total *vs.* UCEIS y Nancy total *vs.* Mayo endoscópico. Los coeficientes de correlación entre UCEIS/NI y MES/NI de cada grupo se compararon mediante la prueba Z. Se consideró significancia estadística con $p < 0,05$ e intervalos de confianza al 95%.

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Resultados: La mayoría de los pacientes se evaluó en seguimiento (86,8%), mientras que los casos en brote (7,9%) y diagnóstico inicial (5,3%) fueron escasos. En el análisis global se observó una correlación positiva moderada entre el índice histológico de Nancy y el UCEIS (ρ = 0,493; IC95%, 0,206–0,702; p = 0,0016), así como entre Nancy y el MES (ρ = 0,497; IC95%, 0,211–0,705; p = 0,0015). La comparación entre ambos coeficientes mediante la prueba Z no mostró diferencias significativas (Z = −0,019; p = 0,985), lo que indica que ambos índices presentan una asociación de magnitud comparable con la actividad histológica. Al estratificar por contexto clínico, únicamente el grupo en seguimiento mostró correlaciones positivas moderadas y estadísticamente significativas entre Nancy y UCEIS (ρ = 0,423; p = 0,014) y entre Nancy y MES (ρ = 0,439; p = 0,011). En los grupos de brote y diagnóstico inicial no fue posible establecer asociaciones confiables debido al reducido tamaño muestral (n = 3 y n = 2, respectivamente).
Conclusiones: El índice de Nancy mostró una correlación moderada y comparable con UCEIS y Mayo endoscópico, lo que respalda el uso conjunto de la evaluación endoscópica e histológica para una valoración más integral de la actividad de la colitis ulcerativa, especialmente durante el seguimiento.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

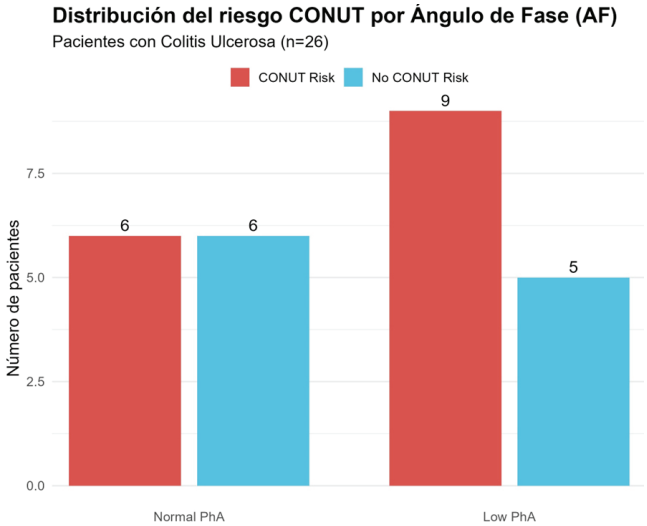
Mar267

ÁNGULO DE FASE Y CONUT COMO HERRAMIENTAS COMPLEMENTARIAS PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL EN COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)

E. A. Rivera-Silva, M. A. Santoyo-Chávez, R. Baños-Vázquez, J. L. De-León-Rendón, N. Bueno-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) constituye una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) crónica caracterizada por un proceso inflamatorio difuso y recidivante de la mucosa del colon, cuyo curso clínico implica un riesgo significativo de malnutrición y pérdida de masa muscular. Esta desnutrición deriva de una compleja interacción entre la respuesta inflamatoria sistémica, el aumento del catabolismo y la disminución de la ingesta, lo que afecta negativamente la evolución clínica y quirúrgica de los pacientes. El score CONUT (*Controlling nutritional status*) se ha posicionado como un método útil para la detección del riesgo nutricional y para predecir la gravedad de la enfermedad en pacientes con CUCI. El ángulo de fase (AF) representa un avance significativo en la valoración del estado nutricional de pacientes con CUCI. Este parámetro refleja la capacidad de las membranas celulares para mantener la homeostasis eléctrica y se correlaciona con la masa magra, la fuerza muscular y la calidad celular. Así, la correlación del CONUT y el AF podría fortalecer el diagnóstico y la intervención nutricional oportuna.
Objetivo: Evaluar la asociación entre el riesgo de desnutrición y la actividad por CONUT con el AF.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes con CUCI de 18 a 59 años de la Clínica de EII del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. El riesgo de desnutrición por CONUT se realizó tras estratificar los datos. El análisis de los datos se realizó con x^2 y correlación de Spearman.
Resultados: La muestra incluyó a 26 pacientes, 57,7% de mujeres, con edad promedio 39,6 ± 10,0 años, peso 62,75 ± 14,75 kg, talla 1,59 ± 0,05 m, IMC 24,85 ± 5,94 kg/m² y AF 5,58 ± 0,70; 42,3% correspondió a varones, con edad promedio 39,4 ± 9,7 años, peso 75,44 ± 11,38 kg, talla 1,72 ± 0,05 m, IMC 25,42 ± 3,88 kg/m² y AF 6,35 ± 0,69. La escala CONUT expuso riesgo de desnutrición en 10 pacientes femeninos y 4 masculinos. Con la estratificación tanto del CONUT como del AF se obtuvieron los grupos con riesgo y sin riesgo para el CONUT y de AF bajo y normal (**Figura 1**). La correlación lineal entre el CONUT y el AF fue débil (rs = 0,019, p = 0,926). La x^2 mostró que no hay asociación significativa entre la escala CONUT y el AF entre las estratificaciones de riesgo (x^2 = 0,462, p = 0,692). Una complementariedad permite al AF ser fundamental para identificar el 45,5% del deterioro funcional que no lo detecta el CONUT.
Conclusiones: La ausencia de asociación significativa entre el CONUT y el AF establece que ambas herramientas son necesarias debido a su aporte complementario. El CONUT evalúa el riesgo sistémico/inflamatorio y el AF la calidad celular/funcional. Por ello se requieren estudios de validación que confirmen la utilidad y el valor pronóstico combinado del AF y el CONUT en pacientes con CUCI.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Distribución del riesgo nutricional evaluado mediante la escala CONUT según la clasificación del ángulo de fase (AF) en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (n = 26). Se observa una mayor frecuencia de pacientes con riesgo nutricional por CONUT entre aquéllos con AF bajo (9/14; 64,3%) en comparación con los pacientes con AF normal (6/12; 50,0%), aunque la asociación no fue estadísticamente significativa (x^2 = 0,462; p = 0,692). (**Mar267**)



Mar268

ASOCIACIÓN DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA CON LA INGESTA INADECUADA DE PROTEÍNA Y HIERRO Y LA MASA MUSCULAR EN PACIENTES CON COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA: ESTUDIO TRANSVERSAL

V. M. Mendoza-Martínez, J. L. De-León-Rendón, J. I. Carrillo-Rojas, N. Bueno-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: En la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI), la pérdida de masa muscular se ha asociado con una mayor actividad de la enfermedad y un peor pronóstico clínico. Se han utilizado medidas como la masa magra apendicular (MMA) y su índice ajustado de masa magra apendicular (IMMA), obtenidos mediante absorciometría de rayos X de doble energía (DXA). La proteína se ha identificado como el nutriente principal para mantener un balance nitrogenado positivo y prevenir la sarcopenia. La ingesta diaria recomendada (IDR) de proteína es de 0,8-1 g/kg/día, la cantidad mínima necesaria para evitar la pérdida muscular. Sin embargo, en pacientes con CUCI activa, se recomienda aumentar la ingesta a 1,2-1,5 g/kg/día.
Objetivo: Evaluar la asociación entre la actividad clínica de la CUCI y la ingesta inadecuada de proteínas y hierro, así como explorar su relación con el IMMA.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en pacientes adultos con CUCI atendidos en la consulta externa. La actividad clínica se cuantificó según los criterios modificados de Truelove y Witts. La ingesta dietética se evaluó mediante un recordatorio de 24 horas analizado con EvalFINUT® versión 2.0. Se consideró una ingesta proteica adecuada si era ≥ 1,0 g/kg/día en pacientes en remisión y ≥ 1,2 g/kg/día en pacientes con enfermedad activa. Para el hierro, los puntos de corte fueron ≥ 18 mg/día en mujeres y ≥ 8 mg/día en hombres. La composición corporal se determinó mediante absorciometría dual de rayos X y se calculó el IMMA. Se emplearon las pruebas U de Mann-Whitney, x^2 o Fisher exacta. Finalmente, se estimaron las razones de prevalencia crudas (RP) con intervalos de confianza del 95%.
Resultados: Se incluyó a 53 pacientes, de los cuales 25 (47,2%) tenían enfermedad activa y 28 (52,8%) estaban en remisión. Los pacientes con enfermedad activa mostraron una menor ingesta de energía, de grasas e hidratos de carbono. La ingesta proteica inadecuada fue más frecuente en los pacientes activos que en los sujetos en remisión (44,0% *vs.* 14,3%; p = 0,017), al igual que la ingesta inadecuada de hierro (64,0% *vs.* 32,1%; p = 0,020). La activi-

dad clínica se vinculó con mayor prevalencia de ingesta proteica y de hierro inadecuados (RP = 3,08; IC95%, 1,12–8,45 y RP = 1,99; IC95%, 1,08–3,68, respectivamente). El IMMA disminuido fue más frecuente durante la actividad (36% *vs*. 10,7%; RP = 3,68; IC95%, 1,13–11,97; p = 0,016) (**Tabla 1**). Las mujeres con enfermedad activa tuvieron un IMMA menor que en la remisión (p = 0,009), mientras que en los hombres no se encontraron diferencias.

Tabla 1. Asociación entre la actividad clínica y las alteraciones nutricionales. (**Mar268**)

Alteración nutricional	Activa n = 25	Remisión n = 28	RP	IC95%	Valor p
Ingesta proteica inadecuada	44,0%	14,3%	**3,08**	1,12–8,45	**0,017**
Ingesta de hierro inadecuada	64%	32,1%	**1,99**	1,08–3,68	**0,020**
IMMA disminuido	40,9%	11,1%	**3,68**	1,13–11,97	**0,016**

La remisión se utilizó como categoría de referencia. La RP representa la prevalencia de cada alteración nutricional en pacientes con CUCI activa dividida entre su prevalencia en pacientes en remisión. RP, razón de prevalencias; IC95%, intervalo de confianza del 95%; IMMA, índice de masa magra apendicular.

Conclusiones: La actividad clínica de la CUCI se asoció con una mayor prevalencia de ingesta inadecuada de proteína y hierro, así como con una mayor frecuencia de IMMA disminuido. Estos hallazgos respaldan la evaluación sistemática de la ingesta dietética y la composición corporal durante la actividad y la remisión. Debido al diseño transversal, no puede establecerse temporalidad ni causalidad.
Financiamiento: Este estudio no obtuvo financiamiento.

Mar269

PERFIL DEMOGRÁFICO, FENOTÍPICO Y TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN TRATAMIENTO AVANZADO

R. M. Ruiz-Ravelo, L. J. Hernández-González, A. Triana-Romero, J. Cruz-Herrera, A. Mayoral-Zavala, J. A. Caldera-Pérez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de baja prevalencia en México se caracteriza por tener una evolución heterogénea dependiente del fenotipo, extensión, actividad y manifestaciones extraintestinales asociadas. Con el advenimiento de múltiples terapias biológicas, así como moléculas pequeñas, el tratamiento se ha modificado y actualmente se recomienda que se administre de forma individualizada según las características del paciente para obtener mejores tasas de remisión de la actividad. Por ello, conocer el perfil demográfico, fenotípico y terapéutico en esta población es fundamental para comprender así el patrón local de la colitis ulcerativa y detectar áreas de oportunidad para optimizar su atención.
Objetivo: Describir el perfil clínico, fenotípico y el esquema de tratamiento biológico utilizado acorde a estas características en pacientes con EII en un centro de tercer nivel.
Material y métodos: Estudio ambispectivo, observacional y analítico que incluyó a pacientes con EII tratados con terapia biológica y que se encuentran en seguimiento por el servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se analizaron datos demográficos, clínicos y paraclínicos. El análisis estadístico fue descriptivo y se registraron frecuencias y porcentajes para variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas.
Resultados: Se analizó a 96 pacientes, 54,2% de hombres, con una edad promedio de 49 ± 16 años, IMC promedio de 25,6 ± 4,3 kg/m², comorbilidades en 57,3% de los casos, y una prevalencia de enfermedades autoinmunes en 26%, mayormente espondilitis anquilosante con 8 pacientes. Hasta 51% de los individuos cursaba con enfermedad de Crohn y 49% con colitis ulcerosa. Un 20,8% de los pacientes tenía manifestaciones extraintestinales de la enfermedad, principalmente por artropatía y colangitis esclerosante primaria, con 20% en ambas categorías. Casi todos los pacientes (97,9%) se encontraban con terapia biológica con una mediana de 39 meses (IQR, 17-66), así como uso concomitante de 5-ASA y esteroide en 45,8% y 9,4% de los enfermos, respectivamente. La mayor parte de los pacientes se encuentra en remisión clínica (69,8%) y se ha reportado actividad endoscópica en 64,5% e histológica en 63,9%. La **Tabla 1** resume el resto de las características conforme al tiempo de EII.
Conclusiones: En esta población de pacientes se observó una distribución similar en aquéllos con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa; en ambos subgrupos predominó el sexo masculino, con alta carga de comorbilidades y manifestaciones extraintestinales. Los anti-TNF fueron la terapia más utilizada. Aunque la mayoría alcanzó remisión clínica, la actividad endoscópica e histológica persistió en una proporción considerable. Estos hallazgos respaldan la necesidad de un seguimiento bajo una estrategia por objetivos terapéuticos, así como evaluación endoscópica e histológica periódica y así orientar una terapéutica individualizada.
Financiamiento: El estudio se realizó con los recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

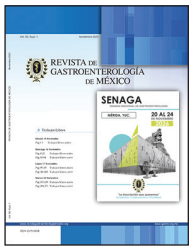
Tabla 1. Características demográficas, fenotípicas y terapéuticas por diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal. (**Mar269**)

Característica	Colitis ulcerosa (n = 49)	Crohn (n = 47)
Características demográficas y clínicas		
Edad, años	43 [31–51]	59 [43–72]
Sexo masculino	26 (53,1%)	26 (55,3%)
Sexo femenino	23 (46,9%)	21 (44,7%)
IMC, kg/m²	24,98 [22,43–27,74]	24,98 [22,72–30,09]
≥ 1 comorbilidad	28 (57,1%)	27 (57,4%)
Fenotipo de colitis ulcerosa		
Extensión E1/E2/E3*	7 (14,9%) / 10 (21,3%) / 30 (63,8%)	—
Fenotipo de enfermedad de Crohn		
Edad al diagnóstico A1/A2/A3*	—	4 (8,5%) / 13 (27,7%) / 30 (63,8%)
Estenosante	—	31 (66,0%)
Fistulizante	—	8 (17,0%)
Inflamatoria	—	6 (12,8%)
Perianal	—	2 (4,3%)
Localización L1/L2/L3	—	10 (21,3%) / 3 (6,4%) / 34 (72,3%)
Comportamiento B1/B2/B3	—	7 (14,9%) / 30 (63,8%) / 10 (21,3%)
Actividad de la enfermedad		
Remisión clínica	36 (73,5%)	31 (66,0%)
Actividad endoscópica	35 (71,4%)	25 (53,2%)
Actividad histológica	34 (69,4%)	21 (44,7%)
Cirugía previa	2 (4,1%)	17 (36,2%)
Tratamiento actual		
Adalimumab	5 (10,2%)	28 (59,6%)
Certolizumab	0	3 (6,4%)
Golimumab	9 (18,4%)	0
Infliximab	15 (30,6%)	6 (12,8%)
Tofacitinib	5 (10,2%)	0
Upadacitinib	3 (6,1%)	1 (2,1%)
Ustekinumab	4 (8,2%)	8 (17,0%)
Vedolizumab	6 (12,2%)	1 (2,1%)
Sin biológico	2 (4,1%)	0

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**184-187

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 24 de noviembre de 2026

ENDOSCOPIA

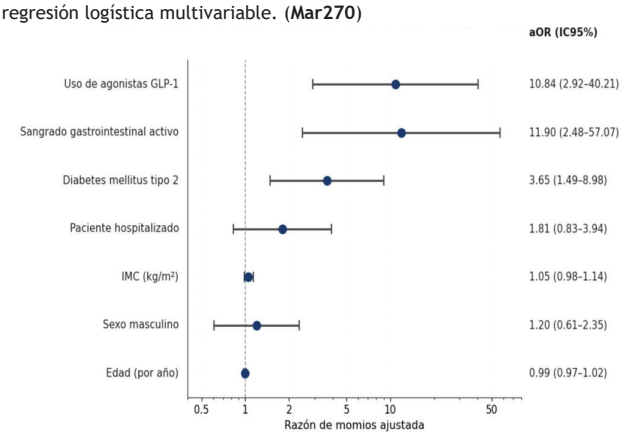
Mar270

FACTORES CLÍNICOS Y FARMACOLÓGICOS ASOCIADOS CON LIMPIEZA MUCOSA SUBÓPTIMA DURANTE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA

D. Núñez-Elizondo, M. E. López-Acosta, F. Zamarripa-Dorsey, A. Jasqui-Bucay, A. S. Ríos-Del-Río, Hospital Ángeles Lomas

Introducción: La calidad de la limpieza mucosa es un componente esencial de la endoscopia digestiva alta (EDA), ya que una visualización adecuada favorece la detección de lesiones clínicamente relevantes. El *Toronto upper gastrointestinal cleaning score* (TUGCS) es una herramienta validada para evaluar objetivamente la limpieza mucosa; sin embargo, la evidencia sobre los factores clínicos y farmacológicos asociados con una limpieza subóptima es aún limitada.
Objetivo: Identificar los factores clínicos y farmacológicos asociados independientemente con limpieza mucosa subóptima, definida como un puntaje TUGCS ≤ 9, en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta.
Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectiva en pacientes consecutivos sometidos a EDA entre marzo y noviembre de 2025. La limpieza mucosa se evaluó mediante el TUGCS (0–12 puntos), considerada la limpieza subóptima un puntaje ≤ 9. Se registraron variables demográficas, comorbilidades, uso de agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), hallazgos endoscópicos y características del procedimiento. Se efectuó un análisis bivariado y posteriormente una regresión logística multivariable para identificar factores independientemente asociados con limpieza mucosa subóptima. Se realizó un análisis de sensibilidad sin incluir a los pacientes con sangrado gastrointestinal activo.
Resultados: Se incluyó a 184 pacientes, de los cuales 86 (46,7%) presentaron limpieza mucosa subóptima (TUGCS ≤ 9). En el análisis multivariable, la diabetes mellitus tipo 2 (aOR, 3,65; IC95%, 1,49–8,98; p = 0,005), el uso de agonistas GLP-1 (aOR, 10,84; IC95%, 2,92–40,21; p < 0,001) y el sangrado gastrointestinal activo (aOR, 11,90; IC95%, 2,48–57,07; p = 0,002) se asociaron de manera independiente con limpieza mucosa subóptima. Los resultados del modelo multivariable se muestran en la **Figura 1**. La hospitalización, la edad, el índice de masa corporal y el sexo no mostraron asociación independiente. En el análisis de sensibilidad, las asociaciones de la diabetes mellitus tipo 2 y del uso de agonistas GLP-1 permanecieron estables tras excluir a los pacientes con sangrado gastrointestinal activo. El modelo presentó una capacidad discriminativa aparente aceptable (AUC 0,764).
Conclusiones: La diabetes mellitus tipo 2, el uso de agonistas GLP-1 y el sangrado gastrointestinal activo se asociaron de manera independiente con una mayor probabilidad de presentar limpieza mucosa subóptima durante la EDA. Estos hallazgos pueden contribuir a identificar a pacientes con mayor riesgo de visualización inadecuada y servir de base para futuras estrategias dirigidas a optimizar la calidad de la endoscopia digestiva alta.
Financiamiento: Los autores declaran que este estudio no recibió financiamiento externo.

Figura 1. Gráfica de bosque de los factores clínicos y farmacológicos asociados con limpieza mucosa subóptima (TUGCS ≤ 9) identificados mediante regresión logística multivariable. (**Mar270**)



Mar271

FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN FUGAS ANASTOMÓTICAS SUPERIORES TRAS CIRUGÍA ONCOLÓGICA GASTROINTESTINAL

J. R. Velázquez-López, B. Rivera-Alanís, A. I. Hernández-Guerrero, L. A. Rosales-Rentería, Instituto Nacional de Cancerología

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Introducción: Las fugas anastomóticas superiores representan una de las complicaciones más graves tras la cirugía oncológica gastrointestinal, en relación con elevada morbimortalidad, prolongación de la estancia hospitalaria y necesidad de reintervenciones. En la actualidad, el tratamiento endoscópico ha desplazado en gran medida a la reintervención quirúrgica como estrategia inicial; sin embargo, los factores asociados a su éxito terapéutico son todavía poco claros, particularmente en población oncológica.
Objetivo: Identificar los factores clínicos, endoscópicos y terapéuticos asociados al éxito del tratamiento endoscópico en pacientes con fugas anastomóticas superiores tras cirugía oncológica gastrointestinal.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico que incluyó a pacientes con fuga anastomótica superior secundaria a cirugía oncológica gastrointestinal tratados mediante endoscopia entre enero de 2015 y mayo de 2026 en un centro oncológico de referencia. Se analizaron variables clínicas, nutricionales, endoscópicas y terapéuticas. Las variables continuas se compararon mediante la prueba U de Mann-Whitney y las categóricas con la prueba exacta de Fisher, considerada la significancia estadística un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 27 pacientes y se observaron éxito terapéutico en 22 (81,5%) y fracaso en 5 (18,5%). Las complicaciones ocurrieron en 9 (33,3%) pacientes y la mortalidad intrahospitalaria fue del 25,9%. El principal factor asociado al fracaso terapéutico fue el tamaño de la fuga, con una mediana de 20 mm en el grupo con fracaso frente a 10 mm en el grupo con éxito ($p = 0,001$). Asimismo, la mortalidad se asoció con hipoalbuminemia, mayor tamaño de la fuga y menor cuenta plaquetaria. Una albúmina sérica < 2,0 g/dL se relacionó con un incremento significativo del riesgo de mortalidad (OR, 14,17; IC95%, 1,83–109,86; $p = 0,011$) (**Tabla 1**). No se identificó asociación entre el éxito terapéutico y variables como edad, sexo, IMC, localización de la fuga, presencia de colección, tipo de tratamiento utilizado o marcadores inflamatorios.

Tabla 1. Factores asociados a mortalidad intrahospitalaria en pacientes con fuga anastomótica superior tratados mediante endoscopia. (**Mar271**)

Variable	Fallecidos	Sobrevivientes	p
Albúmina, mediana	1,8 g/dL	2,5 g/dL	0,002
Albúmina < 2,0 g/dL	OR 14,17; IC95%, 1,83–109,86	Referencia	0,011
Tamaño de fuga, mediana	10 mm	9 mm	0,035
Fuga ≥ 10 mm	7/17	0/10	0,026
Plaquetas, mediana	205 mil	380 mil	0,035

Conclusiones: El tratamiento endoscópico de las fugas anastomóticas superiores posteriores a cirugía oncológica gastrointestinal presentó una elevada tasa de éxito terapéutico. El tamaño de la fuga fue el principal factor asociado al fracaso del tratamiento, mientras que la hipoalbuminemia grave se identificó como un importante predictor de mortalidad. La evaluación conjunta de las características anatómicas de la fuga y del estado nutricional del paciente podría contribuir a optimizar la selección terapéutica y mejorar los desenlaces clínicos.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

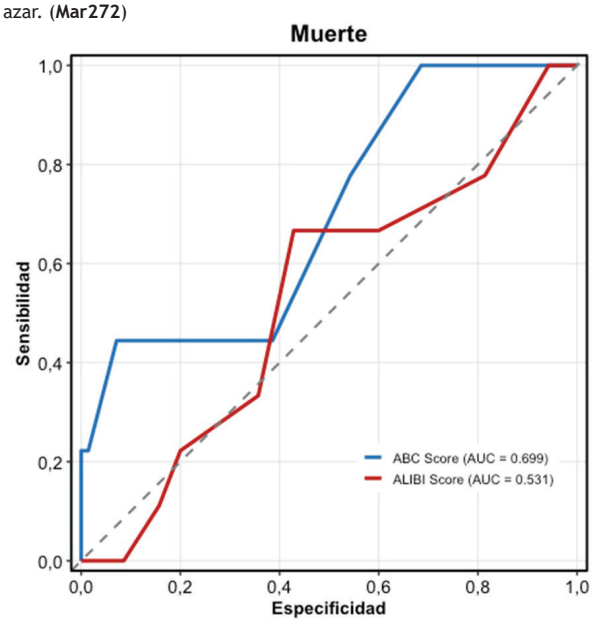
Mar272

RENDIMIENTO PRONÓSTICO DE LAS ESCALAS ABC Y ALIBI PARA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO BAJO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

Introducción: La hemorragia del tubo digestivo bajo (HTDB) es una urgencia frecuente con alta morbimortalidad y consumo de recursos. Al carecer de un estándar de oro para predecir mortalidad, la escala ALIBI se propuso como alternativa intrahospitalaria a la escala ABC. Aunque ambas son útiles, existe escasa evidencia que compare directamente su desempeño, en particular en la población mexicana.
Objetivo: Evaluar y comparar el rendimiento pronóstico de las escalas ABC y ALIBI en la predicción de mortalidad intrahospitalaria en pacientes adultos ingresados por hemorragia del tubo digestivo bajo.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde (febrero de 2020 a enero de 2026). Se incluyó a pacientes adultos con diagnóstico clínico de hemorragia del tubo digestivo bajo. Se recopilaron datos clínicos, sociodemográficos y de laboratorio, y se calcularon los puntajes de las escalas ABC y ALIBI. Las variables cuantitativas se expresaron como medias con desviación estándar o medianas con rangos intercuartílicos; las cualitativas con frecuencias absolutas y porcentajes. Se construyeron curvas ROC para evaluar la capacidad discriminativa de las escalas y se calcularon las áreas bajo la curva. El índice de Youden determinó el punto de corte óptimo para maximizar sensibilidad y especificidad. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con SPSS v26 y R Studio.
Resultados: Se incluyó a 79 pacientes con HTDB, de los cuales el 59,5% correspondió al sexo masculino, con una mediana de edad de 64 años (RIC, 50–76). Las comorbilidades más prevalentes fueron hipertensión arterial (32,9%), diabetes mellitus (29,1%), enfermedad renal crónica (19,0%) y cirrosis hepática (13,9%). La indicación de ingreso en la totalidad de la cohorte fue la presencia de hematoquecia clínica, con una puntuación mediana en la escala de Oakland al ingreso de 24 puntos (RIC, 18–29). El abordaje endoscópico se realizó en el 100% de los casos, empleando colonoscopia exclusiva en el 43% y un abordaje bidireccional (panendoscopia y colonoscopia) en el 57%. La tasa de mortalidad intrahospitalaria fue del 11,4% (n = 9). Las medianas de las escalas ABC y ALIBI al ingreso fueron de 4 (RIC, 2–6) para ambas.
La puntuación de la escala ABC mostró una correlación significativa, aunque débil, con la mortalidad intrahospitalaria ($r = 0,281$; $p = 0,012$), en contraste con la escala ALIBI, la cual no alcanzó significancia estadística ($r = 0,015$; $p = 0,893$). En el análisis de curvas ROC, la escala ABC demostró una capacidad discriminativa aceptable para predecir mortalidad (AUROC = 0,699), con una sensibilidad del 44,4%, una especificidad del 92,9% y un índice de Youden de 0,373. Por su parte, la escala ALIBI presentó un bajo rendimiento discriminativo (AUROC = 0,531), con una sensibilidad del 66,7%, una especificidad del 57,1% y un índice de Youden de 0,238 (**Figura 1**).
Conclusiones: En esta cohorte con hemorragia del tubo digestivo bajo, la escala ABC demostró mayor capacidad discriminativa para predecir mortalidad intrahospitalaria frente a ALIBI y destacó por su alta especificidad. Sin embargo, dada su sensibilidad limitada, no debe usarse aisladamente para descartar riesgo de mortalidad. En contraste, la escala ALIBI mostró un rendimiento subóptimo, y careció de utilidad pronóstica en esta población. Estos hallazgos subrayan la necesidad imperativa de validar localmente los sistemas de puntuación pronóstica antes de su incorporación rutinaria a las decisiones clínicas.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Curvas ROC para predecir mortalidad intrahospitalaria con escalas ABC (línea azul) y ALIBI (línea roja). La línea punteada indica rendimiento al azar. (**Mar272**)



Mar273

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ETIOLOGÍA Y UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SANGRADO GASTROINTESTINAL DE ORIGEN OCULTO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

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

Introducción: El sangrado gastrointestinal de origen desconocido (SGDO) se define como un sangrado gastrointestinal persistente o recurrente en el que no se identifica el origen tras una endoscopia digestiva alta y una colonoscopia. El Colegio Americano de Gastroenterología reserva el término SGDO para pacientes en quienes no se identifica el origen de la hemorragia en ninguna parte del tracto gastrointestinal tras evaluaciones endoscópicas y colonoscópicas negativas, a pesar de una investigación adicional con múltiples modalidades diagnósticas, como VCE, gammagrafía, angiotomografía computarizada, RM y enteroscopia. En adultos representa aproximadamente el 5-10% de los casos de hemorragia gastrointestinal; sin embargo, su prevalencia en niños aún es desconocida.
Objetivo: Describir y analizar la presentación clínica, la etiología y la utilización de recursos diagnósticos en pacientes pediátricos con sangrado gastrointestinal de origen oscuro.
Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva en el Instituto Nacional de Pediatría entre 2015 y 2025 de todos los pacientes que cumplían diagnóstico de SGDO. De 209 sujetos evaluados por hemorragia gastrointestinal, 23 (11%) cumplieron los criterios de SGDO.
Resultados: La edad media al diagnóstico fue de 7,9 años y el 78,2% correspondió a hombres. La hemorragia manifiesta fue la presentación predominante (95,7%); hematoquecia (39,1%) y melena en el 26,1%. El antecedente de cirugía abdominal se presentó en el 26,1%. El 82,6% requirió la repetición de al menos una modalidad diagnóstica, incluidos endoscopia, colonoscopia o estudios de imagen. El 17,4% de los pacientes no se sometió a estudios repetidos. Sin embargo, se requirieron en promedio cinco estudios diagnósticos diferentes por paciente (angiotomografía computarizada, VCE, angiografía, gammagrafía, RM enteroscópica).
Los procedimientos que se repitieron con mayor frecuencia fueron la endoscopia digestiva alta (56,5%), la colonoscopia (43,5%) y la gammagrafía con Tc-99m (34,8%). Se realizó un total de 11 enteroscopias. La intubación y la visualización ileal se lograron con éxito en 10 procedimientos (90,9%), mientras que un estudio fue incompleto. Además, se realizó una evaluación ileal mediante endoscopia con cápsula de video en un paciente. Diez (43,5%) individuos mostraron sangrado recurrente sin causa identificable y al final requirieron intervención quirúrgica.
A pesar de una evaluación exhaustiva, que incluyó estudios endoscópicos, radiológicos, endoscópicos con cápsula, angiográficos y enteroscópicos, el 52,2% de los pacientes permaneció sin un diagnóstico definitivo. Entre los sujetos con una etiología establecida, las causas más comunes fueron el divertículo de Meckel (17,4%), las malformaciones arteriovenosas (13,0%), la enfermedad inflamatoria intestinal (8,7%) y los pólipos (4,3%).
Conclusiones: El SGDO representó aproximadamente una décima parte de los pacientes pediátricos con STD, proporción similar a la reportada en adultos. Sin embargo, la carga diagnóstica fue considerable, ya que más del 80% de los pacientes requirió estudios repetidos y muchos se sometieron a múltiples modalidades diagnósticas. La endoscopia digestiva alta, la colonoscopia y la gammagrafía con Tc-99m fueron los estudios que se repitieron con mayor frecuencia, lo que sugiere que las evaluaciones iniciales suelen ser insuficientes para localizar el origen del sangrado. Más de la mitad de los pacientes permaneció sin una etiología identificada a pesar de un estudio diagnóstico exhaustivo. Estos hallazgos respaldan la necesidad de algoritmos diagnósticos específicos para la población pediátrica, en lugar de extrapolar la evidencia de la población adulta.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar274

EXPERIENCIA CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: INDICACIONES Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. R. Hernández-Zamora, J. A. Fonseca-Nájera, Grupo Colaborativo: Servicio de Endoscopia Pediátrica, Hospital General Centro Médico Nacional

Introducción: La cápsula endoscópica (CE) es una técnica no invasiva que facilita la visualización de la mucosa del intestino delgado. En 2001 recibió la aprobación de la *Food and Drug Adminstration* de Estados Unidos (FDA) como un método diagnóstico en gastroenterología. En 2004 se autorizó su uso en pacientes de 10 a 18 años y en 2009 se amplió su aplicación a niños mayores de 2 años. Las principales afecciones que llevan a utilizar la CE en niños incluyen la enfermedad de Crohn, hemorragias digestivas, anemia de causa desconocida, diarrea, dolor abdominal y el estudio de poliposis. Se han encontrado resultados positivos en el intestino en la mayoría de los casos en que se utiliza, algo que se asemeja a lo que se observa en adultos.
Objetivo: Analizar la experiencia sobre el uso de la cápsula endoscópica en pacientes pediátricos y detallar sus indicaciones y la efectividad diagnóstica en un hospital de tercer nivel
Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Revisión de pacientes a quienes se colocó cápsula endoscópica entre 2020 y 2025, con diagnóstico anterior al procedimiento y las variantes reportadas y el hallazgo principal en dicho estudio de acuerdo con la indicación.
Resultados: Se revisaron 72 estudios de cápsula endoscópica que incluyó a un total de 70 pacientes. En la distribución por género, el 51,4% (n = 36) correspondió a hombres, mientras que el 48,5% (n = 34) a mujeres. Las edades de los pacientes variaron entre 2 y 17 años, con edad promedio de 11 años. En los estudios se detectaron alteraciones en 55 casos, lo que representa un 76,3%, mientras que el 23,6% restante no reveló variación. En cuanto a la distribución de las indicaciones del procedimiento se clasificaron 11 categorías. La más destacada fue la hemorragia intestinal, en un 44,4% (n = 32), incluidas características de alta, media y baja, y le siguieron la enfermedad de Crohn con un 16,6% (n = 12) y la enfermedad inflamatoria intestinal que representó un 12,5% (n = 9). En menor medida se identificaron pólipos en el colon en un 7% (n = 5) y también se registraron tumores, con dos tipos diferentes: tumor de GIST (*gastrointestinal stromal tumor*) y tumor abdominal, que sumaron un 5,5% (n = 4). Después se reconocieron EII indeterminada, dolor abdominal, síndrome de Peutz-Jeghers y enteropatía perdedora de proteínas registrados en un 2,7% cada uno (n = 2). Por último, se observaron casos de anemia crónica y diarrea que representaron un 1,3% (n = 1) (**Tabla 1**). Las alteraciones mencionadas, organizadas de acuerdo con su frecuencia, muestran que la colonopatía nodular es la más común, presente en un 18% de los casos (n = 13). Le siguieron el íleon nodular, las úlceras en colon, los pólipos en colon y las estenosis en yeyuno e íleon, cada uno con 5,5% (n = 4). Por último, también se reportaron lesiones como la gastropatía erosiva, estenosis en colon y pólipos pediculados en yeyuno, que aparecen en un 4,16% de los casos (n = 3) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Indicaciones y rendimiento diagnóstico de la cápsula endoscópica en pediatría. (**Mar274**)

Variable	Total	Frecuencia (%)
Indicaciones		
Hemorragia gastrointestinal	32	44,4%
Enfermedad de Crohn	12	16,6%
Enfermedad inflamatoria intestinal	9	12,5%
Pólipos en colon	5	7%
Tumor	4	5,5%
Síndrome de Peutz-Jeghers	2	2,7%
EII indeterminada	2	2,7%
Dolor abdominal	2	2,7%
Enteropatía perdedora de proteínas	2	2,7%
Rendimiento diagnóstico		
Colonopatía nodular	13	18%
Íleon nodular	4	5,5%
Úlceras en colon	4	5,5%
Pólipos en colon	4	5,5%
Estenosis en yeyuno	4	5,5%
Estenosis en íleon	4	5,5%
Gastropatía erosiva	3	4,16%
Estenosis en colon	3	4,16%
Pólipos pediculados en yeyuno	3	4,16%

EII, enfermedad inflamatoria intestinal.

Conclusiones: Con este estudio se notificaron los hallazgos obtenidos tras realizar cápsulas endoscópicas en una población pediátrica durante un periodo de cinco años en un hospital de tercer nivel. Los resultados revelan un rendimiento diagnóstico del 76,3% y la principal indicación fue la hemorragia gastrointestinal, tal y como se ha reportado (65,2%) en pacientes adultos en un tercer nivel en este país. El hallazgo más común fue la colonopatía nodular. Es importante destacar que no se presentaron complicaciones inmediatas, lo que sugiere que se trata de un estudio seguro que resalta la utilidad y la versatilidad de esta herramienta diagnóstica en este grupo de edad.
Financiamiento: No se requirieron recursos financieros externos para la realización de esta investigación.

Mar275

DESEMPEÑO DE MODELOS MULTIMODALES DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE PÓLIPOS COLORRECTALES MEDIANTE CASOS CLÍNICOS SIMULADOS: COMPARACIÓN FRENTE A UN ESTÁNDAR DELPHI DE EXPERTOS

P. M. Diego-Salazar, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, J. I. Mazadiego-Cid, J. C. Zavala-Castillo, D. Muñoz-Fuentes, E. A. San-Vicente-Parada, Y. M. Velasco-Santiago, J. M. Abdo-Francis, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Los pólipos colorrectales son precursores de cáncer colorrectal y su detección, caracterización y resección oportuna son importantes en el pronóstico. Los modelos multimodales de inteligencia artificial podrían apoyar el análisis de información clínica, endoscópica e histopatológica; sin embargo, su desempeño debe evaluarse mediante estándares de referencia.
Objetivo: Evaluar el desempeño de modelos multimodales de inteligencia artificial generativa en la resolución de casos clínicos simulados de diagnóstico y manejo de pólipos colorrectales, utilizando como estándar de referencia un instrumento validado mediante metodología Delphi modificada por expertos en endoscopia digestiva.
Material y métodos: Se realizó un estudio de validación de contenido y evaluación comparativa. Un grupo investigador desarrolló un instrumento con 15 casos clínicos simulados y 75 reactivos de opción múltiple orientados al razonamiento diagnóstico, clasificación, estimación pronóstica, toma de decisiones terapéuticas e interpretación de imágenes endoscópicas e histopatológicas. La validación se efectuó mediante metodología Delphi modificada con 10 expertos, usando un criterio de consenso ≥ 75%. Posteriormente, ocho modelos multimodales resolvieron el instrumento bajo condiciones estandarizadas, con los mismos casos, imágenes, acceso a internet y *prompt* único.
Resultados: Los 10 expertos completaron ambas rondas Delphi. La concordancia global aumentó de κ = 0,507 en la primera ronda a κ = 0,804 en la segunda, y todos los reactivos alcanzaron consenso. Todos los modelos obtuvieron porcentajes de respuestas correctas superiores al 80% y concordancia significativa frente al estándar Delphi. GPT-5.5 Vision Plus presentó el mayor desempeño, con 68/75 respuestas correctas (90,7%) y κ = 0,826. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre modelos (**Tabla 1**).
Conclusiones: Los modelos multimodales de inteligencia artificial generativa mostraron desempeño alto y concordancia significativa, lo cual sugiere un papel potencial como herramienta de apoyo educativo, académico y eventualmente clínico; no obstante, su uso debe ser complementario y bajo supervisión experta.
Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Comparación del desempeño de modelos de inteligencia artificial generativa respecto del consenso Delphi de expertos en endoscopia digestiva. (**Mar275**)

Modelo	Correctas	% respuestas	κ	IC95%, κ	p
GPT-5.5 Vision Plus	68/75	90,7%	0,826	0,703–0,949	< 0,001
Claude Sonnet 4.6	65/75	86,7%	0,765	0,630–0,901	< 0,001
Gemini 3.5 Thinking	65/75	86,7%	0,761	0,623–0,899	< 0,001
GPT-5.5	65/75	86,7%	0,754	0,611–0,896	< 0,001
Kimi K2.6 Thinking	64/75	85,3%	0,737	0,594–0,881	< 0,001
Qwen3.7-Plus	63/75	84,0%	0,716	0,569–0,863	< 0,001
Gemini 3.1 Pro	63/75	84,0%	0,712	0,563–0,861	< 0,001
Grok 4.3 Fast	62/75	82,7%	0,685	0,530–0,841	< 0,001

κ, coeficiente kappa de Cohen; IC95%, intervalo de confianza del 95%. Los valores de p corresponden a la prueba de hipótesis H0: κ = 0 frente al estándar de referencia consensuado Delphi.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**188-190

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx

Sesión de trabajos libres orales

Martes 24 de noviembre de 2026

INTESTINO: INFLAMACIÓN

Mar276

PROGRAMA INTEGRAL DE REHABILITACIÓN INTESTINAL AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

A. M. Milke-García, S. Villalpando-Carrión, A. Peñarrieta-Daher, J. Guadarrama-Orozco, E. García-Cárdenas, I. Núñez-Barrera, A. Domínguez-Muñoz, Grupo Colaborativo: Clínica de Rehabilitación Intestinal, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La insuficiencia intestinal (II) es la disminución de superficie o función enterocitaria por debajo del mínimo requerido para la absorción nutrimental enteral, lo que obliga al empleo de nutrición parenteral (NPT) para mantener un adecuado estado nutricional. El síndrome de intestino corto es la principal etiología de la II; sin embargo, la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica considera con II a aquellos pacientes que requieren 60 días o más de NPT para mantener sus constantes nutricionales e hídricas. El uso prolongado de la NPT predispone a la aparición de bacteriemias asociadas al catéter venoso central (BACVC), lo que aumenta tanto la morbilidad nosocomial como los costos de la asistencia sanitaria.
Objetivo: Determinar el estado clínico actual de una clínica de rehabilitación intestinal y evaluar el crecimiento y el desarrollo somatométrico, la reducción de la tasa de bacteriemias asociadas al catéter venoso central y las tasas de supervivencia.
Material y métodos: Estudio longitudinal, de tipo retrospectivo con una cohorte de 36 pacientes que cumplieron un protocolo de tres etapas (sospecha clínica, diagnóstico de II y manejo integral multidisciplinario) entre los años 2018 y 2026 en el HIMFG. Se implementó un programa estructurado de NPT domiciliaria mediante la formal capacitación de cuidadores primarios por la clínica de catéteres (CC), aplicando principalmente la técnica aséptica *no-touch*. Las variables somatométricas se transformaron a puntuaciones Z-score. Se comparó la prueba x^2 para las densidades de incidencia de BACVC y se empleó el método de Kaplan-Meier y los modelos de Cox para el análisis de la probabilidad acumulada de autonomía enteral (AE) y la supervivencia global.
Resultados: La cohorte (22 niños, 14 niñas; mediana de edad de 40,8 meses) tuvo una evolución somatométrica con recuperación estadísticamente significativa al comparar al ingreso con el último seguimiento en el peso (de 8,45 ± 8,68 a 13,71 ± 9,46 kg), la talla (de 74,28 ± 29,85 a 92,35 ± 26,55 kg) y el Z-score del perímetro braquial (de -4,7 ± 3,31 a -2,38 ± 1,54). La densidad de incidencia de BACVC sobre un total de 12 856 días-catéter tuvo una tasa intrahospitalaria de 11,03 infecciones por 1 000 días/NPT comparado con 0,96 infecciones por 1 000 días/NPT domiciliaria; esto representa un riesgo relativo de 8,7 en el hospital y una reducción del riesgo relativo del 91,3% al hacer la transición al modelo ambulatorio (x^2 = 65,44; p < 0,0001). El 47,1% de la cohorte alcanzó la AE completa en una mediana de tiempo de 8,2 meses. El 14,7% continúa en NPT estable domiciliaria y el 38,2% falleció en el período de dependencia. A los 70 meses, la supervivencia global acumulada fue del 40% (**Figura 1**).
Conclusiones: El inicio de un programa de rehabilitación intestinal disminuye la tasa de BACVC, con recuperación nutricional. La eficacia del programa justifica la implementación de modelos de atención ambulatoria para preservar la reserva vascular, reducir la morbilidad nosocomial, optimizar

Figura 1. Curva de supervivencia de Kaplan-Meier a 70 meses del diagnóstico de insuficiencia intestinal e ingreso a la clínica de rehabilitación intestinal (n = 36). (**Mar276**)

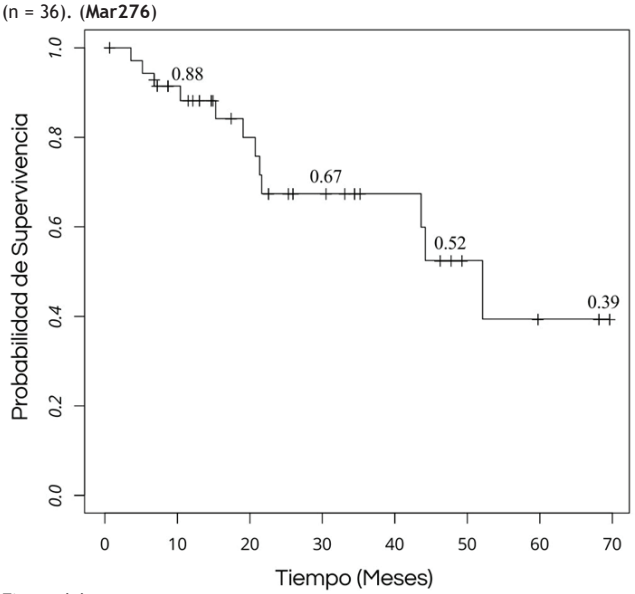


Figura del autor.

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

la adaptación fisiológica a largo plazo y mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos y sus familias.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar277

ENCUESTA A MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE CONOCIMIENTO, USO E INTERPRETACIÓN DE LA CALPROTECTINA FECAL Y SU REPERCUSIÓN EN DERIVACIONES

R. Castañeda-Sepúlveda, I. Marín-Jiménez, Christus Muguerza Hospital Sur

Introducción: La calprotectina fecal (CF) es un marcador subrogado fiable de inflamación intestinal, útil para el diagnóstico diferencial entre enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y trastornos digestivos funcionales. Existe poca evidencia sobre su grado de conocimiento y uso en médicos de primer contacto en México.
Objetivo: Evaluar en médicos de atención primaria el conocimiento, uso e interpretación de la CF y su repercusión en las derivaciones al especialista.
Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo-analítico y transversal mediante una encuesta digital autoadministrada (Google Forms) aplicada a médicos generales y familiares de Nuevo León entre abril y mayo de 2026. La encuesta se dividió en cinco bloques: datos demográficos, valoración de conocimiento (escala 0-10), uso clínico de la prueba, interpretación para derivación y barreras para su uso. Se definió conocimiento alto con un puntaje ≥ 7. El análisis estadístico incluyó la prueba x^2 y un modelo de regresión logística binaria para identificar factores asociados, tras considerar significancia con $p \leq 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 122 médicos, de los cuales el 53,3% contaba con más de 20 años de experiencia. El puntaje medio de conocimiento fue de 7,10 ± 1,89 y se clasificó al 68,9% de los participantes con un conocimiento alto. Si bien el 91% identificó correctamente a la CF como marcador de inflamación, sólo el 17,2% reconoció su alto valor predictivo negativo como herramienta de tamizaje. El análisis multivariado mostró que solicitar la CF antes de derivar por sospecha de EII se asocia independientemente con un conocimiento alto (OR, 2,84; IC95%, 1,1-7,3; p = 0,031). En cuanto a la conducta clínica, el 94,3% derivaría correctamente ante valores > 250 µg/g, pero sólo el 59,8% maneja al paciente en atención primaria ante valores normales y un 36,1% repetiría la prueba ante resultados limítrofes (50-150 µg/g). La principal barrera reportada fue la falta de información para su uso (71,3%). Un 58% de los encuestados nunca ha utilizado la prueba en su práctica clínica.
Conclusiones: La población encuestada presenta un conocimiento global aceptable, aunque existen brechas críticas en la comprensión del rendimiento diagnóstico y el manejo de valores intermedios. Un mayor conocimiento se correlaciona con derivaciones más apropiadas, lo que resalta la necesidad de capacitación dirigida y algoritmos estructurados para optimizar el triaje en atención primaria y reducir derivaciones innecesarias.
Financiamiento: Ninguno.

Mar278

FRECUENCIA DE DIARREA ASOCIADA AL USO DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

D. Alderete-Figueroa, R. Vázquez-Frias, M. Reyes-Apodaca, M. Medeiros-Domingo, C. P. Acosta-Rodríguez-Bueno, F. Ortega-Riosvelasco, Y. I. Chirinos-Chirinos, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La diarrea asociada a antibióticos (DAA) es un evento adverso frecuente en la práctica pediátrica hospitalaria, derivado principalmente de la disbiosis intestinal por exposición a esquemas de amplio espectro. Su identificación oportuna es clave para optimizar la vigilancia nosocomial y promover el uso racional de antimicrobianos.
Objetivo: Determinar la frecuencia de diarrea en pacientes pediátricos hospitalizados bajo tratamiento antibiótico e identificar los fármacos más comúnmente observados en quienes presentaron este evento.
Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal y prospectivo realizado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se evaluó a pacientes menores de 18 años hospitalizados en diversas salas que recibieron al menos una dosis de antibiótico. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas-hospitalarias y características de la DAA (frecuencia, episodios, tiempo de inicio y duración). El análisis estadístico incluyó mediana y rango intercuartílico (RIC) para variables cuantitativas, y frecuencias con la prueba x^2 de Pearson para las cualitativas.
Resultados: Se incluyó a 164 pacientes (mediana de edad: 86 meses; RIC, 29-157). La frecuencia global de diarrea fue del 32,0% (n = 52). De ellos, el 76,9% presentó un solo episodio, con una mediana de inicio de 7,5 días (RIC, 3-14) posteriores al antibiótico y una duración mediana de tres días (RIC, 2-5). Los antibióticos más frecuentes en el grupo con diarrea fueron cefepima (15,4%), cefuroxima (15,4%) y clindamicina (13,5%). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de diarrea según la sala de hospitalización (p = 0,034), siendo la sala de lactantes (PIH) la que concentró la mayor proporción de casos (65,4%). No se observaron diferencias significativas respecto del sexo o la cantidad de antibióticos concomitantes.
Conclusiones: La frecuencia de DAA en la población estudiada fue elevada (32%) y se alineó con los límites superiores reportados en las publicaciones internacionales. Los cuadros clínicos fueron predominantemente tempranos y autolimitados. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias institucionales de prevención, como el uso dirigido de probióticos específicos y programas de optimización de antimicrobianos (PROA).
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar279

UTILIDAD DE BIOMARCADORES INFLAMATORIOS EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

R. M. Martínez-García, K. L. Antúnez-Williams, J. C. Rivas-Rodríguez, L. A. Orellana-Chacón, A. Valdés-Cervantes, I. A. Cura-Esquivel, C. A. Zapata-Castilleja, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: El dolor abdominal agudo constituye una de las principales causas de consulta en los servicios de urgencias pediátricas. Aunque diversos índices inflamatorios derivados de la biometría hemática, como el índice neutrófilo-linfocito (INL), el índice plaqueta-linfocito (IPL) y el índice de inflamación inmunitaria sistémica (SII), se han propuesto para el diagnóstico de apendicitis aguda, su utilidad clínica es aún controvertida y la mayoría de los estudios se ha enfocado exclusivamente en diferenciar apendicitis de otras entidades.
Objetivo: Comparar el rendimiento diagnóstico de biomarcadores inflamatorios para identificar a pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo que requieran intervención quirúrgica.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico en pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo atendido en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la UANL donde se registraron variables demográficas, antecedentes clínicos, biometría hemática, y diagnóstico final.
A partir de la biometría hemática se calcularon el índice neutrófilo-linfocito (INL), el índice plaqueta-linfocito (IPL), el índice de inflamación inmunitaria sistémica (SII), el índice neutrófilo-linfocito derivado (dNLR) y la relación volumen plaquetario medio/plaquetas.
Los pacientes se clasificaron de acuerdo con la necesidad de intervención quirúrgica. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico y se compararon mediante la prueba U de Mann-Whitney. Las variables categóricas se analizaron con la prueba exacta de Fisher. Se evaluó la capacidad discriminativa mediante curvas ROC, cálculo del área bajo la curva (AUC) con intervalos de confianza del 95% y determinación del punto de corte óptimo mediante el índice de Youden. Se consideró significativa una $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 127 pacientes, de los cuales 107 (84,3%) requirieron intervención quirúrgica y 20 (15,7%) recibieron tratamiento conservador. La mediana de edad fue de 10 años (RIC, 7–13) y el 61,4% correspondió al sexo masculino.
No se observaron diferencias significativas entre los grupos respecto de la edad, sexo, días de evolución, leucocitos totales, neutrófilos absolutos, linfocitos, plaquetas, sodio sérico o bilirrubinas ($p > 0,05$).

El índice de inflamación inmunitaria sistémica (SII) fue significativamente mayor en los pacientes sometidos a intervención quirúrgica (2 560 [RIC, 1 746–4 414] *vs.* 1 577 [RIC, 889–2 613]; p = 0,008). El análisis ROC mostró una AUC de 0,689 (IC95%, 0,545–0,833). El punto de corte óptimo fue 2 025, con una sensibilidad de 69,6% y especificidad de 75,0%.
El índice neutrófilo-linfocito (INL) también fue superior en los pacientes intervenidos (9,75 [RIC, 6,28–15,43] *vs.* 6,28 [RIC, 3,21–9,74]; p = 0,017), con una AUC de 0,669 (IC95%, 0,533–0,801). El punto de corte de 4,91 mostró una sensibilidad del 86,3% y especificidad del 50,0%.
El IPL, el dNLR y la relación volumen plaquetario medio/plaquetas no demostraron diferencias significativas entre los grupos (p > 0,05), con áreas bajo la curva inferiores a 0,65.
Conclusiones: Los índices inflamatorios derivados de la biometría hemática mostraron una capacidad limitada para identificar un fenotipo inflamatorio asociado con la necesidad de intervención quirúrgica en pacientes pediátricos con dolor abdominal agudo. Entre ellos, el SII presentó el mejor desempeño diagnóstico, seguido del INL; sin embargo, ambos alcanzaron una capacidad discriminativa moderada. Estos hallazgos sugieren que los biomarcadores derivados de la biometría hemática podrían emplearse como herramientas complementarias durante la evaluación inicial, pero no sustituyen la valoración clínica ni los estudios de imagen
Financiamiento: No se requirió financiamiento.

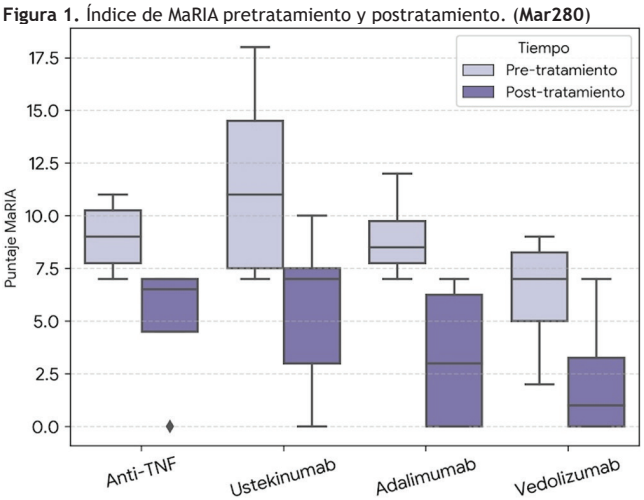
Mar280

RESPUESTA TRANSMURAL EVALUADA POR ENTERORRESONANCIA MAGNÉTICA (ÍNDICE MARIA) TRAS EL TRATAMIENTO CON TERAPIAS AVANZADAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

J. I. Hernández-Honorato, M. A. Rocha-Ramos, M. M. Alamilla-Pérez, L. E. Cardona-Rodríguez, M. A. Quiñónez-Barrera, J. G. López-Gómez, T. Cortés-Espinosa, M. V. Ramos-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es una patología inflamatoria intestinal con compromiso transmural que genera daño estructural progresivo y complicaciones estenosantes o fistulizantes. La "curación transmural", evaluada mediante enterorresonancia magnética (entero-RM), es un objetivo terapéutico para modificar el curso natural de la enfermedad. El índice MaRIA (*Magnetic resonance index of activity*) es una herramienta que evalúa la gravedad de la inflamación transmural, aunque se requiere más evidencia real sobre el efecto diferencial de los biológicos en su reducción.
Objetivo: Determinar el efecto de las terapias avanzadas en la reducción del índice MaRIA en pacientes con enfermedad de Crohn de un centro de tercer nivel y evaluar si existen diferencias en la respuesta transmural según el esquema de terapia avanzada utilizado.
Material y métodos: En el estudio se incluyó a 22 pacientes adultos con EC confirmada, procedentes de un centro de tercer nivel, que iniciaron terapia avanzada. Se registraron variables demográficas, características clínicas (localización, fenotipo de Montreal) y terapia biológica (ustekinumab, adalimumab, anti-TNF, vedolizumab, risankizumab y combinaciones). Se cuantificó el índice MaRIA basal y al seguimiento. La respuesta se definió como ΔMaRIA (pre-post) > 0. Las diferencias intrasujeto se evaluaron con la prueba de Wilcoxon y las intergrupo con Kruskal-Wallis.
Resultados: Se analizó a 22 pacientes (12 hombres, 54,5%; 10 mujeres, 45,5%), con edad promedio de 52,3 ± 17,7 años. El fenotipo más frecuente fue el estenosante (77,3%, n = 17) y la localización predominante la ileocolónica (68,2%, n = 15). La terapia avanzada más utilizada fue ustekinumab (31,8%, n = 7), seguido de adalimumab, otros anti-TNF y vedolizumab (18,2% cada uno, n = 4), risankizumab (4,5%, n = 1) y esquemas combinados (9,1%, n = 2).
La terapia biológica indujo una reducción significativa del índice MaRIA, de una mediana basal de 8,50 puntos (IQR, 7,00–11,00) a 3,50 puntos (IQR, 1,00–6,75) en el seguimiento (p = 0,0003). Tasa de respuesta: 18 (81,8%) pacientes presentaron disminución del puntaje MaRIA, 3 (13,6%) se mantuvieron estables y 1 (4,5%) mostró incremento. Remisión transmural: 7 (31,8%) alcanzaron resolución completa (MaRIA = 0). Al estratificar la reducción (ΔMaRIA) por familia de biológico: adalimumab: mediana 7,00 (IQR, 2,75–9,25; media 5,75 ± 3,86); ustekinumab: mediana 5,00 (IQR, 4,00–8,00; media 6,00 ± 4,86); anti-TNF: mediana 4,00 (IQR: 0,75–7,25; media 4,00 ± 4,32); vedolizumab: mediana 4,00 (IQR, 1,00–7,00; media 4,00 ± 3,55). El parámetro de Kruskal-Wallis no mostró diferencias significativas entre esquemas biológicos (p = 0,667). Esta información se muestra en la **Figura 1**.
Conclusiones: La terapia biológica logra una reducción significativa y clínicamente relevante de la actividad inflamatoria transmural en la EC, con tasa de respuesta por entero-RM superior al 80% y remisión transmural completa del 31,8%. No se identificó superioridad de un biológico sobre otro en la magnitud de reducción del MaRIA, lo que sugiere una efectividad homogénea entre las familias evaluadas. Estos hallazgos reafirman el valor de la entero-RM como herramienta objetiva para el monitoreo no invasivo de la curación transmural.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Índice de MaRIA pretratamiento y postratamiento. (**Mar280**)



Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**191-193

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 24 de noviembre de 2026

MISCELÁNEOS II

Mar281

ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME COLESTÁSICO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MICHOACANA

R. M. Martínez-García, L. Casas-Guzik, A. Ramírez-Ordorica, V. J. Ayala-Jiménez, Hospital Infantil Eva Sámano de López Mateos, Morelia

Introducción: El síndrome colestásico en la población pediátrica engloba un grupo heterogéneo de enfermedades con notoria morbimortalidad. La etiología es distinta según sea la edad y su identificación temprana es fundamental para establecer el tratamiento.
Objetivo: Describir la etiología del síndrome colestásico en la población pediátrica michoacana.
Material y métodos: Estudio analítico, observacional, retrospectivo, transversal y multivariado. Se recabó la información de expedientes médicos y se realizó estadística descriptiva y un análisis de componentes principales sobre la etiología y el patrón bioquímico por grupo etario.
Resultados: De un total de 155 expedientes, 150 cumplieron los criterios de selección, de los cuales 54% correspondió al sexo masculino y la mayoría (36%) tenía entre 29 días y 2 años de edad. Los principales estudios realizados fueron serología para virus hepatotropos, ultrasonido hepático y colangiografía transoperatoria. El hallazgo histopatológico más frecuente fue fibrosis moderada (53,8%) y la principal etiología infección por virus de la hepatitis A (27,3%, n = 41). Se demostró que las bilirrubinas total y directa (BT, BD), tiempos de coagulación, hemoglobina, albúmina, alanino aminotransferasa (ALT) y aspartato aminotransferasa (AST) tienen una mayor contribución a la variabilidad del conjunto de datos, mientras que la fosfatasa alcalina (FA), deshidrogenasa láctica, neutrófilos y plaquetas tuvieron poca relevancia para la diferenciación. BT y BD, y ALT y albúmina están altamente relacionadas con el tiempo de protrombina y el índice internacional normalizado; AST y hemoglobina, respectivamente. Existe correlación negativa entre linfocitos y AST. BT y BD, así como AST, no se relacionan con neutrófilos y FA, respectivamente. Los diagnósticos son similares por grupo de edad, excepto en el grupo de 2 años 1 mes a 11 años (**Figura 1**).
Conclusiones: La distribución por sexo y edad coincide con lo reportado en las publicaciones, mientras que la etiología difiere. La principal causa es prevenible por vacunación, lo que representa un área de oportunidad para fortalecer estrategias de prevención en la población pediátrica de la región.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar282

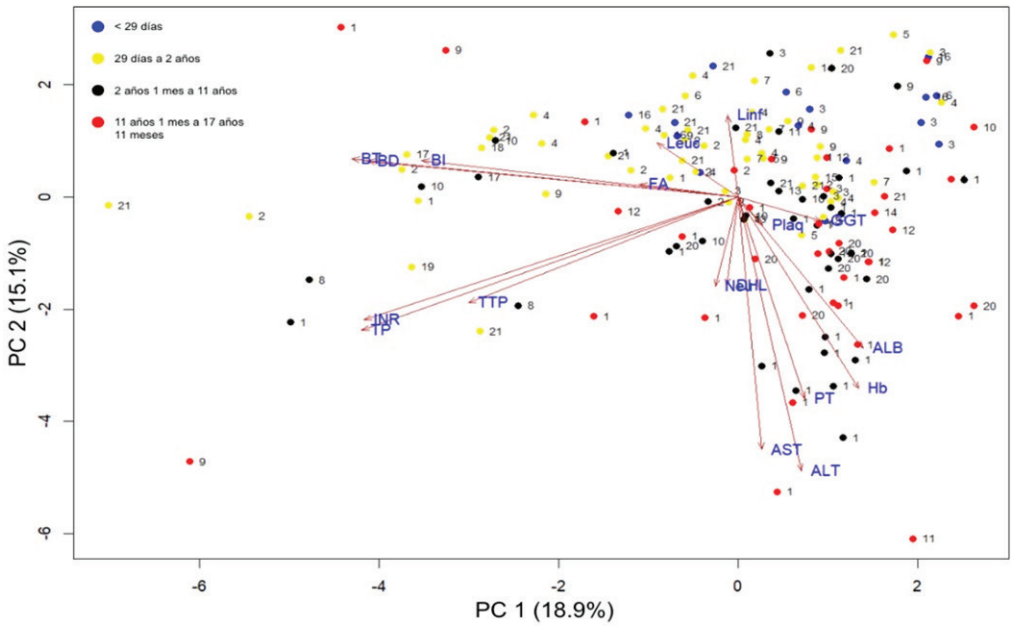
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, BIOQUÍMICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LOS ALELOS DQ2/DQ8 EN NIÑOS CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD CELIACA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. C. Basulto-Ultreras, Y. A. Castillo-de-León, S. Pacheco-Sotelo, J. J. Cabrera-Mata, F. Mendoza-Carrera, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: La enfermedad celiaca (EC) es una alteración autoinmune crónica y multisistémica desencadenada por la ingestión de gluten en individuos genéticamente predispuestos portadores de los haplotipos HLA-DQ2 o HLA-DQ8. Se caracteriza por una respuesta inmunológica que ocasiona daño de la mucosa del intestino delgado, con manifestaciones clínicas variables que incluyen síntomas gastrointestinales y extraintestinales. La serología y la biopsia duodenal constituyen herramientas fundamentales para su diagnóstico. En México existe escasa información sobre las características clínicas, bioquímicas, histológicas y genéticas de la población pediátrica con sospecha de enfermedad celiaca, por lo que resulta relevante describir su comportamiento en este medio.
Objetivo: Describir las características clínicas, bioquímicas, histológicas y de alelos DQ2/DQ8 de pacientes pediátricos con sospecha de enfermedad celiaca en un hospital de tercer nivel de atención.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo mediante revisión de expedientes físicos y electrónicos de pacientes pediátricos con sospecha de enfermedad celiaca atendidos por el servicio de gastroenterología del Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente (IMSS), entre enero de 2022 y diciembre de 2024. Se recolectaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, histológicas y genéticas (HLA-DQ2/DQ8). Se efectuó un análisis estadístico descriptivo en SPSS y se determinó el cumplimiento de criterios diagnósticos de enfermedad celiaca conforme a las guías ESPGHAN, ACG, AMG y NASPGHAN.
Resultados: Se revisaron 61 expedientes de pacientes con sospecha de enfermedad celiaca (EC); 30 cumplieron criterios de inclusión por presentar al menos un anticuerpo positivo. Predominaron las mujeres (70%), con edad media de 9,13 ± 4,52 años. Las manifestaciones gastrointestinales más frecuentes fueron estreñimiento (53,3%), distensión abdominal (43,3%) y dolor abdominal crónico (30%). La IgA sérica fue normal en todos los pacientes;

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Figura 1. Etiología y patrón bioquímico del síndrome colestásico por grupo de edad. 1. Infección por virus de la hepatitis A. 2. Atresia de vías biliares. 3. Sepsis. 4. Uso prolongado de nutrición parenteral. 5. Hipotiroidismo congénito. 6. Sífilis congénita. 7. Infección por citomegalovirus. 8. Infección por virus de Epstein-Barr. 9. Lesión hepática inducida por drogas. 10. Hepatitis autoinmune. 11. Hepatitis por dengue. 12. Colecistitis crónica litiásica. 13. Quiste del colédoco. 14. Absceso hepático. 15. Perforación idiopática de la vía biliar. 16. Multifactorial. 17. Colestasis intrahepática familiar progresiva. 18. Síndrome de Caroli. 19. Síndrome de Gilbert. 20. Hepatitis aguda de origen desconocido. 21. Desconocido. (**Mar281**)



Hb, hemoglobina; Leuc, leucocitos; Neu, neutrófilos; Linf, linfocitos; Plaq, plaquetas; BT, bilirrubina total; BD, bilirrubina directa; BI, bilirrubina indirecta; AST, aspartato aminotransferasa; ALT, alanino aminotransferasa; GGT, gammaglutamil transferasa; FA, fosfatasa alcalina; DHL, deshidrogenasa láctica; PT, proteínas totales; ALB, albúmina; TP, tiempo de trombina; TTP, tiempo parcial de tromboplastina; INR, índice internacional normalizado.

11 presentaron anticuerpos antitransglutaminasa IgA positivos, de los cuales cuatro alcanzaron títulos > 10× el límite superior de la normalidad. Se realizaron biopsia duodenal en 80%, con predominio de lesiones Marsh 0–1 (83,3%), y el estudio HLA-DQ2/DQ8 en 73,3%, con identificación de haplotipos de riesgo en 54,4%. De acuerdo con los criterios diagnósticos vigentes, 26,6% (n = 8) cumplió criterios de EC: 10% (n = 3) enfermedad celiaca clásica y 16,6% (n = 5) enfermedad celiaca potencial (**Tabla 1**). En los pacientes con EC confirmada predominó el sexo femenino (75%), con alta frecuencia de estreñimiento (87,5%) y distensión abdominal (75%); la mitad presentó talla baja y más de la mitad de los evaluados para vitamina D tuvieron deficiencia. La única comorbilidad autoinmune asociada fue diabetes mellitus tipo 1.

Conclusiones: Este estudio aporta evidencia nacional relevante sobre enfermedad celiaca en población pediátrica. El diagnóstico aún es complejo y requiere un abordaje sistematizado y multidisciplinario que incluya exposición adecuada al gluten, evaluación serológica escalonada y biopsia duodenal. Se observaron discrepancias entre las guías diagnósticas internacionales vigentes, en concordancia con reportes recientes europeos. La enfermedad celiaca potencial fue el subtipo más frecuente, lo que sugiere identificación de etapas tempranas o formas incompletas. Aunque la tipificación genética no está indicada de rutina, representa una herramienta útil en diagnósticos no concluyentes debido a su alto valor predictivo negativo.

Financiamiento: No se requirió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Análisis de casos positivos. (**Mar282**)

	Serología tTGA	AAEA	Biopsia duodenal	HLA DQ2/DQ8	Diagnóstico
ECC 1	> 10 LSN	Positivos	Marsh 1	DQ2 positivo	EC clásica
ECC 2	> 10 LSN	Positivos	Marsh 4	DQ2 positivo	EC clásica
ECC 3	> 10 LSN	Positivos	Marsh 3b	DQ2/DQ8	EC clásica
ECP 1	< 10 LSN	Positivos	Marsh 0	DQ2 positivo	EC potencial
ECP 2	< 10 LSN	Negativo	Marsh 0	DQ2 positivo	EC potencial
ECP 3	< 10 LSN	Positivos	Marsh 1	DQ2 positivo	EC potencial
ECP 4	Negativo	Positivos	Marsh 1	DQ2/DQ8	EC potencial
ECP 5	Negativo	Positivos	Marsh 0	DQ2/DQ8	EC potencial

EC, enfermedad celiaca; ECC, enfermedad celiaca clásica; ECP, enfermedad celiaca potencial; tTGA, anticuerpo IgA antitransglutaminasa tisular; AAEA, anticuerpo IgA antiendomisio; LSN, límite superior normal; HLA, antígeno leucocitario humano.

Mar283

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME DE RETT ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

G. D. Loaiza-Montalvo, E. M. Toro-Monjaraz, F. E. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, E. Montijo-Barrios, J. F. Cadena-León, K. R. Ignorosa-Arellano, O. A. Pérez-González, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: El síndrome de Rett es un trastorno del neurodesarrollo de origen genético, ligado principalmente al sexo femenino y a mutaciones en el gen *MECP2*, con una prevalencia aproximada de 1 por cada 10 000–15 000 niñas. Se caracteriza por regresión del desarrollo psicomotor desde la etapa de lactante y la presencia de múltiples comorbilidades que condicionan alta dependencia funcional. Entre éstas, los trastornos gastrointestinales y nutricionales son altamente prevalentes, afectan a más del 80–90% de las pacientes, e incluyen dificultades de alimentación y deglución, estreñimiento, reflujo gastroesofágico, distensión abdominal y dolor. Estas alteraciones se asocian a complicaciones clínicas relevantes, como hospitalizaciones recurrentes y deterioro de la calidad de vida.

Objetivo: Describir los trastornos gastrointestinales en pacientes pediátricos con diagnóstico de síndrome de Rett atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría

Primario. Caracterizar la frecuencia de estreñimiento, disfagia, gastroparesia, reflujo gastroesofágico, vómito, diarrea, distensión abdominal y trastornos de la vía biliar en pacientes con síndrome de Rett.

Describir la sobreposición de síntomas que presentan los pacientes. Evaluar la asociación entre la edad, la evolución clínica del síndrome y la aparición de trastornos gastrointestinales. Describir las intervenciones médicas y nutricionales utilizadas en el manejo de los trastornos gastrointestinales en esta población. Asociar los trastornos gastrointestinales con el tipo de mutación genética.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal en pacientes con diagnóstico clínico y molecular de síndrome de Rett atendidos en un hospital pediátrico de tercer nivel. Se revisaron expedientes clínicos para identificar características genéticas, manifestaciones gastrointestinales, estado nutricional e intervenciones médicas. Se analizaron las frecuencias de los trastornos gastrointestinales y su asociación con variables clínicas y genéticas mediante estadística descriptiva e inferencial, tras considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.
Resultados: Se incluyó a 54 pacientes con síndrome de Rett. La mediana de edad al diagnóstico clínico fue de 48 meses y la del diagnóstico genético de 70 meses. Se observó compromiso del estado nutricional, con alteraciones en más del 80% de las pacientes, con predominio de talla baja asociada a desnutrición aguda grave (31,5%). El estreñimiento fue el trastorno gastrointestinal más frecuente (74,1%), seguido del reflujo gastroesofágico (33,3%), la disfagia (31,5%) y la distensión abdominal (27,8%). La mayoría de las pacientes presentó más de un trastorno gastrointestinal, y las asociaciones más frecuentes fueron estreñimiento con reflujo gastroesofágico y estreñimiento con disfagia. En el análisis del genotipo *MECP2* no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la carga de síntomas gastrointestinales ni en las variables clínicas entre pacientes con variantes truncantes y no truncantes.
Conclusiones: Los trastornos gastrointestinales son altamente prevalentes en pacientes pediátricos con síndrome de Rett, y el estreñimiento es la manifestación predominante y coexiste muchas veces con otros síntomas digestivos. El compromiso nutricional fue frecuente y resalta la necesidad de un abordaje multidisciplinario. No se encontró una asociación significativa entre el tipo funcional de la variante de *MECP2* y la afectación gastrointestinal, por lo que se requieren estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral para esclarecer esta relación.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar284

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL EN PACIENTES MEXICANOS CON DIAGNÓSTICO DE ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA ALIMENTADOS CON FÓRMULA DE ARROZ

O. Celestino-Pérez, A. G. Ayala-Germán, A. N. Pedraza-Peña, L. Escobedo-Berumen, M. A. Ruiz-Castillo, Grupo Colaborativo: Grupo Nutrición AMG-Protocolo Arroz, Medicina privada

Introducción: La alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV) es una entidad clínica caracterizada por síntomas gastrointestinales, dermatológicos o respiratorios atribuibles a la exposición a dichos alergenos. Su diagnóstico y tratamiento se basan en la exclusión de la proteína alimentaria desencadenante. Actualmente, las fórmulas a base de arroz representan una alternativa eficaz para estos pacientes y han demostrado altas tasas de remisión, tolerancia y adecuada ganancia ponderal semejantes a las fórmulas hidrolizadas de origen animal
Objetivo: Evaluar si los lactantes mexicanos con diagnóstico de APLV alimentados predominantemente con fórmula de arroz presentan un crecimiento adecuado comparado con los estándares establecidos por la OMS.
Material y métodos: Se diseñó una cohorte retrospectiva multicéntrica y de un solo brazo, que incluyó a lactantes con diagnóstico de APLV cuya intervención nutricional predominante fue la fórmula de arroz. Los datos se obtuvieron de los integrantes del Grupo de Nutrición de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Se registraron variables demográficas, datos antropométricos al nacimiento y el tipo de alimentación. Asimismo, se realizó un seguimiento antropométrico a los 0, 1, 3 y 6 meses de la intervención, que evaluó el puntaje Z y los percentiles de peso para la edad, longitud para la edad, perímetro cefálico para la edad y peso para la longitud.
Resultados: Se incluyó a 115 pacientes procedentes de diversos estados de la República Mexicana, con una distribución por sexo de 53,9% de pacientes femeninos y 46,1% de masculinos. La edad promedio al diagnóstico de APLV fue de 2 meses y el inicio de la fórmula a base de arroz se registró a una media de 2,28 meses ± 1,13. Respecto de la valoración nutricional, el peso promedio aumentó de 5,01 ± 1,27 kg en la primera visita a 8,63 ± 1,98 kg en la última. Al comparar las medias del Z-score de la primera consulta con las visitas subsecuentes mediante la prueba t de Student, se observó un incremento progresivo y estadísticamente significativo ($p < 0,05$) de +0,112 en la segunda, +0,234 en la tercera y +0,416 en la cuarta visita. Se realizó una comparación por diferencia de edades de crecimiento longitudinal y la relación peso/longitud que se hallaron dentro de los estándares de crecimiento de la OMS; se utilizó ANOVA y el resultado fue significancia estadística en el peso.
Conclusiones: El uso de la fórmula de arroz en lactantes con APLV demostró ser una alternativa eficaz, al mostrar una adecuada ganancia ponderal y ser estadísticamente significativa en el Z-score a lo largo de las consultas de seguimiento y en el peso por diferencia de edades.
Financiamiento: Ninguno.

Mar285

EVALUACIÓN DE LA HIPOLACTASIA Y MALA DIGESTIÓN DE LACTOSA MEDIANTE GAXILOSA Y PRUEBA DE AIRE ESPIRADO: PREVALENCIA Y CONCORDANCIA EN ADULTOS MEXICANOS CON SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES RELACIONADOS CON ALIMENTOS

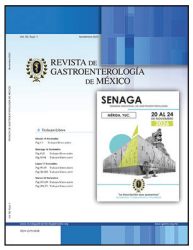
S. E. Martínez-Vázquez, J. M. Remes-Troche, A. A. Solís-Ortega, M. Amieva-Balmori, A. Kammar-García, N. B. Noriega-García, E. Coss-Adame, L. Uscanga-Domínguez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los pacientes con trastornos de la interacción intestino-cerebro pueden presentar síntomas relacionados con el consumo de lactosa. La prueba de gaxilosa evalúa de forma indirecta la actividad de la lactasa intestinal, mientras que la prueba de aire espirado con lactosa (PAE-L) identifica mala digestión mediante la medición de hidrógeno y metano. La prueba de gaxilosa ha mostrado una adecuada precisión diagnóstica frente a la biopsia intestinal, con sensibilidad y especificidad superiores al 90% y uso de un punto de corte < 19,18 mg/dL; sin embargo, existe poca información sobre su relación y concordancia con la PAE-L, particularmente en poblaciones con alta frecuencia de mala digestión de lactosa, como la mexicana.
Objetivo: Evaluar la concordancia entre la prueba de gaxilosa y la PAE-L para identificar hipolactasia y mala digestión de lactosa, respectivamente, y explorar su relación con la intensidad de los síntomas gastrointestinales.
Material y métodos: En dos centros de investigación, INCMNSZ e IIMB, con registro ante el Comité de Ética e Investigación GAS-5103, en personas que presentaron síntomas gastrointestinales secundarios al consumo de alimentos, se llevó a cabo un ensayo en quienes se sospechaba hipolactasia. Bajo consentimiento informado se realizaron PAE con glucosa (75 g), PAE-L (25 g) y prueba de gaxilosa (0,45 g) de acuerdo con indicaciones estandarizadas. La PAE con glucosa garantizó que todos los participantes fueran negativos para SIBO. Se consideró mala digestión la elevación de hidrógeno > 20 ppm y metano > 10 ppm de la concentración basal. La prueba de gaxilosa se realizó conforme a las recomendaciones del fabricante y de acuerdo con el resultado se dividieron en normolactasia e hipolactasia. Se aplicaron cuestionarios validados de síntomas PAGISYM e IBS-SSS y se evaluó su asociación con ambas pruebas. Se obtuvieron sensibilidad, especificidad, valores predictivos y concordancia mediante kappa. Los cambios temporales de gases se analizaron con modelos de medidas repetidas y corrección de Greenhouse–Geisser.
Resultados: Se analizó a 173 pacientes, de los cuales 130 tuvieron hipolactasia (75,1%, 130/173) y 43 fueron normolactásicos (24,8%, 43/173). Cuando se analizó la mala digestión de lactosa en ambos grupos, los resultados fueron: 111 con mala digestión en hipolactásicos (S = 85,3%) y 23 con digestión adecuada y normolactasia (54,7%). La PAE-L mostró una elevación progresiva y sostenida de H2 en el grupo de hipolactásicos, cuyos mayores incrementos se observaron particularmente a partir de los 90 minutos, con un valor máximo entre 90 y 180 min, media de 81 ppm (48,25-114,5) frente a 23 ppm (9-78) en el grupo normolactásico. No hubo cambios en la concentración de la ppm de CH4 entre los grupos. El cuestionario PAGISYM no fue significativo con la PAE-L ($p = 0,176$) ni con prueba de gaxilosa ($p = 0,424$). Los puntajes bajos del cuestionario IBS- SSS se asociaron con prueba positiva de gaxilosa ($p = 0,009$), pero no con la PAE-L ($p = 0,625$). La concordancia entre pruebas fue moderada ($k = 0,392$)
Conclusiones: Tres de cada cuatro participantes con síntomas gastrointestinales relacionados con el consumo de alimentos presentaron tanto hipolactasia como mala digestión de lactosa. La concordancia moderada entre las pruebas sugiere que evalúan aspectos relacionados, pero no equivalentes, del metabolismo de la lactosa. Los cuestionarios de síntomas no permitieron discriminar de manera consistente a los pacientes con alteraciones objetivas.
Financiamiento: Este estudio recibió apoyo parcial de Venter Pharma.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**194-206

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres en cartel

Martes 24 de noviembre de 2026

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Mar286

MEJORÍA SOSTENIDA EN LOS RESULTADOS REPORTADOS POR LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO PROLONGADO CON RISANKIZUMAB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA DE ACTIVIDAD MODERADA A GRAVE: RESULTADOS INTERMEDIOS A 2 AÑOS DEL ESTUDIO DE EXTENSIÓN ABIERTO DE FASE 3 COMMAND

J. A. Flores-Ojeda, L. L. Biedermann, Department of Gastroenterology and Hepatology, University Hospital Zurich

Introducción: El RZB está aprobado para el tratamiento de la colitis ulcerosa de moderada a grave. El tratamiento prolongado con RZB durante tres años de mantenimiento mostró una eficacia duradera y un perfil de seguridad bien tolerado en pacientes con CU en el estudio de extensión abierto (OLE) COMMAND. Este análisis *post hoc* evaluó la eficacia a largo plazo del RZB para mejorar los resultados reportados por los pacientes hasta la semana 96 del estudio OLE COMMAND en curso.
Objetivo: Evaluar la eficacia a largo plazo del risankizumab (RZB) en el mantenimiento de la mejoría de los resultados reportados por los pacientes hasta la semana 96 del estudio de extensión abierto (OLE) COMMAND en curso en pacientes con colitis ulcerosa.
Material y métodos: COMMAND OLE es un estudio en curso de 220 semanas que incluye a pacientes que han completado 52 semanas de tratamiento de mantenimiento o que se incorporan directamente como respondedores a la inducción. Este análisis incluyó a los pacientes que completaron 52 semanas de terapia de mantenimiento, pero no a los pacientes del subestudio exploratorio 2 (SS2) ni a aquellos que ingresaron directamente desde INSPIRE; todos los pacientes completaron 96 semanas adicionales de tratamiento con RZB en el OLE y recibieron RZB subcutáneo (SC) 180 mg cada 8 semanas (Q8w) desde la semana 0 del OLE, excepto los pacientes que habían recibido terapia de rescate previa durante el estudio fundamental de mantenimiento (una dosis única de RZB 1 200 mg por vía intravenosa [IV], seguida de RZB SC 360 mg Q8w), quienes continuaron con RZB, 360 mg en el OLE. Los criterios de eficacia incluyen el porcentaje de pacientes que alcanzan la ausencia de dolor abdominal, urgencia intestinal, incontinencia fecal, deposiciones nocturnas, tenesmo y alteraciones del sueño debida a los síntomas de CU; respuesta en el Cuestionario de enfermedad inflamatoria intestinal (IBDQ); remisión en el IBDQ; un cambio intraindividual significativo (MWPC) en la *Functional assessment of chronic illness therapy* (FACIT)-Fatigue, la puntuación del componente mental del *Short-form health survey-36* versión 2 (SF-36v2 MCS) y la puntuación del componente físico del SF-36v2 (PCS).
Resultados: En la semana 0 del OLE, los pacientes tratados con RZB 360 mg tenían una probabilidad mayor de presentar, de forma numérica, una actividad clínica y endoscópica más alta que aquéllos tratados con RZB 180 mg (*Adapted Mayo score* [AMS]: RZB 360 mg, 3,5 [2,0]; RZB 180 mg, 2,0 [1,4]; remisión clínica según AMS: RZB 360 mg, 24,8%; RZB 180 mg, 54,8%; subpuntuación endoscópica: RZB 360 mg, 1,9 [1,0]). En el OLE, todos los pacientes recibieron RZB SC 180 mg cada 8 semanas (Q8w) desde la semana 0 del OLE, excepto los pacientes que recibieron terapia de rescate previa en SS1 o SS2 (una dosis única de RZB 1 200 mg por vía IV, seguida de RZB SC 360 mg Q8w), quienes continuaron con RZB 360 mg en el OLE. Entre los pacientes (n = 398; 39,7%) que alcanzaron la semana 96 del OLE, ambos regímenes de dosificación de RZB mostraron mejoras sostenidas en todos los resultados reportados por los pacientes y en las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud (HRQOL) hasta la semana 96 del OLE (**Figura 1**); se observaron resultados similares entre RZB 180 mg y RZB 360 mg.
Conclusiones: En este análisis intermedio, los pacientes con CU que recibieron RZB y completaron la semana 96 del OLE (tres años de terapia de mantenimiento total) experimentaron una mejoría sostenida en la calidad de vida relacionada con la salud y en los resultados reportados por los pacientes.
Financiamiento: AbbVie Global.

Mar287

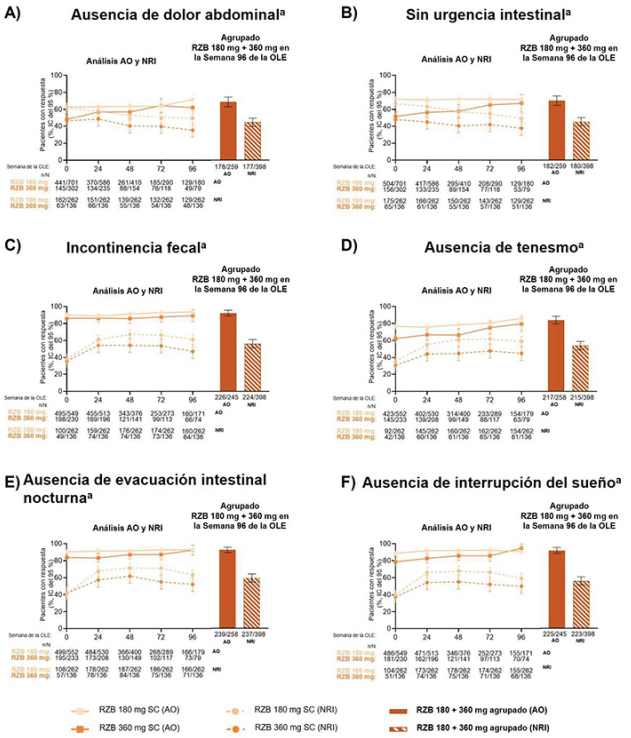
VARIABILIDAD EN LA REMISIÓN PROFUNDA EN COLITIS ULCEROSA SEGÚN LA CLASE DE TERAPIA BIOLÓGICA: ANÁLISIS EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA

M. R. Esquivel-Steffanoni, A. Guinea-Lagunes, A. Reyes-López, J. M. Fortanelli-Ríos, S. Basave-Falcó, M. V. Martínez-Vega, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De-León-Rendón, Grupo Colaborativo: Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El consenso internacional STRIDE-II ha redefinido los objetivos terapéuticos en la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), que ha evolucionado de la resolución de síntomas a una estrategia de *treat-to-target*. Esto establece objetivos jerarquizados que incluyen la remisión clínica a corto

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Figura 1. (**Mar286**)



AO, observado; IC, intervalo de confianza; IV, intravenoso; NRI, imputación de no respondedores; OLE, extensión abierta; Q8w, cada 8 semanas; RZB, risankizumab; SC, subcutáneo; SS, subestudio. El análisis actual incluyó a los pacientes que completaron 52 semanas de mantenimiento y 96 semanas adicionales de tratamiento con RZB en el OLE. En el OLE, todos los pacientes recibieron RZB SC 180 mg cada 8 semanas (Q8w) desde la semana 0 del OLE, excepto los pacientes que habían recibido terapia de rescate previa (dosis única de RZB 1 200 mg IV, seguida de RZB SC 360 mg Q8w), quienes continuaron con RZB 360 mg en el OLE. La semana 0 se definió como la entrada al periodo OLE, basada en el último valor no faltante anterior a la primera dosis del fármaco del estudio en el OLE. Para el análisis AO, se excluyeron los datos posteriores a la terapia de rescate durante el OLE. Para el análisis NRI, los datos faltantes o los pacientes que recibieron terapia de rescate durante el OLE se imputaron como no respondedores. [a]Cuantificado como el porcentaje de pacientes que alcanzaron la ausencia de cada síntoma.

Tabla 1. Perfil clínico, fenotipo de remisión y distribución de terapia biológica en una cohorte de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (**Mar287**)

Característica	Valor
Edad actual (años), media (DE)	39,4 (13,0)
Sexo	
Masculino	20 (50%)
Femenino	20 (50%)
Evolución de la enfermedad (años), media (DE)	8,3 (6,2)
Extensión de Montreal	
Proctitis	3 (7,5%)
Colitis izquierda	15 (38%)
Pancolitis	22 (55%)
Fenotipo de remisión (según profundidad)	
Fenotipo 1 (remisión profunda)	11 (28%)
Fenotipo 2 (no profunda)	29 (73%)
Biológico utilizado	
Infliximab	4 (10%)
Ustekinumab	3 (7,5%)
Vedolizumab	33 (83%)

Tabla 2. Distribución del fenotipo de remisión según terapia biológica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (**Mar287**)

Fenotipo de remisión	Infliximab (n = 4)	Ustekinumab (n = 3)	Vedolizumab (n = 33)	p
Fenotipo 1 (remisión profunda)	0 (0%)	0 (0%)	11 (33%)	0.056*
Fenotipo 2 (no profunda)	4 (100%)	3 (100%)	22 (67%)	0.614**

*Chi-cuadrado.
**Prueba exacta de Fisher.

plazo, la normalización de biomarcadores y la curación mucosa (endoscópica). La consecución simultánea de estos tres pilares se define como remisión profunda, un estado asociado con una modificación real de la evolución natural de la enfermedad y una reducción de las tasas de hospitalización y colectomía. No obstante, la efectividad comparativa de las distintas clases de terapia biológica para alcanzar este control inflamatorio integral en la práctica clínica real aún es objeto de estudio.

Objetivo: Evaluar la proporción de remisión profunda, definida por la tríada de control clínico, bioquímico y endoscópico, en pacientes con CUCI tratados con distintos agentes biológicos en un entorno de práctica clínica especializada.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y analítico en pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática en seguimiento en una clínica especializada. La población de estudio incluyó a pacientes mayores de 18 años bajo tratamiento con terapia biológica que contaban con registros completos de evaluación. Los sujetos se clasificaron en dos fenotipos, de acuerdo con el grado de respuesta alcanzado. El fenotipo 1 (remisión profunda) se definió como la presencia simultánea de remisión clínica, bioquímica y endoscópica, mientras que el fenotipo 2 se definió como la presencia de remisión clínica y bioquímica sin evidencia de remisión endoscópica. El análisis estadístico comparó la distribución de estos fenotipos según el tipo de terapia biológica administrada (infliximab, vedolizumab y ustekinumab). Se emplearon la prueba exacta de Fisher para los grupos con un tamaño de muestra menor a 5 y la prueba x^2 para el grupo con mayor tamaño muestral, tras establecer la significancia estadística en un valor de $p < 0,05$.

Resultados: La investigación incluyó a 40 pacientes distribuidos en tres grupos de tratamiento biológico: infliximab (n = 4), ustekinumab (n = 3) y vedolizumab (n = 33) (**Tabla 1**). En el grupo tratado con infliximab, ningún paciente alcanzó la remisión profunda y el 100% se clasificó en el fenotipo 2 con un valor de p = 0,522 mediante la prueba exacta de Fisher. De forma similar, en el grupo de ustekinumab no se documentaron casos correspondientes al fenotipo 1 y se observó que el 100% de la muestra pertenece al fenotipo 2 con un valor de p = 0,614 por la prueba exacta de Fisher. En contraste, el grupo tratado con vedolizumab presentó un 33% de pacientes (n = 11) que alcanzaron la remisión profunda o fenotipo 1, mientras que el 67% restante (n = 22) se clasificó como fenotipo 2 (**Tabla 2**). Esta diferencia mostró una tendencia marcada hacia una mayor proporción de remisión profunda en comparación con los otros grupos biológicos, aunque no alcanzó la significancia estadística convencional al obtener un valor de p = 0,056 mediante la prueba x^2.

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio indican que las terapias biológicas evaluadas permiten alcanzar la remisión clínica y bioquímica de forma consistente en la práctica clínica. No obstante, la remisión profunda se observó con una frecuencia numéricamente superior en los pacientes tratados con vedolizumab. Aunque esta superioridad porcentual no alcanzó el umbral de significancia estadística, los resultados sugieren variaciones relevantes en la capacidad de las distintas terapias para inducir un control inflamatorio integral y la curación mucosa.

Financiamiento: Ninguno.

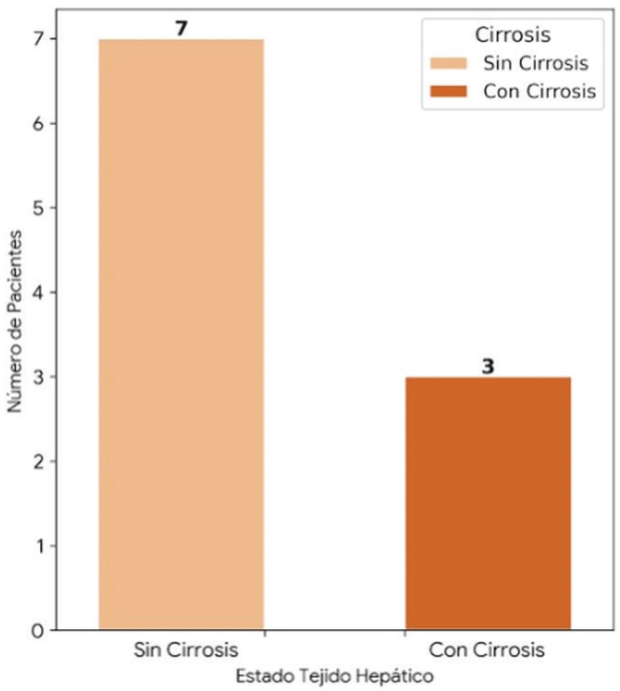
Mar288

MANIFESTACIONES HEPÁTICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: SERIE DE CASOS DE ALTA COMPLEJIDAD CLÍNICA

A. P. Escobedo-Zúñiga, F. Higuera-De-La-Tijera, V. López-Ladrón-De-Guevara, P. Rosales-Téllez, M. C. Dolores-Bravo, M. V. Martínez-Vega, F. J. Bustillos-García, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Las manifestaciones extraintestinales hepáticas (MEIS) en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) representan un desafío clínico crítico debido a su potencial progresión hacia el daño estructural crónico a nivel hepático. La colangitis esclerosante primaria (CEP) y la hepatitis autoinmune (HAI) son las entidades asociadas más frecuentes y comparten vías inmunopatológicas que exigen diagnóstico y seguimiento multidisciplinario oportunos.
Objetivo: Evaluar el perfil epidemiológico, la refractariedad terapéutica (terapia biológica), la actividad inflamatoria luminal (calprotectina fecal) y la progresión estructural en una serie de casos de pacientes con diagnóstico de EII y manifestaciones extraintestinales hepatobiliares.
Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y clínico de tipo serie de casos que evaluó a 10 pacientes diagnosticados con EII y MEIS hepática confirmada. Se analizaron variables demográficas (edad, sexo), diagnóstico de EII (CUCI *vs.* Crohn), tipo de MEIS, uso de terapias biológicas avanzadas, niveles de calprotectina fecal (CPF, categorizada en remisión < 200 mg/kg o actividad > 200 mg/kg) y la progresión hacia enfermedad hepática crónica documentada por histopatología o elastografía de transición (FibroScan).
Resultados: La cohorte incluyó a 10 pacientes con una edad promedio de 37,2 años (5 mujeres y 5 hombres). Se identificó un marcado predominio de la colitis ulcerosa (CUCI) en el 80.0% (n = 8) frente al 20,0% de la enfermedad de Crohn. La CEP fue la manifestación hepatobiliar más prevalente (80,0%, n = 8) y reveló un sólido vínculo con CUCI (7 de los 8 casos). La serie exhibió una elevada refractariedad clínica: el 70,0% (n = 7) requirió el escalamiento a terapia biológica avanzada (vedolizumab, n = 2; ustekinumab, n = 2; infliximab, n = 1; guselkumab, n = 1). Al evaluar la actividad luminal mediante CPF se evidenció una marcada disociación clínico-hepática: el 50,0% (n = 5) de los pacientes se encontraba con remisión de la mucosa intestinal activa (< 200 mg/kg), a pesar de mantener una progresión hepática activa; el 40,0% (n = 4) cursó con brote luminal grave (> 200 mg/kg, y alcanzó un máximo de 2 080 mg/kg). La evolución estructural demostró una alta gravedad: el 30,0% (n = 3) presentó cirrosis hepática establecida (incluidos un estadio Child-Pugh B y un FibroScan con un Kpa de 35,8; **Figura 1**), con un paciente (10,0%) activo en protocolo de trasplante hepático.
Conclusiones: Las manifestaciones hepáticas en EII exhiben una estrecha correlación con fenotipos clínicamente refractarios que exigen terapia biológica multiobjetivo en la mayoría de los casos. Esta serie demuestra que la progresión de la lesión hepatobiliar sigue un curso evolutivo crónico e independiente de la actividad inflamatoria luminal (CPF). La elevada tasa de cirrosis establecida (30,0%) y la necesidad de trasplante obligan a la implementación sistemática de protocolos de tamizaje y seguimiento con elastografía de transición y pruebas de bioquímica hepática continuas desde el diagnóstico de la EII, independientemente de la remisión mucosa del intestino.
Financiamiento: Ninguno.

Figura1. Pacientes con progresión estructural: cirrosis hepática. (**Mar288**)



Mar289

IMPACTO DE LA OBESIDAD SOBRE LA RESPUESTA TEMPRANA A TERAPIAS ANTI-TNF EN COLITIS ULCEROSA: COHORTE DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL

J. Guzmán-Meneses, A. Peláez-Chávez, E. Salgado-Parra, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: La obesidad es una comorbilidad cada vez más frecuente en pacientes con colitis ulcerosa (CU) y se ha propuesto como un factor potencialmente asociado con menor respuesta a terapias biológicas anti-TNF, debido a alteraciones en inflamación sistémica y farmacocinética. Sin embargo, la evidencia disponible es heterogénea y la evidencia en población latinoamericana es escasa; en consecuencia, evaluar esta asociación en condiciones de práctica clínica habitual puede contribuir a optimizar la estratificación terapéutica.
Objetivo: Determinar la asociación entre obesidad y respuesta clínica posterior a la inducción con terapias biológicas anti-TNF en pacientes con colitis ulcerosa.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyó a pacientes adultos con colitis ulcerosa tratados con agentes anti-TNF, con información clínica y bioquímica disponible al inicio del tratamiento y durante la evaluación posterior a la inducción (semanas 8-16). La obesidad se definió como un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m^2. El desenlace primario fue la remisión sintomática, definida como la ausencia de sangrado rectal y subíndice de frecuencia de evacuaciones ≤ 1. Como desenlaces secundarios se evaluaron una reducción ≥ 50% del PRO2 y los cambios en proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG). Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC) y se compararon mediante U de Mann-Whitney; los cambios pareados se analizaron con la prueba de Wilcoxon y las variables categóricas mediante prueba exacta de Fisher. Se estimó el riesgo relativo (RR) con intervalo de confianza de 95% (IC95%).
Resultados: Se incluyó a 30 pacientes; 16 (53,3%) fueron mujeres y 9 (30,0%) presentaron obesidad. La mediana de edad fue de 50 años (RIC, 30,8-59,0) y 19 (63,3%) tenían enfermedad extensa (E3). Tras la inducción, el PRO2 disminuyó de 4 (RIC, 3-6) a 1 punto (RIC, 1-2) (p < 0,001). La remisión sintomática se alcanzó en 17 (56,7%) pacientes, sin diferencia entre quienes presentaban obesidad y aquéllos sin obesidad (55,6% *vs.* 57,1%; RR, 0,97; IC95%, 0,49-1,94; p = 1,000). Asimismo, la proporción de pacientes con reducción ≥ 50% del PRO2 fue comparable entre ambos grupos (100% *vs.* 85,7%; p = 0,534). La PCR disminuyó significativamente de 0.44 (RIC, 0,25-1,00) a 0,20 mg/dL (RIC, 0,09-0,31; p < 0,001). La reducción de la VSG fue numéricamente mayor en los pacientes con obesidad (-8 *vs.* -2 mm/h), aunque sin significancia estadística (p = 0,060).
Conclusiones: En esta cohorte de práctica clínica real, la obesidad no se asoció con menor respuesta clínica tras la inducción con terapias biológicas anti-TNF en pacientes con colitis ulcerosa. Estos hallazgos sugieren que la obesidad, evaluada mediante el IMC, no constituye un determinante aislado de la respuesta temprana al tratamiento con anti-TNF, aunque estudios multicéntricos con mayor tamaño de muestra serán necesarios para confirmar estos resultados.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar290

EFICACIA A LARGO PLAZO DE UPADACITINIB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN DE MODERADA A GRAVE Y USO PREVIO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS

M. A. Leyte-Altamirano, A. R. Raja, University Hospital Erlangen

Introducción: El estudio de extensión a largo plazo U-ENDURE, actualmente en curso, tiene como objetivo evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo del UPA en pacientes con enfermedad de Crohn de moderada a grave que completaron el estudio de mantenimiento U-ENDURE de 52 semanas. Se ha observado previamente una eficacia sostenida en los resultados clínicos y endoscópicos de pacientes que completaron hasta tres años de terapia de

mantenimiento con UPA, sin que se hayan identificado nuevos riesgos para la seguridad. En este estudio se evaluó la eficacia de dos años de tratamiento con UPA en el estudio U-ENDURE LTE, estratificado según la respuesta inadecuada previa o la intolerancia a la terapia biológica al inicio del estudio.
Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo de la terapia de mantenimiento con upadacitinib (hasta tres años de tratamiento) estratificada según la respuesta inadecuada previa o la intolerancia a la terapia biológica al inicio del estudio en pacientes con enfermedad de Crohn de moderada a grave en el estudio de extensión a largo plazo U-ENDURE en curso.
Material y métodos: Este análisis *post hoc* incluyó a pacientes que completaron 52 semanas de tratamiento de mantenimiento en el estudio U-ENDURE y continuaron con el tratamiento previamente asignado durante 96 semanas adicionales en el estudio LTE. Los pacientes que mostraron resistencia a la urea durante el periodo de tratamiento pudieron recibir terapia de rescate. Los resultados de eficacia durante el estudio LTE se evaluaron según el estado de resistencia biológica a la urea (sí/no). Los datos se presentan tal y como se observaron.
Resultados: Desde la semana 0 hasta la semana 96 del estudio a largo plazo (LTE), ≥ 63,0% de los pacientes lograron y mantuvieron la remisión clínica según la escala SF/APS y ≥ 71,0% de los pacientes lograron y mantuvieron la remisión clínica según la escala CDAI. Desde la semana 0 hasta la semana 96 del estudio a largo plazo (LTE), ≥ 59,1% de los pacientes lograron y mantuvieron la respuesta endoscópica, ≥ 36,4% de los pacientes lograron y mantuvieron la remisión endoscópica, ≥ 30,3% de los pacientes lograron y mantuvieron una endoscopia sin úlceras y ≥ 27,8% de los pacientes lograron y mantuvieron la remisión.
Conclusiones: Se observó una eficacia clínica y endoscópica sostenida en los pacientes que completaron hasta tres años de terapia de mantenimiento con UPA en el estudio U-ENDURE, independientemente de su estado de bio-IR al inicio del estudio. Se observaron resultados clínicos y endoscópicos sostenidos tanto en el grupo de tratamiento con UPA 15 mg como en el grupo de tratamiento con UPA 30 mg. Este análisis respalda la eficacia a largo plazo de UPA en pacientes con enfermedad de Crohn que previamente presentaron una respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia biológica.
Financiamiento: AbbVie.

Mar291

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE UN CENTRO MEXICANO

A. Chávez-Parada, E. Torres-Guillén, J. G. Ramos-Estrada, Hospital General Regional No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se asocia con diversas manifestaciones extraintestinales, entre las cuales las musculoesqueléticas representan las más frecuentes y pueden alterar en grado considerable la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes. A pesar de su relevancia clínica, la información disponible sobre estas manifestaciones en la población mexicana aún es limitada, particularmente en pacientes evaluados en consultas especializadas de reumatología.
Objetivo: Describir las características clínicas y la frecuencia de las manifestaciones extraintestinales en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en un hospital de segundo nivel.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de expedientes clínicos de pacientes adultos con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en la consulta externa de reumatología del Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Chihuahua, México, entre agosto de 2018 y febrero de 2025. Se recopilaron variables demográficas, tipo de enfermedad inflamatoria intestinal, manifestaciones extraintestinales, hallazgos de laboratorio e imagen, y tratamientos empleados.
Resultados: Se incluyó a 20 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal; la edad media fue de 48,1 años y el 90% correspondió al sexo femenino. La colitis ulcerosa fue el subtipo más frecuente (85%), seguida de la enfermedad de Crohn (10%) y la enfermedad inflamatoria intestinal no clasificable (5%). Las manifestaciones extraintestinales más frecuentes fueron la artralgia (85%), la artritis periférica (30%), la espondiloartritis axial (30%) y la entesitis (30%). Entre las manifestaciones cutáneas predominó el eritema nodoso (10%). El HLA-B27 fue positivo en el 15% de los pacientes y la resonancia magnética mostró datos compatibles con sacroilitis en el 20%. La mayoría de los pacientes recibió tratamiento con 5-aminosalicilatos (90%) e inmunomoduladores (60%) (**Tabla 1**).
Conclusiones: Las manifestaciones extraintestinales fueron frecuentes en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en una consulta especializada de reumatología y predominaron la artralgia, la artritis periférica y la espondiloartritis axial. Estos hallazgos resaltan la importancia de la detección temprana y el manejo multidisciplinario entre gastroenterólogos y reumatólogos.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (n = 20). (**Mar291**)

Característica	Resultado
Características demográficas	
Edad, años	48,1 ± 11,9
Sexo femenino	18 (90)
Duración de la EII, años	9,2 ± 6,9
Tipo de enfermedad inflamatoria intestinal	
Colitis ulcerosa	17 (85)
Enfermedad de Crohn	2 (10)
EII no clasificable	1 (5)
Manifestaciones extraintestinales	
Artralgia	17 (85)
Artritis periférica	6 (30)
Espondiloartritis axial	6 (30)
Entesitis	6 (30)
Eritema nodoso	2 (10)
Laboratorio e imagen	
HLA-B27 positivo	3 (15)
RM compatible con sacroilitis	4 (20)

EII, enfermedad inflamatoria intestinal; DE, desviación estándar; HLA-B27, antígeno leucocitario humano B27; RM, resonancia magnética.

Mar292

ANTES DEL BIOLÓGICO: ASOCIACIÓN DE LOS CICLOS PREVIOS DE ESTEROIDES Y LA LÍNEA TERAPÉUTICA CON LA REMISIÓN CLÍNICA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. M. Fortanelli-Ríos, M. V. Martínez-Vega, F. J. Bustillos-García, S. Basave-Falcó, M. R. Esquivel-Steffanoni, A. Reyes-López, G. Cabrera-Palma, R. Y. López-Pérez, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), esto es, colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC), es crónica y recidivante. Pese al avance de los biológicos, los corticosteroides aún se usan en brotes agudos sin modificar el curso de la enfermedad. Los ciclos repetidos reflejan dependencia de los corticoides o retraso en el escalamiento terapéutico.
Objetivo: Evaluar la asociación entre la carga de ciclos de esteroides previos y la línea de tratamiento biológico con la remisión clínica actual en pacientes con EII.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal realizado en una cohorte de 59 pacientes con CUCI o EC bajo tratamiento biológico activo en una clínica especializada de tercer nivel. La información se obtuvo mediante la revisión del expediente clínico. La remisión clínica actual se determinó mediante los criterios de Truelove y Witts para CUCI y el índice de Harvey-Bradshaw para EC; en la base de datos, la categoría 1 correspondió a remisión. Los pacientes se estratificaron según la carga de esteroides recibidos antes de iniciar la terapia avanzada: un ciclo frente a dos o más ciclos. La línea de tratamiento se clasificó como *naïve* a biológicos o segunda línea o posterior. Estudio observacional, analítico y transversal en 59 pacientes con

CUCI o EC bajo biológico activo, mediante cuestionario dirigido al paciente y revisión de expediente. Remisión clínica actual = categoría 1 en Truelove-Witts (CUCI) o Harvey-Bradshaw (EC). Se compararon carga de esteroides (1 ciclo *vs.* ≥ 2) y línea de tratamiento (*naïve vs.* ≥ 2ª línea) mediante t de Student (Welch), x^2 o Fisher; p < 0,05 significativo.

Resultados: Se analizó a 59 pacientes con una edad media de 38,9 ± 14,0 años; 35 (59,3%) fueron mujeres. La CUCI correspondió a 41 casos (69,5%) y la EC a 18 (30,5%). Antes de iniciar la terapia avanzada, 19 pacientes (32,2%) habían recibido un ciclo de esteroides y 40 (67,8%) dos o más ciclos. La exposición previa a esteroides difirió significativamente de acuerdo con el diagnóstico. En la CUCI, 32 de 41 pacientes (78,0%) habían recibido dos o más ciclos, frente a 8 de 18 (44,4%) con EC (p = 0,011). Por el contrario, un solo ciclo fue más frecuente en la EC que en la CUCI (55,6% *vs.* 22,0%). La tasa global de remisión clínica fue de 49,2% (29/59). La remisión fue significativamente mayor en la CUCI que en la EC (61,0% *vs.* 22,2%; p = 0,010). La carga previa de esteroides no se asoció con la remisión, alcanzada por 47,4% de los pacientes con un ciclo y por 50,0% de aquéllos con dos o más ciclos (p = 1,000). Edad media, 38,9 ± 14,0 años; 59,3% de mujeres; 69,5% de CUCI y 30,5% de EC. El 32,2% recibió 1 ciclo de esteroides y 67,8% ≥ 2 ciclos; la CUCI mostró mayor carga que la EC (78,0% *vs.* 44,4%, p = 0,011). Remisión global: 49,2% (29/59), mayor en CUCI que en EC (61,0% *vs.* 22,2%, p = 0,010). La carga de esteroides no se asoció con remisión (47,4% *vs.* 50,0%, p = 1,000). El 62,7% era *naïve* a biológico; su remisión fue mayor que en ≥ 2ª línea (59,5% *vs.* 31,8%, p = 0,060). Los pacientes en remisión fueron más jóvenes (35,6 *vs.* 42,1 años, p = 0,069) (**Tabla 1**).

Conclusiones: La remisión clínica se alcanzó en la mitad de la cohorte y fue mayor en CUCI que en la EC. Pese a una mayor carga esteroidea en CUCI, ésta no se asoció con remisión. Los pacientes *naïve* mostraron una diferencia clínicamente relevante de 27,7 puntos porcentuales en la remisión respecto de quienes recibían una segunda línea o posterior, aunque sin alcanzar significación estadística. La elevada exposición previa a esteroides respalda la necesidad de estrategias de ahorro de corticosteroides y escalamiento terapéutico oportuno. El diseño transversal impide establecer causalidad.

Financiamiento: Ninguno.

Mar293

MÁS ALLÁ DE LA MOLÉCULA: ASOCIACIÓN ENTRE LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y LA ADHERENCIA A TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. V. Martínez-Vega, M. C. Dolores-Bravo, G. Cabrera-Palma, S. Basave-Falcó, F. J. Bustillos-García, J. M. Fortanelli-Ríos, A. Reyes-López, R. Y. López-Pérez, J. L. De-León-Rendón, Grupo Colaborativo: Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La efectividad de las terapias biológicas en la enfermedad inflamatoria intestinal no depende tan sólo de la molécula seleccionada, sino también de una buena adherencia terapéutica. Las vías intravenosa y subcutánea implican distintas exigencias asistenciales, logísticas y personales que pueden influir en el cumplimiento del tratamiento. Sin embargo, existe información limitada sobre la relación entre la vía de administración y la adherencia en escenarios de práctica clínica real, especialmente cuando ambas modalidades se aplican bajo supervisión intrahospitalaria.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la vía de administración intravenosa o subcutánea y el nivel de adherencia a terapias biológicas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, relacional y analítico en pacientes con EII tratados con terapia biológica, pertenecientes a una cohorte institucional de 169 pacientes atendidos en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Los participantes se estratificaron de acuerdo con la vía de administración del tratamiento: intravenosa (IV) o subcutánea (SC), ambas bajo supervisión intrahospitalaria. La adherencia terapéutica se evaluó mediante la escala de Morisky de ocho ítems (MMAS-8). Las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación estándar y se compararon entre los grupos mediante la prueba t de Student para muestras independientes. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes. La asociación entre la vía de administración y las categorías de adherencia se evaluó mediante la prueba x^2 o la prueba exacta de Fisher cuando no se cumplieron los supuestos. Se consideró significativo un valor de p < 0,05 (IBM SPSS Statistics, versión 32).

Resultados: Se analizó a 116 pacientes en tratamiento biológico: 65 (56,0%) IV y 51 (44,0%) SC (edad media: 41,1 ± 13,8 años). Los pacientes del grupo SC fueron significativamente mayores que los del IV (45,1 ± 13,4 *vs.* 37,9 ± 13,5 años; p < 0,05). El 56,0% correspondió al sexo femenino, sin diferencias entre grupos (p = 0,832). La CUCI predominó en el grupo IV (83,1%), mientras que la enfermedad de Crohn fue más frecuente en el SC (70,6%; p < 0,01).

En la población total, la adherencia fue baja en 19,8%, media en 46,6% y alta en 33,6%, con una distribución que difirió significativamente según la vía de administración (p = 0,008). El grupo SC presentó menor proporción de baja adherencia que el IV (7,8% *vs.* 29,2%) y mayor adherencia media (58,8% *vs.* 36,9%); la adherencia alta fue similar (33,3% *vs.* 33,9%). La proporción de pacientes con adherencia media-alta fue significativamente mayor con la administración SC (92,2% *vs.* 70,8%; p = 0,005).

El olvido fue la barrera más frecuente (29,3% total; IV 33,8% *vs.* SC 23,5%; p = 0,226). No se observaron diferencias significativas en desabasto de medicamentos (13,8% *vs.* 13,7%; p = 0,985), problemas económicos (10,8% *vs.* 13,7%; p = 0,628) ni falta de tiempo (10,8% *vs.* 3,9%; p = 0,295). Por lo tanto, ninguna barrera autorreportada mostró diferencias estadísticamente significativas según la vía (**Tabla 1**).

Conclusiones: La vía de administración representa un componente clínico potencialmente modificable de la adherencia. La baja adherencia fue 3,7 veces más frecuente con la administración intravenosa que con la subcutánea (29,2% *vs.* 7,8%), lo que respalda incluir la vía de aplicación y las preferencias del paciente en la toma de decisiones compartida. El olvido y el desabasto representan oportunidades prioritarias de intervención para optimizar la efectividad de las terapias biológicas en la práctica clínica.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Características clínicas, exposición previa a esteroides y factores asociados con la remisión clínica bajo tratamiento biológico (n = 59). (**Mar292**)

Apartado	Comparación	Grupo 1	Grupo 2	Valor de p
Características generales	Diagnóstico	CUCI: 41/59 (69,5%)	EC: 18/59 (30,5%)	—
	Sexo	Mujeres: 35/59 (59,3%)	Hombres: 24/59 (40,7%)	—
	Carga previa de esteroides	1 ciclo: 19/59 (32,2%)	≥ 2 ciclos: 40/59 (67,8%)	—
	Línea de tratamiento	*Naïve*: 37/59 (62,7%)	≥ 2ª línea: 22/59 (37,3%)	—
Desenlace principal	Remisión clínica global	Remisión: 29/59 (49,2%)	Actividad: 30/59 (50,8%)	—
Remisión según diagnóstico	CUCI *vs.* EC	CUCI: 25/41 (61,0%)	EC: 4/18 (22,2%)	**0,010[a]**
Carga de esteroides según diagnóstico	≥ 2 ciclos previos	CUCI: 32/41 (78,0%)	EC: 8/18 (44,4%)	**0,011[b]**
Remisión según ciclos previos	1 ciclo *vs.* ≥ 2 ciclos	1 ciclo: 9/19 (47,4%)	≥ 2 ciclos: 20/40 (50,0%)	1,000[a]
Remisión según línea terapéutica	*Naïve vs.* ≥ 2ª línea	*Naïve*: 22/37 (59,5%)	≥ 2ª línea: 7/22 (31,8%)	0,060[a]
Edad según desenlace	Remisión *vs.* actividad	Remisión: 35,6 años	Actividad: 42,1 años	0,069[c]

Los datos se presentan como frecuencia absoluta y porcentaje o media, según corresponda. Los valores de p estadísticamente significativos se resaltan en negritas. [a] Prueba exacta de Fisher. [b] Prueba x^2 de Pearson. [c] Prueba t de Student con corrección de Welch. EII, enfermedad inflamatoria intestinal; CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; EC, enfermedad de Crohn; ≥ 2ª línea: segunda línea de tratamiento biológico o posterior.

Tabla 1. Características clínico-demográficas, adherencia terapéutica y barreras autorreportadas según la vía de administración del tratamiento biológico (n = 116). (**Mar293**)

Variables de gestión, logística y adherencia terapéutica	Total biológicos (n = 116)	Vía intravenosa (n = 65)	Vía subcutánea (n = 51)	Valor de p
Edad en años (media ± DE)	41,1 ± 13,8	37,9 ± 13,5	45,1 ± 13,4	< 0,05[a]
Género femenino [n (%)]	65 (56,0)	37 (56,9)	28 (54,9)	0,832[b]
Distribución por diagnóstico [n (%)]				
• CUCI	69 (59,5)	54 (83,1)	15 (29,4)	< 0,01[b]
• EC	47 (40,5)	11 (16,9)	36 (70,6)	
Nivel de adherencia (MMAS-8) [n (%)]				
• Baja	23 (19,8)	19 (29,2)	4 (7,8)	0,008[b]
• Media	54 (46,6)	24 (36,9)	30 (58,8)	
• Alta	39 (33,6)	22 (33,9)	17 (33,3)	
Tasa de adherencia óptima (media-alta)	93 (80,2)	46 (70,8)	47 (9,2)	0,005[b]
Barreras de adherencia autorreportadas [n (%)][c]				
• Olvido	34 (29,3)	22 (33,8)	12 (23,5)	NS
• Desabasto de medicamento	16 (13,8)	9 (13,8)	7 (13,7)	
• Problemas económicos	14 (12,1)	7 (10,8)	7 (13,7)	
• Falta de tiempo	9 (7,8)	7 (10,8)	2 (3,9)	

Los datos se expresan como media ± DE o n (%), según corresponda. [a]Prueba t de Student para muestras independientes. [b]Prueba x^2. [c]Se presentan las barreras reportadas con mayor frecuencia; la suma de porcentajes no corresponde al 100%. CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; EC, enfermedad de Crohn; MMAS-8, escala de adherencia terapéutica de Morisky de ocho ítems; IV, intravenosa; SC, subcutánea.

Mar294

DESARROLLO Y VALIDACIÓN INTERNA DE UN MODELO PREDICTIVO DE RECAÍDA CLÍNICA A 12 MESES EN COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

R. García-Santiago, L. Sánchez-Reza, L. D. Valdez-Vega, J. A. Aguado-Valerio, C. Morales-Limón, D. A. Olivares-González, A. Ramírez-Anzaldo, A. Cruz-Nieves, M. López-Sánchez, Unidad Médica de Alta Especialidad IMSS San José

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad que cursa con episodios de remisión y recaída como parte de su evolución, y es una causa frecuente de hospitalización, consumo de esteroides e intensificación terapéutica. Aunque la calprotectina fecal es un biomarcador útil, la estimación del riesgo suele depender del juicio clínico, sin contar con modelos desarrollados para el apoyo en la toma de decisiones terapéuticas.
Objetivo: Desarrollar y validar internamente un modelo predictivo para estimar el riesgo de "recaída clínicamente significativa" a 12 meses en pacientes con CUCI en remisión clínica, con el fin de facilitar la estratificación pronóstica en la consulta ambulatoria.
Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyó a 110 pacientes con CUCI en remisión clínica durante al menos tres meses anteriores al inicio del seguimiento. La recaída clínicamente significativa se definió como hospitalización relacionada con CUCI, necesidad de esteroides sistémicos o inicio de terapia biológica durante los 12 meses de seguimiento.
Las variables candidatas se evaluaron mediante regresión logística univariada y multivariada, tras seleccionar el modelo final con base en significancia clínica, estadística y criterio de información de Akaike (AIC). La capacidad discriminativa se evaluó mediante el área bajo la curva ROC (AUC). La validación interna se realizó mediante *bootstrap* con 1 000 muestras, y se implementaron curva de calibración y prueba de Hosmer-Lemeshow.
Resultados: La población presentó una mediana de edad de 46,5 años (RIC, 37-60), edad al diagnóstico de 38 años (RIC, 30-53), distribución por sexo (50,9% de hombres) y predominio de pancolitis (49,1%). La tasa global de recaída fue de 33,6% (37/110). El modelo incluyó calprotectina fecal, antecedente de recaída y hemoglobina. La ecuación para calcular la probabilidad individual fue: p = 1 / [1 + e (- (3,2889 + 0,0073 × calprotectina + 1,6809 × recaída previa – 0,4294 × hemoglobina)] El modelo mostró excelente discriminación con un AUC de 0,910 (IC95%, 0,858-0,962). La validación interna mediante *bootstrap* de 1 000 muestras demostró una AUC corregida de 0,896 y un optimismo de 0,014, lo que sugiere bajo sobreajuste. La calibración fue adecuada, con pendiente de calibración de 0,868, intercepto de -0,094 y prueba de Hosmer-Lemeshow no significativa (p = 0,406). Se estableció un umbral operativo de 25,5% y se alcanzaron una sensibilidad de 83,8%, una especificidad de 79,5% y una exactitud de 80,9%. Los pacientes clasificados como bajo riesgo (< 25,5%) presentaron una tasa observada de recaída de 9,4% y una probabilidad de permanecer en remisión de 90,6% (VPN 90,6%), mientras que aquéllos clasificados como alto riesgo (≥ 25,5%) presentaron una tasa observada de recaída de 67,4% (VPP, 67,4%).
Conclusiones: El modelo mostró excelente discriminación, adecuada calibración y estabilidad tras validación interna. La aplicación de un umbral operativo de 25,5% permitió identificar grupos con riesgos observados claramente distintos (9,4% *vs.* 67,4%), lo que respalda su utilidad para estratificar el riesgo de recaída clínicamente significativa en pacientes con CUCI en remisión. Su alto valor predictivo negativo (90,6%) sugiere especial utilidad para reconocer pacientes con baja probabilidad de recaída y optimizar potencialmente la intensidad del seguimiento, lo que evita que la toma de decisiones dependa exclusivamente del juicio clínico.
Dentro de las limitaciones del estudio figuran su carácter retrospectivo, unicéntrico, una muestra pequeña y falta de una validación externa antes de su implementación rutinaria; sin embargo, estos hallazgos pueden ser un preámbulo para el empleo de un modelo ambulatorio en la evaluación de los pacientes.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Mar295

MÁS ALLÁ DEL PESO: DESNUTRICIÓN OCULTA Y DISCORDANCIA ENTRE EL IMC, CONUT Y EL ÁNGULO DE FASE EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. P. Escobedo-Zúñiga, F. Higuera-De-La-Tijera, P. Rosales-Téllez, M. C. Dolores-Bravo, M. V. Martínez-Vega, F. J. Bustillos-García, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn, puede comprometer el estado nutricional mediante inflamación sistémica, disminución de la ingesta y malabsorción. El incremento del sobrepeso y la obesidad pueden enmascarar alteraciones bioquímicas, inmunológicas y de la composición corporal, por lo que el índice de masa corporal (IMC) aislado puede ser insuficiente para identificar desnutrición.
Objetivo: Evaluar integralmente el estado nutricional de pacientes con EII mediante tres dimensiones complementarias: IMC, ángulo de fase medido por bioimpedancia e índice CONUT, así como analizar la concordancia entre estas herramientas.
Material y métodos: Estudio transversal y analítico que incluyó a 64 pacientes con EII atendidos en un hospital de tercer nivel. El MC se calculó como peso/talla^2 (kg/m^2) y se clasificó como bajo peso (< 18,5 kg/m^2), peso normal (18,5-24,9 kg/m^2), sobrepeso (25,0-29,9 kg/m^2) u obesidad (≥

30 kg/m^2); el sobrepeso y la obesidad se agruparon como malnutrición por exceso. El ángulo de fase se determinó mediante bioimpedancia eléctrica y se expresó en grados. El índice CONUT se calculó mediante la suma de las puntuaciones correspondientes a la albúmina sérica, el colesterol total y el recuento total de linfocitos. La puntuación global varió entre 0 y 12 puntos y se clasificó como estado nutricional normal (0-1), desnutrición leve (2-4), moderada (5-8) o grave (9-12), de acuerdo con el sistema CONUT. La distribución de las variables cuantitativas se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables con distribución normal se expresaron como media ± desviación estándar y se compararon mediante la prueba t de Student; aquéllas con distribución no normal se presentaron como mediana y rango intercuartílico y se analizaron mediante la prueba U de Mann-Whitney. Las variables categóricas se describieron como frecuencias absolutas y porcentajes y se compararon mediante x^2 o prueba exacta de Fisher, según correspondiera. Se consideró significativo un valor bilateral de $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con IBM SPSS Statistics, versión 32 (IBM Corp., Armonk, Nueva York, EE. UU.).

Resultados: Se analizó a 64 pacientes con una edad media de 43 años: 50 (78,1%) presentaban CUCI y 14 (21,9%) enfermedad de Crohn. Se registró a 38 mujeres (59,375%) y 26 hombres (40,625%). Se identificó una marcada paradoja nutricional: 34 pacientes (53,125%) presentaron malnutrición por exceso según el IMC, mientras que 62,5% mostró desnutrición o riesgo inmunonutricional según el índice CONUT, con predominio de la categoría leve (**Tabla 1**). El ángulo de fase promedio fue de 6,61° en los pacientes con CUCI y de 6,83° en aquéllos con enfermedad de Crohn. La evaluación conjunta documentó una disociación individual de 57,4% entre el IMC, el índice CONUT y el ángulo de fase. Este hallazgo evidenció que la presencia de sobrepeso u obesidad no excluye alteraciones inmunonutricionales. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en los indicadores nutricionales según el tipo de EII, el uso de terapia biológica o el antecedente de cirugía intestinal ($p > 0,05$).

Conclusiones: La malnutrición por exceso coexistió con alteraciones inmunonutricionales detectadas mediante CONUT en más de la mitad de los pacientes con EII. La elevada disociación entre el IMC, el índice CONUT y el ángulo de fase demuestra que el IMC aislado es insuficiente para reconocer el compromiso nutricional. Estos resultados respaldan la implementación sistemática de protocolos multidimensionales que integren antropometría, biomarcadores séricos y análisis de composición corporal en todos los pacientes con EII.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Características y evaluación multidimensional del estado nutricional en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. (**Mar295**)

Dominio	Variable	Resultado
Características demográficas	Edad, años	Media: 43
	Mujeres	38 (59,375%)
	Hombres	26 (40,625%)
Tipo de EII	CUCI	50 (78,1%)
	Enfermedad de Crohn	14 (21,9%)
IMC	Bajo peso < 18,5	2 (3,12%)
	Normal 18,5 – 24,9	28 (43,75%)
	Sobrepeso 25 – 29,9	27 (42,18%)
	Obesidad (grados I, II, III) > 30	7 (10,93%)
Ángulo de Fase	Normal Hombres > 5,5° Mujeres > 5°	57 (89,06%)
	Riesgo nutricional Hombres 5-5,5° Mujeres 4,5-5°	3 (4,68%)
	Desnutrición celular Hombres < 5,0° Mujeres < 4,5°	4 (6,25%)
CONUT	Normal, sin desnutrición (0-1 puntos)	24 (37,5%)
	Desnutrición leve (2-4 puntos)	29 (45,31%)
	Desnutrición moderada (5-8 puntos)	8 (12,5%)
	Desnutrición grave (9-12 puntos)	3 (4,68%)

Mar296

IMPACTO DE LA TERAPIA AVANZADA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

M. D. C. Dolores-Bravo, R. E. González-López, F. J. Bustillos-García, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceada

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) afecta de manera significativa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes, incluso cuando el tratamiento logra controlar la actividad inflamatoria. Las terapias avanzadas (agentes biológicos y moléculas pequeñas) buscan no sólo la remisión clínica, sino también mejorar el bienestar físico, emocional y social; sin embargo, existe escasa evidencia sobre su efecto en la CVRS en la población mexicana.

Objetivo: Evaluar la asociación entre el uso de terapias avanzadas y el cambio en la CVRS de pacientes con EII atendidos en una clínica especializada de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico, longitudinal, prospectivo, pre-post, unicéntrico y sin grupo control, en 81 pacientes con diagnóstico de EII (colitis ulcerosa crónica idiopática o enfermedad de Crohn) que iniciaron terapia avanzada, mediante muestreo no probabilístico por casos consecutivos. La CVRS se evaluó con el cuestionario IBDQ-9 (rango, 9-63) antes del inicio del tratamiento y a los tres meses, al finalizar la fase de inducción. Se verificó el supuesto de normalidad (Shapiro-Wilk) y se comparó mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas, tras calcular el tamaño del efecto (d de Cohen) y el intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Se incluyó a 81 pacientes (53,1% de mujeres; edad promedio de 39,6 ± 13,6 años), 54 con CUCI (66,7%) y 27 con enfermedad de Crohn (33,3%), sin pérdidas durante el seguimiento. La puntuación del IBDQ-9 aumentó de 32,95 a 48,12 puntos (diferencia media, 15,17; IC95%, 12,45-17,89; $p < 0,001$), con un tamaño del efecto grande (d de Cohen = 1,23). El incremento fue similar entre pacientes con CUCI (15,06 puntos) y con enfermedad de Crohn (15,41 puntos), sin diferencia significativa entre grupos ($p = 0,880$) (**Tabla 1**).

Conclusiones: El uso de terapias avanzadas se asoció con una mejoría clínicamente relevante y estadísticamente significativa en la CVRS de los pacientes con EII a los tres meses de tratamiento, independientemente del tipo de

Tabla 1. Características demográficas y terapéuticas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tratados con terapias avanzadas (n = 81). (**Mar296**)

Variable	Total (n = 81)	CUCI (n = 54)	EC (n = 27)	Valor de p
Edad (años), media ± DE	39,6 ± 13,6	35,7 ± 11,3	47,2 ± 14,8	0,001
Género, n (%)				
Masculino	38 (46,9)	28 (51,9)	10 (37,0)	0,29
Femenino	43 (53,1)	26 (48,1)	17 (63,0)	
Terapia avanzada, n (%)				
Vedolizumab	47 (58,0)	45 (83,3)	2 (7,4)	< 0,001
Ustekinumab	18 (22,2)	2 (3,7)	16 (59,3)	< 0,001
Infliximab	12 (14,8)	6 (11,1)	6 (22,2)	-
Upadacitinib	2 (2,5)	0 (0)	2 (7,4)	-
Guselkumab	2 (2,5)	1 (1,9)	1 (3,7)	-

CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; EC, enfermedad de Crohn; DE, desviación estándar.

enfermedad, lo que respalda su papel más allá del control de la actividad inflamatoria.
Financiamiento: Sin patrocinio.

Mar297

RIESGO DE INFECCIONES OPORTUNISTAS GRAVES Y TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE TERAPIA INMUNOSUPRESORA SISTÉMICA VS. TERAPIA LOCAL EN UN CENTRO PRIVADO

R. García-Macías, R. Malé-Velázquez, E. Amaya-Cabrera, E. Martínez-Villaseñor, F. A. Ávalos-Salgado, M. E. López-Acosta, F. Zamarripa-Dorsey, C. García-Gutiérrez, Grupo Colaborativo: Instituto de Salud Digestiva y Hepática, Hospital Ángeles Lomas

Introducción: El uso de inmunosupresores sistémicos y biológicos en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es indispensable para el control del daño estructural, pero conlleva un alto riesgo de infecciones oportunistas (IO) graves, especialmente en áreas endémicas para micobacterias como México. Existe una discrepancia entre las guías internacionales y la evidencia local sobre el comportamiento de este riesgo infeccioso y el apego real a los protocolos de tamizaje profiláctico en el sector privado del occidente del país.
Objetivo: Determinar si el uso de terapia inmunosupresora sistémica incrementa significativamente el riesgo de IO graves y tuberculosis (TB) en comparación con la terapia convencional no sistémica en pacientes con EII en un centro privado.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico (1990-2025). Se analizó a 88 adultos con diagnóstico confirmado de EII, estratificados en un grupo expuesto a inmunosupresión sistémica (corticosteroides ≥ 20 mg/día, tiopurinas, terapias biológicas; n = 52) y un grupo control no expuesto (terapia local/5-ASA; n = 36). Se evaluaron variables demográficas, tamizaje de TB latente, incidencia acumulada de IO y desenlaces clínicos (hospitalización, discapacidad o mortalidad). El análisis estadístico se realizó en SPSS v.25 mediante las pruebas x^2, Fisher y t de Student, tras calcular el riesgo relativo (RR) con IC95%.
Resultados: Las cohortes fueron clínica y demográficamente homogéneas (edad media, 52 años). La incidencia global de IO no presentó diferencia estadística significativa (19,2% en grupo expuesto *vs.* 8,3% en control; p = 0,1). Sin embargo, el desarrollo de complicaciones infecciosas graves se asoció sólidamente con la inmunosupresión sistémica (19,2% *vs.* 2,8%; p = 0,022), lo que arrojó un RR de 6,9 (NNH = 6) (**Tabla 1**). Se documentaron 3 casos de TB activa (5,7%) y uno de infección por CMV (1,9%), todos confinados exclusivamente al grupo expuesto. La infección por *C. difficile* se presentó de manera uniforme (11,5% *vs.* 8,3%). Se identificó una brecha de escrutinio para TB latente, que se realizó en el 55,8% del grupo expuesto frente a sólo el 11,1% del grupo control (p < 0,001).

Tabla 1. Comparación de desenlaces clínicos entre grupos. (**Mar297**)

Variable	Grupo expuesto (n = 52)	Grupo no expuesto (n = 36)	Valor de p
Infección oportunista, n (%)	10 (19,2)	3 (8,3)	0,1
Complicaciones graves, n (%)	**10 (19,2)**	**1 (2,8)**	**0,022***

*Denota significancia estadística (p < 0,05). Las complicaciones graves incluyen necesidad de hospitalización, cirugía urgente o ingreso a UCI.

Conclusiones: En pacientes con EII, la inmunosupresión sistémica no elevó de manera absoluta la frecuencia de infecciones respecto de la terapia local, pero actuó como un determinante drástico de gravedad, lo cual multiplicó por siete el riesgo de desenlaces clínicos graves. La prevalencia de patógenos intracelulares como la TB se limitó a la cohorte inmunosuprimida. La pronunciada falta de tamizaje profiláctico en el grupo de terapia convencional advierte sobre un riesgo subestimado en la práctica clínica de este entorno, lo que fundamenta la recomendación del escrutinio universal de TB desde el momento del diagnóstico.

Financiamiento: Este trabajo ha sido patrocinado total o parcialmente por recursos propios del investigador principal (autofinanciado).

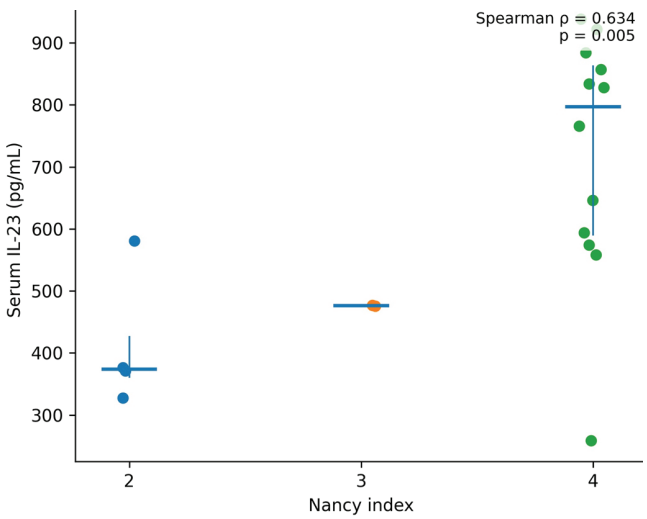
Mar298

CORRELACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE INTERLEUCINA-23, ONCOSTATINA M Y LEPTINA CON LA ACTIVIDAD ENDOSCÓPICA E HISTOLÓGICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCERATIVA: ANÁLISIS EXPLORATORIO

J. I. Carrillo-Rojas, M. P. Cruz-Domínguez, E. O. Madrigal-Santillán, L. Manuel-Apolinar, C. A. Martínez-Arredondo, E. Acosta-Jiménez, M. Soto-Villalpando, A. Y. Saucedo-Cruz, C. M. Del-Real-Calzada, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La fisiopatología de la colitis ulcerativa (CU) implica la activación de múltiples vías inmunológicas. Aunque el TNFa ha sido uno de los principales blancos de estudio, existen otras citocinas que perpetúan el daño inflamatorio en la mucosa, como lo son la interleucina 23 (IL-23) o la oncostantina M (OSM) y, aunque la leptina juega un papel principalmente metabólico, también desempeña una función proinflamatoria en la génesis de la CU. La identificación de biomarcadores asociados con la inflamación mucosa podría contribuir a comprender la heterogeneidad inmunológica de la CU y, potencialmente, identificar a pacientes con activación predominante de vías distintas al TNF-α.
Objetivo: Evaluar la correlación entre los niveles séricos de IL-23, OSM y leptina con el grado de actividad endoscópica e histológica en pacientes con colitis ulcerativa.
Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de CU atendidos en un centro de referencia. Se determinaron los niveles séricos de IL-23, OSM y leptina por técnicas de inmunoensayo. La actividad endoscópica se evaluó mediante el índice UCEIS y la actividad histológica mediante el índice de Nancy. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante pruebas no paramétricas y la correlación entre biomarcadores y el grado de actividad se evaluó con el coeficiente de Spearman.
Resultados: Se incluyó a 18 pacientes, 9 (50%) hombres y 9 (50%) mujeres, con una mediana de edad de 36,5 años (IQR, 20) y un tiempo de diagnóstico de 4,5 años (IQR, 8). El 72% tuvo pancolitis, 22% colitis izquierda y 6% proctitis. La actividad endoscópica fue leve en el 61%, moderada en 33% y grave en el 6%. Los pacientes con actividad endoscópica moderada tuvieron mayores concentraciones séricas de OSM (284,2 pg/ml *vs.* 62,8 pg/ml, p = 0,425) y leptina (13,3 ng/ml *vs.* 12,5 ng/ml, p = 0,497) en comparación con el grupo con actividad leve, mientras que las concentraciones de IL-23 fueron similares en ambos grupos (573,8 pg/ml *vs.* 594,0 pg/ml, p = 0,930), sin ser estadísticamente significativo. La actividad histológica correspondió a Nancy 4 en el 67%, Nancy 3 en 11%, Nancy 2 en 22%. Los niveles de IL-23 mostraron una correlación positiva moderada con el índice Nancy (ρ = 0,634, p = 0,005) (**Figura 1**), pero esto no se observó con OSM ni con leptina.

Figura 1. Correlación entre los niveles séricos de IL-23 y la actividad histológica en pacientes con colitis ulcerativa. (**Mar298**)



Conclusiones: En este estudio, la IL-23 fue el único marcador sérico asociado con actividad histológica, pero no con actividad endoscópica. En contraste, ni OSM ni leptina mostraron correlación con los desenlaces evaluados. Los hallazgos sugieren que las concentraciones séricas de las citocinas no necesariamente reflejan la actividad inflamatoria macroscópica de la mucosa, y que la IL-23 podría asociarse de manera más estrecha con la inflamación histológica.
Financiamiento: Recursos propios del Hospital de Especialidades CMN La Raza.

Mar299

NECESIDADES DE INFORMACIÓN REPRODUCTIVA E INFLUENCIA DE LA EII EN LAS DECISIONES REPRODUCTIVAS: ESTUDIO TRANSVERSAL EN MUJERES MEXICANAS

G. Cabrera-Palma, M. C. Dolores-Bravo, S. Basave-Falcó, F. J. Bustillos-García, A. Reyes-López, R. Guzmán-Ajá, J. E. López-Villanueva, R. Y. López-Pérez, J. L. De-León-Rendón, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) afecta con frecuencia a mujeres durante su etapa reproductiva. Las dudas relacionadas con la fertilidad, el embarazo, la transmisión hereditaria y la seguridad de los tratamientos pueden intervenir en las decisiones reproductivas. La información sobre estas necesidades en mujeres latinoamericanas con EII aún es limitada.
Objetivo: Identificar las necesidades de información reproductiva y evaluar la relación del conocimiento objetivo y las preocupaciones sobre el embarazo con la influencia percibida de la EII en la toma de decisiones reproductivas.
Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico realizado en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se incluyó consecutivamente a 61 mujeres de 18 a 49 años con diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) o enfermedad de Crohn (EC).
Las participantes respondieron un cuestionario de 43 ítems desarrollado a partir de una revisión de las publicaciones. El instrumento incluyó dos dominios: conocimiento objetivo (6 preguntas; puntuación 0–6) y preocupaciones (7 preguntas en escala Likert; puntuación 1–5). Las preguntas restantes exploraron antecedentes reproductivos, consejería y decisiones reproductivas. El cuestionario mostró adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,88). Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes y las continuas como media ± desviación estándar. Las comparaciones se realizaron mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, y x^2 de Pearson o prueba exacta de Fisher, según correspondiera. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 61 mujeres con edad media de 33,7 ± 8,3 años; 44 (72,1%) presentaban CUCI y 17 (27,9%) EC. Treinta y cuatro (55,7%) habían cursado al menos un embarazo y 11 (18,0%) tenían antecedente de cirugía relacionada con la EII. Las características clínicas y los principales hallazgos se presentan en la **Tabla 1**.
Sólo 13 mujeres (21,3%) habían recibido consejería sobre embarazo y EII, mientras que 52 (85,2%) manifestaron necesitar mayor información. Treinta y seis (59,0%) habían pospuesto o considerarían posponer un embarazo debido a la enfermedad; la misma proporción había considerado no tener hijos.
Las principales preocupaciones fueron el efecto de los medicamentos sobre el bebé (70,5%) y la transmisión hereditaria de la EII (66,7%). En conocimiento objetivo, 65,6% desconocía la seguridad de la terapia biológica durante el embarazo y 42,6% no sabía que la gestación debía planearse durante la remisión clínica.
La EII influyó en las decisiones reproductivas de 41 participantes (67,2%). Estas mujeres obtuvieron mayor puntuación de conocimiento objetivo que aquellas en quienes la enfermedad no influyó (3,20 ± 1,69 *vs.* 1,53 ± 1,12; intervalo 0–6; $p < 0,001$). Asimismo, presentaron mayor puntuación en preocupaciones (3,53 ± 0,83 *vs.* 2,49 ± 1,28; intervalo 1–5; $p = 0,004$).
Conclusiones: En esta población se observó una elevada necesidad de información reproductiva y una baja frecuencia de consejería previa. La mayoría de las participantes señaló que la EII había influido en sus decisiones reproductivas. Quienes reportaron esta influencia presentaron mayores puntuaciones de conocimiento objetivo y preocupaciones relacionadas con el embarazo. Estos hallazgos respaldan fortalecer la educación reproductiva y la consejería preconcepcional como parte de la atención integral de la EII.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Principales hallazgos del estudio. (**Mar299**)

Variable	Resultado
Participantes	61
Edad (años), media ± DE	33,7 ± 8,3
Consejería sobre embarazo y EII	13 (21,3%)
Necesidad de mayor información	52 (85,2%)
La EII influyó en las decisiones reproductivas	41 (67,2%)
Pospuso o pospondría un embarazo	36 (59,0%)
Consideró no tener hijos	36 (59,0%)
Conocimiento objetivo*	3,20 ± 1,69 *vs.* 1,53 ± 1,12
Preocupaciones relacionadas con el embarazo*	3,53 ± 0,83 *vs.* 2,49 ± 1,28

* Comparación entre mujeres que reportaron que la EII influyó en sus decisiones reproductivas y aquellas que no.

Mar300

TIEMPO ES INTESTINO: ASOCIACIÓN ENTRE LA LATENCIA AL INICIO DE TERAPIA BIOLÓGICA Y EL REQUERIMIENTO DE CIRUGÍA INTESTINAL EN UNA COHORTE MEXICANA DE EII DE ALTO RIESGO

G. Cabrera-Palma, S. Basave-Falcó, M. C. Dolores-Bravo, M. R. Esquivel-Steffanoni, M. V. Martínez-Vega, A. Reyes-López, R. Gutiérrez-Bueno, F. J. Bustillos-García, J. L. De-León-Rendón, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La progresión hacia el daño estructural en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) depende del fenotipo clínico y la oportunidad terapéutica. La ventana de oportunidad corresponde al periodo en el que el inicio oportuno de la terapia biológica, cuando está indicada, podría modificar la evolución de la enfermedad. La asociación entre la latencia al inicio del primer biológico y el requerimiento de cirugía intestinal permanece poco caracterizada en Latinoamérica.
Objetivo: Evaluar la asociación entre la latencia al inicio de la terapia biológica y el requerimiento de cirugía intestinal en pacientes mexicanos con EII de alto riesgo.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en la Clínica de EII del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se incluyó a 199 pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) o enfermedad de Crohn (EC) de alto riesgo tratados con terapia biológica. Se definió alto riesgo como: CUCI con diagnóstico < 40 años o extensión E3; EC con diagnóstico < 30 años, comportamiento B2/B3 o enfermedad perianal. En ambos diagnósticos también se consideraron hospitalización relacionada con EII, ≥ 2 ciclos de corticosteroides o antecedente de infección por *Clostridioides difficile*.
La latencia terapéutica se definió como el intervalo, en años, entre el diagnóstico y el inicio del primer biológico. El desenlace fue la cirugía intestinal relacionada con la EII. Se evaluaron sexo, tipo de EII, hospitalización, falla terapéutica, infección por *C. difficile* y latencia terapéutica mediante regresión logística univariada y multivariable. Las asociaciones se expresaron como OR y OR ajustadas (aOR) con IC95%; $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 199 pacientes, con edad media de 32,5 ± 9,6 años y 103 (51,8%) hombres. La edad media al diagnóstico fue de 24,9 ± 7,6 años; 169 (84,9%) presentaban CUCI y 30 (15,1%) EC. La mediana de latencia al inicio del primer biológico fue de 4 años (RIC, 1–9). Hubo hospitalización relacionada con la EII en 105 pacientes (52,8%), falla terapéutica en 16 (8,0%), infección por *C. difficile* en 37 (18,6%) y cirugía intestinal en 48 (24,1%). Las características de la cohorte y los principales resultados se presentan en la **Tabla 1**.
En el análisis univariado, la EC se asoció con mayor probabilidad de cirugía respecto de CUCI (OR, 4,86; IC95%, 2,15–10,96; $p < 0,001$). La hospitalización mostró la mayor asociación (OR, 74,55; IC95%, 10,01–555,17; $p < 0,001$). Cada año adicional de latencia incrementó 7% la probabilidad de cirugía (OR, 1,07; IC95%, 1,00–1,15; $p = 0,036$). La falla terapéutica (OR, 2,67; IC95%, 0,94–7,62;

p = 0,066), la infección por *C. difficile* (OR, 1,95; IC95%, 0,90–4,22; p = 0,090) y el sexo masculino (OR, 1,61; IC95%, 0,83–3,12; p = 0,158) no fueron significativos. En el análisis multivariable, la latencia terapéutica permaneció asociada con cirugía (aOR, 1,12; IC95%, 1,03–1,22; p = 0,005), al igual que la EC respecto de la CUCI (aOR, 12,22; IC95%, 4,03–37,04; p < 0,001).
Conclusiones: En esta cohorte mexicana de pacientes con EII de alto riesgo, una mayor latencia entre el diagnóstico y el inicio de la terapia biológica se asoció independientemente con mayores posibilidades de cirugía intestinal, con un incremento de 12% por cada año adicional. La EC también se asoció independientemente con el desenlace quirúrgico. El antecedente de hospitalización mostró una asociación univariada de elevada magnitud, cuya interpretación requiere confirmar que las hospitalizaciones precedieron a la cirugía. Estos resultados respaldan la identificación temprana de pacientes de alto riesgo y el inicio oportuno de terapia biológica cuando esté indicada. El diseño retrospectivo no permite establecer causalidad.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características basales y factores asociados con el requerimiento de cirugía intestinal. (**Mar300**)

A. Características de la población

Variable	Total (n = 199)
Edad actual, media ± DE, años	32,5 ± 9,6
Edad al diagnóstico, media ± DE	24,9 ± 7,6
Sexo masculino	103 (51,8%)
Sexo femenino	96 (48,2%)
CUCI	169 (84,9%)
Enfermedad de Crohn	30 (15,1%)
Latencia terapéutica, mediana (RIC)	4 (1–9)
Hospitalización relacionada con EII	105 (52,8%)
Cirugía intestinal	48 (24,1%)
Falla terapéutica	16 (8,0%)
Infección por *C. difficile*	37 (18,6%)

B. Regresión logística para cirugía intestinal

Variable	OR	IC95%	p	aOR	IC95%	p
Masculino	1,61	0,83–3,12	0,158	—	—	—
EC	4,86	2,15–10,96	< 0,001	12,22	4,03–37,04	< 0,001
Hospitalización	74,55	10,01–555,17	< 0,001	—	—	—
Falla terapéutica	2,67	0,94–7,62	0,066	—	—	—
C. difficile	1,95	0,90–4,22	0,090	—	—	—
Latencia/año	1,07	1,00–1,15	0,036	1,12	1,03–1,22	0,005

Los datos se presentan como frecuencia absoluta y porcentaje, media ± desviación estándar o mediana y rango intercuartílico. Para las variables categóricas, las categorías de referencia fueron sexo femenino, CUCI y ausencia del antecedente correspondiente. La latencia se analizó como variable continua; sus OR representan el cambio en las posibilidades de cirugía por cada año adicional.

Mar301

MÁS ALLÁ DE LA ACTIVIDAD INTESTINAL: FACTORES COGNITIVO-CONDUCTUALES ASOCIADOS CON LA INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON EII

M. V. Martínez-Vega, J. M. Fortanelli-Ríos, A. Reyes-López, F. J. Bustillos-García, G. Cabrera-Palma, M. C. Dolores-Bravo, M. R. Esquivel-Steffanoni, R. Y. López-Pérez, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La inflexibilidad psicológica, caracterizada por rigidez cognitiva y evitación experiencial, dificulta la adaptación a las enfermedades crónicas. En la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), su relación con el catastrofismo, autoeficacia, ansiedad visceral y estilos de afrontamiento permanece insuficientemente caracterizada. Identificar los factores cognitivo-conductuales asociados contribuirá a diseñar estrategias de atención psicológica integradas al manejo multidisciplinario.
Objetivo: Evaluar la inflexibilidad psicológica en pacientes con EII e identificar las variables cognitivo-conductuales, clínicas y sociodemográficas asociadas mediante análisis correlacional y regresión lineal múltiple.
Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico en 109 pacientes con EII. La inflexibilidad psicológica se evaluó mediante el *Acceptance and action questionnaire-II* (AAQ-II). Se aplicaron el IBD-SES-SF (autoeficacia), PCS-6 (catastrofismo), VSI-Short (ansiedad visceral) y BRIEF-COPE (estilos de afrontamiento). Las asociaciones bivariadas se evaluaron mediante rho de Spearman y las comparaciones de grupos con la prueba U de Mann-Whitney. Se construyó un modelo de regresión lineal múltiple por mínimos cuadrados ordinarios al considerar la puntuación del AAQ-II como variable dependiente y reportar coeficientes B, R^2, R^2 ajustado y estadístico F. Se consideró significativo un valor bilateral de p < 0,05 (IBM SPSS Statistics).
Resultados: Se analizó a 109 pacientes (73 mujeres, 36 hombres; puntuación media de AAQ-II: 14,43 ± 7,51). El AAQ-II mostró correlación positiva sólida con catastrofismo (ρ = 0,683; p < 0,001) y afrontamiento evitativo (ρ = 0,610; p < 0,001), correlación positiva débil con ansiedad visceral (ρ = 0,223; p = 0,019) e inversa moderada con autoeficacia (ρ = −0,529; p < 0,001). Las mujeres presentaron mayor inflexibilidad psicológica que los hombres (15,47 ± 7,52 *vs.* 12,33 ± 7,15; p = 0,042), menor autoeficacia (7,64 ± 1,67 *vs.* 8,18 ± 1,48; p = 0,023) y mayor afrontamiento evitativo (2,08 ± 0,86 *vs.* 1,76 ± 0,76; p = 0,042). No se encontraron diferencias por sexo en edad, catastrofismo ni ansiedad visceral (**Tabla 1**). El modelo de regresión lineal explicó 49,3% de la variabilidad del AAQ-II (R^2 = 0,493; R^2 ajustado = 0,479; F = 34,09; p < 0,001). El catastrofismo mantuvo asociación positiva con la puntuación del AAQ-II (B = 0,655; p < 0,001), mientras que la autoeficacia mostró asociación inversa (B = −0,776; p = 0,048). El tipo de EII y la actividad clínica no mostraron asociaciones significativas con la inflexibilidad psicológica.
Conclusiones: La inflexibilidad psicológica en pacientes con EII se relacionó principalmente con mayor catastrofismo, afrontamiento evitativo, ansiedad visceral y menor autoeficacia. Las mujeres presentaron mayor vulnerabilidad al registrar puntuaciones más elevadas de inflexibilidad, menor autoeficacia y mayor afrontamiento evitativo. El modelo multivariable explicó cerca de la mitad de la variabilidad del AAQ-II, lo que confirmó la asociación independiente con catastrofismo y autoeficacia. Estos hallazgos respaldan la evaluación sistemática de factores psicológicos potencialmente modificables para favorecer la flexibilidad psicológica en la EII.
Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Comparación de variables cognitivo-conductuales según el sexo en pacientes con EII (n = 109). (**Mar301**)

Variable o constructo	Hombres (n = 36)	Mujeres (n = 73)	Valor de p
Edad, años	39,9 ± 14,2	41,6 ± 14,0	0,446
Inflexibilidad psicológica, AAQ-II	12,33 ± 7,15	15,47 ± 7,52	**0,042**
Catastrofismo, PCS-6	10,25 ± 6,22	11,21 ± 6,70	0,419
Autoeficacia, IBD-SES-SF	8,18 ± 1,48	7,64 ± 1,67	**0,023**
Ansiedad visceral, VSI-Short	18,08 ± 7,17	19,44 ± 6,61	0,237
Afrontamiento evitativo	1,76 ± 0,76	2,08 ± 0,86	**0,042**

Los datos se presentan como media ± desviación estándar. Los valores de p corresponden a comparaciones entre hombres y mujeres mediante la prueba U de Mann-Whitney. EII, enfermedad inflamatoria intestinal; AAQ-II, *Acceptance and action questionnaire-II*; PCS-6, *Pain catastrophizing scale-6*; IBD-SES-SF, *Inflammatory bowel disease self-efficacy scale-short form*; VSI-Short, *Visceral sensitivity index-short form*.

Mar302

PREDICTORES CLÍNICO-FENOTÍPICOS DE UN DESENLACE QUIRÚRGICO. INEVITABLE PÉRDIDA DE LA VENTANA DE OPORTUNIDAD EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

S. Basave-Falcó, E. Amezcua-Avilés, G. Cabrera-Palma, J. M. Fortanelli-Ríos, A. Reyes-López, M. R. Esquivel-Steffanoni, M. V. Martínez-Vega, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El paradigma actual del tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se basa en la "ventana de oportunidad", concepto validado por el consenso STRIDE-II que postula que la intervención temprana (≤ 2 años tras el diagnóstico) con terapias avanzadas es determinante para modificar la evolución natural de la enfermedad y prevenir el daño estructural irreversible. Los estudios clásicos sugieren una progresión fenotípica lenta; no obstante, en centros de referencia de tercer nivel se observa una proporción significativa de pacientes que requieren rescate quirúrgico prematuro, lo que sugiere que la ventana de oportunidad se clausura incluso antes del inicio del tratamiento médico.
Objetivo: Caracterizar los determinantes clínicos, fenotípicos y cronológicos que condicionan la clausura prematura de la ventana de oportunidad terapéutica y el consecuente rescate quirúrgico en enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI), así como cuantificar el incremento del riesgo quirúrgico asociado al retraso del inicio de terapias avanzadas y el efecto de la latencia diagnóstica-terapéutica sobre la evolución natural de la enfermedad.
Material y métodos: Estudio de cohorte, retrospectivo y analítico (n = 121) realizado en un centro de referencia de tercer nivel. Se incluyeron variables demográficas, hospitalización al debut clínico y el fenotipo de Montreal completo. La "latencia terapéutica" se definió como el tiempo (años) transcurrido entre el diagnóstico formal y la administración de la primera dosis de terapia avanzada (TA). La edad al diagnóstico se categorizó según estándares internacionales en: *early onset* (< 18 años), *adult onset* (18-59 años) y *elderly onset* (≥ 60 años). Se empleó regresión logística binaria multivariada para calcular *odds ratio* (OR) con IC95%, al considerar significancia estadística un valor de p < 0,05. El análisis se realizó con el software IBM SPSS Statistics v.29.
Resultados: Se incluyó a 121 pacientes (69 CUCI, 52 Crohn). La tasa global de cirugía fue del 30,6% (n = 37), con una mediana de latencia quirúrgica de 0 años (IQR, 0-1), lo que indica que la cirugía ocurre frecuentemente al debut. En contraste, la mediana para el inicio biológico fue de 4 años (IQR, 2-7). El 59,4% de las cirugías ocurrió antes de que el paciente pudiera recibir su primer biológico. El análisis multivariado identificó los siguientes predictores de cirugía: EC presentó un riesgo 27 veces mayor que CUCI (OR, 27,10; IC95%, 7,30 – 100,59; p < 0,001). Los fenotipos complejos B2/B3 en EC y E3 en CUCI aumentaron el riesgo 11,7 veces (OR, 11,74; IC95%, 3,22-42,79; p < 0,001). Los comportamientos B3 (OR, 16,0; IC95%, 1,8 – 138,8) y B2 (OR, 11,4; IC95%, 2,9 – 44,1) fueron los de mayores efectos, junto con la localización L1 (OR = 16,0) y la enfermedad perianal (OR = 7,4), que fueron los principales marcadores de riesgo (**Tabla 1**). En cuanto a la latencia terapéutica, cada año de retraso en el inicio de la terapia biológica incrementó el riesgo de cirugía en un 10,4% de forma acumulativa e independiente (OR, 1,10; IC95%, 1,02-1,19; p = 0,014) (**Tabla 1**). El género femenino mostró una tendencia protectora (OR, 0,40; p = 0,08) sin alcanzar significancia (p = 0,08). No se observó una diferencia significativa de riesgo asociada exclusivamente a la edad de inicio (*early/elderly onset*) tras ajustar por fenotipo (p > 0,05) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Predictores clínico-fenotípicos del rescate quirúrgico en EII (n = 121). (**Mar302**)

Categoría	*Odds ratio* (OR)	IC95%	Valor de p
Diagnóstico de Crohn (*vs*. CUCI)	27,10	7,30 – 100,59	< 0,001
Fenotipo complejo (B2/B3 o E3)	11,74	3,22 – 42,79	< 0,001
Latencia al biológico (por año)	1,10	1,02 – 1,19	0,014
Hospitalización al debut	Infinito	--	< 0,001
***Early onset* (< 18 años)**	0,97	0,23 – 3,98	0,966
***Elderly onset* (≥ 60 años)**	1,03	0,33 – 3,22	0,950
Sexo femenino (*vs*. masculino)	0,40	0,14 – 1,12	0,082
Fenotipos enfermedad de Crohn			
A1 (< 17 años)	Infinito	-	0,005
A2 (17-40 años)	5,06	2,04 – 12,54	< 0,001
A3 (> 40 años)	1,61	0,62 – 4,14	0,325
L1 (ileal)	16,06	1,86 – 138,86	0,011
L2 (colónica)	0,65	0,17 – 2,53	0,536
L3 (ileocolónica)	5,05	1,99 – 12,80	< 0,001
L4 (tracto superior)	2,38	0,46 – 12,40	0,302
B1 (inflamatorio)	1,11	0,46 – 2,67	0,814
B2 (estenosante)	11,42	2,95 – 44,10	< 0,001
Comportamiento B3 (penetrante)	16,06	1,85 – 138,8	0,011
Enfermedad perianal (P)	7,44	1,84 – 2,99	
Fenotipos colitis ulcerativa crónica idiopática			
E1 (proctitis)	0,00	-	**1,00**
E2 (izquierda)	00,0	-	**1,00**
E3 (pancolitis)	10,89	**0,60 - 195,4**	**0,041**

Conclusiones: El rescate quirúrgico en EII deriva del daño estructural al debut y la latencia terapéutica prolongada. El diagnóstico de EC y los fenotipos complejos predicen la clausura de la ventana de oportunidad. Cada año de retraso en TA eleva el riesgo quirúrgico 10,4%, lo cual demuestra que es prioritario mitigar la latencia terapéutica y optimizar la referencia oportuna en tercer nivel.
Financiamiento: Ninguno.

Mar303

EXPERIENCIA QUIRÚRGICA Y DESENLACES POSTOPERATORIOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL

A. Reyes-López, B. Jiménez-Bobadilla, M. R. Esquivel-Steffanoni, S. Basave-Falcó, J. M. Fortanelli-Ríos, M. V. Martínez-Vega, G. Cabrera-Palma, M. C. Dolores-Bravo, J. L. De-León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye a la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), es una patología crónica asociada a complicaciones médicas y quirúrgicas. A pesar de los avances terapéuticos, una proporción relevante de pacientes requerirá cirugía durante la evolución de la enfermedad. En México existe información limitada sobre la carga quirúrgica y los resultados posoperatorios en esta población.
Objetivo: Describir la frecuencia de cirugía relacionada con EII y analizar las características clínicas, indicaciones operatorias y desenlaces posoperatorios en pacientes atendidos en un centro de referencia nacional.
Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo realizado en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Servicio de Coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se revisó una cohorte institucional de 394 pacientes con diagnóstico confirmado de EII. Se identificó a los pacientes sometidos a cirugía secundaria a complicaciones de la enfermedad. Para el análisis quirúrgico detallado se incluyeron los procedimientos realizados en la institución con expediente clínico completo (n = 30). Se recolectaron variables demográficas, tipo de EII, contexto quirúrgico (urgencia o electiva), exposición a terapia biológica,

indicación operatoria y complicaciones posoperatorias según la clasificación de Clavien-Dindo.

Resultados: De 394 pacientes con EII, 110 (27,9%) correspondieron a enfermedad de Crohn y 284 (72,1%) a colitis ulcerosa crónica idiopática. Sesenta y siete pacientes (17,0%) requirieron cirugía relacionada con EII. La tasa quirúrgica fue mayor en la enfermedad de Crohn (38/110; 34,5%) en comparación con CUCI (29/284; 10,2%).

Treinta procedimientos (44,8% del total de cirugías) se realizaron en la institución y contaron con expediente completo para análisis (**Tabla 1**), de los cuales 14 (46,7%) correspondieron a enfermedad de Crohn y 16 (53,3%) a CUCI. La edad promedio fue de 40,9 años y predominó el sexo masculino. La distribución entre cirugía urgente y electiva fue equivalente (50% cada una). Los principales diagnósticos prequirúrgicos fueron oclusión intestinal, fístula anal, perforación intestinal y estenosis colorrectal. Los pacientes con enfermedad de Crohn presentaron mayor frecuencia de cirugía urgente respecto de CUCI (64,3% *vs.* 37,5%, p = 0,048).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes sometidos a cirugía por enfermedad inflamatoria intestinal. (**Mar303**)

Variable	Resultado
Edad, media ± DE (años)	40,8 ± 13,7
Mediana de edad (RIC)	39,5 (29,5 – 50,5)
Sexo masculino, n (%)	19 (63,3%)
Sexo femenino, n (%)	11 (36,7%)
Enfermedad de Crohn, n (%)	14 (46,7%)
CUCI, n (%)	16 (53,3%)
Cirugía urgente, n (%)	15 (50%)
Cirugía electiva, n (%)	15 (50%)
Complicaciones menores (Clavien Dindo I-II), n (%)	27 (90%)
Complicaciones mayores (Clavien Dindo III-IV), n (%)	3 (10%)

DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática. Los datos se presentan como media ± desviación estándar, mediana (rango intercuartílico) o número (porcentaje), según corresponda. La clasificación de las complicaciones posoperatorias se realizó de acuerdo con la escala de Clavien–Dindo.

Las complicaciones posoperatorias fueron predominantemente menores: Clavien-Dindo I-II en 90,0%, mientras que las complicaciones mayores (III-V) ocurrieron en 10,0% de los casos. De éstos últimos, dos pacientes (0,6%) requirieron reintervención quirúrgica.

Conclusiones: La cirugía relacionada con EII representó una carga asistencial significativa en esta cohorte institucional, particularmente en pacientes con enfermedad de Crohn, quienes presentaron mayor tasa quirúrgica global y mayor necesidad de cirugía urgente en comparación con CUCI. Estos hallazgos refuerzan la importancia del diagnóstico temprano, el seguimiento estrecho y la optimización oportuna del tratamiento médico, incluidas las terapias biológicas, como estrategias potenciales para prevenir enfermedad complicada, disminuir la necesidad de cirugía urgente y mejorar los desenlaces clínicos.

Financiamiento: No aplica.

Mar304

NECESIDAD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ANÁLISIS CRONOLÓGICO EN RELACIÓN CON EL INICIO DE TERAPIAS AVANZADAS

S. Basave-Falcó, E. Amezcua-Avilés, G. Cabrera-Palma, A. Reyes-López, M. R. Esquivel-Steffanoni, J. M. Fontanelli-Ríos, M. V. Martínez-Vega, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: A pesar del advenimiento de las terapias biológicas y de pequeñas moléculas, la intervención quirúrgica aún representa un desenlace relevante en la evolución natural de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se estima que hasta el 50% de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y el 15% de aquéllos con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) requerirán tratamiento quirúrgico en los primeros 10 años tras el diagnóstico. Sin embargo, la relación temporal entre la necesidad de intervención quirúrgica y el inicio de terapias avanzadas, así como su interpretación como marcador de falla terapéutica frente a latencia en la optimización médica, permanece insuficientemente caracterizada en escenarios de práctica clínica real.

Objetivo: Caracterizar la necesidad de intervención quirúrgica en relación con el inicio de terapias avanzadas y diferenciar entre eventos atribuibles a retraso de la optimización terapéutica y los asociados a falla del tratamiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico en una cohorte de 120 pacientes con EII en tratamiento con terapias avanzadas. El desenlace quirúrgico se clasificó con su temporalidad respecto del inicio de la terapia avanzada en intervención quirúrgica previa (pre-TA) y posterior (post-TA). El análisis descriptivo incluyó frecuencias y medidas de tendencia central. Las asociaciones se evaluaron mediante las pruebas x^2 o exacta de Fisher. El riesgo de intervención quirúrgica se estimó con regresión logística binaria y se registraron *odds ratio* (OR) con intervalos de confianza al 95% (IC95%). Se consideró un valor de p < 0,05. El análisis estadístico se realizó en IBM SPSS Statistics versión 29.

Resultados: Se incluyó a 120 pacientes, de los cuales el 57,5% correspondió a colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y el 42,5% a enfermedad de Crohn (EC). Las características demográficas y clínicas de la cohorte se resumen en la **Tabla 1**. Los pacientes con EC presentaron una edad significativamente mayor en comparación con aquéllos con CUCI (47,0 *vs.* 34,0 años; p < 0,001). La proporción global de intervención quirúrgica fue de 25,8% (n = 31). La frecuencia de intervención quirúrgica fue mayor en pacientes con EC en comparación con CUCI (45,1% *vs.* 11,6%; p < 0,001), con un incremento de más de seis veces del riesgo de requerir cirugía en EC (OR, 6,26; IC95% 2,49–15,66) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la cohorte (n = 120). (**Mar304**)

Variable	Total (n = 120)	CUCI (n = 69)	EC (n = 51)	p
Edad (años), mediana (RIQ)	39,5 [27,0–53,2]	34,0 [26,0–49,0]	47,0 [29,0–57,0]	< 0,001*
Sexo masculino, n (%)	61 (50,8)	37 (53,6)	24 (47,1)	0,48
Sexo femenino, n (%)	59 (49,2)	32 (46,4)	27 (52,9)	—
Fenotipo Montreal (CUCI)				
E1 (proctitis)	—	3 (4,3)	—	—
E2 (colitis izquierda)	—	17 (24,6)	—	—
E3 (pancolitis)	—	47 (68,1)	—	—
Fenotipo Montreal (EC)				
L1 (ileal)	—	—	4 (7,8)	—
L2 (colónico)	—	—	15 (29,4)	—
L3 (ileocolónico)	—	—	25 (49,0)	—
L4 (tracto gastrointestinal superior)	—	—	25 (49,0)	—
B1 (inflamatorio)	—	—	28 (54,9)	—
B2 (estenosante)	—	—	13 (25,5)	—
B3 (penetrante)	—	—	6 (11,8)	—
Enfermedad perianal (p)	—	—	9 (17,6)	—
Cronología quirúrgica				
Intervención quirúrgica, n (%)	31 (25,8)	8 (11,6)	23 (45,1)	< 0,001**
Preterapia avanzada (pre-TA)	27 (87,1)	5 (7,2)	22 (43,1)	< 0,001**
Posterapia avanzada (post-TA)	4 (12,9)	3 (4,3)	1 (2,0)	0,62***

*Prueba U de Mann–Whitney; **Prueba x^2; ***Prueba exacta de Fisher. RIQ, rango intercuartílico.

En cuanto a la cronología del evento quirúrgico, el 87,1% (n = 27) de las intervenciones ocurrió antes del inicio de la terapia avanzada (pre-TA), mientras que el 12,9% (n = 4) se presentó luego del inicio (post-TA). La probabilidad de requerir intervención quirúrgica fue significativamente mayor en el periodo anterior al inicio de la terapia avanzada (OR, 8,42; IC95% 2,85–24,82; p < 0,001).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la práctica de intervención quirúrgica en el periodo post-TA según el mecanismo de acción inicial de la terapia (antiintegrinas: OR, 0,38; IC95%, 0,07–3,44; p = 0,62; anti-IL-12/23: OR, 2,13; IC95%, 0,35–12,7; p = 0,59; inhibidores de JAK: OR, 19,0; IC95%, 1,99–193,1; p = 0,09).

Conclusiones: La necesidad de intervención quirúrgica ocurre predominantemente antes del inicio de las terapias avanzadas y el evento quirúrgico refleja principalmente una latencia en la optimización terapéutica más que una falla del tratamiento avanzado. No se identificaron diferencias según el mecanismo de acción, pero estos hallazgos no excluyen el efecto del perfilamiento. Estos resultados refuerzan la importancia de estrategias integrales que combinen inicio temprano de terapias avanzadas con un adecuado perfilamiento individualizado, con el objetivo de intervenir dentro de la ventana terapéutica.

Financiamiento: Ninguno.

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO
www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres en cartel

Martes 24 de noviembre de 2026

ESÓFAGO

Mar305

EL FENOTIPO RADIOLÓGICO AVANZADO NO LIMITA LA PRESERVACIÓN ESOFÁGICA EN PACIENTES CON MEGAESÓFAGO SECUNDARIO A ACALASIA

J. Gutiérrez-Ortiz, Y. N. Varela-Martínez, L. A. Sánchez-Ruiz, M. Krause-Icaza, E. Coss-Adame, J. S. Arenas-Martínez, G. Torres-Villalobos, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El megaesófago representa la fase más avanzada de la acalasia y se caracteriza por remodelación anatómica progresiva y deterioro del vaciamiento esofágico. Aunque la esofagectomía se considera una alternativa terapéutica en casos seleccionados, existe escasa evidencia sobre la evolución a largo plazo de estos pacientes y sobre la influencia del fenotipo radiológico en los desenlaces clínicos.
Objetivo: Evaluar el efecto del fenotipo radiológico sobre los desenlaces clínicos a largo plazo y la preservación esofágica en pacientes con megaesófago secundario a acalasia.
Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en un centro de referencia nacional. De 639 pacientes con acalasia entre 2010 y 2022, se incluyó a 57 con megaesófago (8,9%) secundario a acalasia confirmado mediante manometría esofágica de alta resolución y esofagograma. Los pacientes se clasificaron como fenotipo recto, sigmoideo y sigmoideo avanzado. Se compararon variables clínicas, radiológicas, terapéuticas y de seguimiento; la normalidad de las variables continuas se evaluó mediante la prueba de Anderson-Darling. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante ANOVA de una vía o Kruskal-Wallis, según fuera la distribución de los datos, y las variables categóricas mediante las pruebas x^2 o exacta de Fisher. Se consideró significativa una $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 57 pacientes: 27 (47,4%) con fenotipo recto, 23 (40,4%) sigmoideo y 7 (12,3%) sigmoideo avanzado. Los fenotipos avanzados presentaron mayor tiempo desde el diagnóstico de acalasia hasta el desarrollo de megaesófago ($p = 0,025$) y mayor diámetro esofágico inicial (68,1 ± 9,5, 71,2 ± 9,8 y 95,7 ± 12,6 mm; $p < 0,001$). Asimismo, mostraron menor puntuación de Eckardt ($p = 0,002$) y menor pérdida ponderal ($p = 0,004$) al diagnóstico de megaesófago, en probable relación con una tendencia a tener mayor número de procedimientos previos ($p = 0,193$). Durante una mediana de seguimiento de 29 meses (9,5-96), el diámetro esofágico disminuyó en todos los grupos. Se observó una tendencia a mayor frecuencia de reintervención en el fenotipo sigmoideo avanzado (43%; $p = 0,067$). La preservación esofágica se logró en 55 pacientes (96,5%), sin diferencias entre los fenotipos (**Figura 1**).
Conclusiones: A pesar de presentar mayor remodelación anatómica y una evolución más prolongada de la enfermedad, los pacientes con fenotipos radiológicos avanzados alcanzaron tasas de preservación esofágica comparables a las de los fenotipos menos avanzados. Estos hallazgos respaldan una estrategia inicial de preservación esofágica incluso en pacientes con megaesófago avanzado; la esofagectomía se reserva para casos altamente seleccionados.
Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento externo.

Mar306

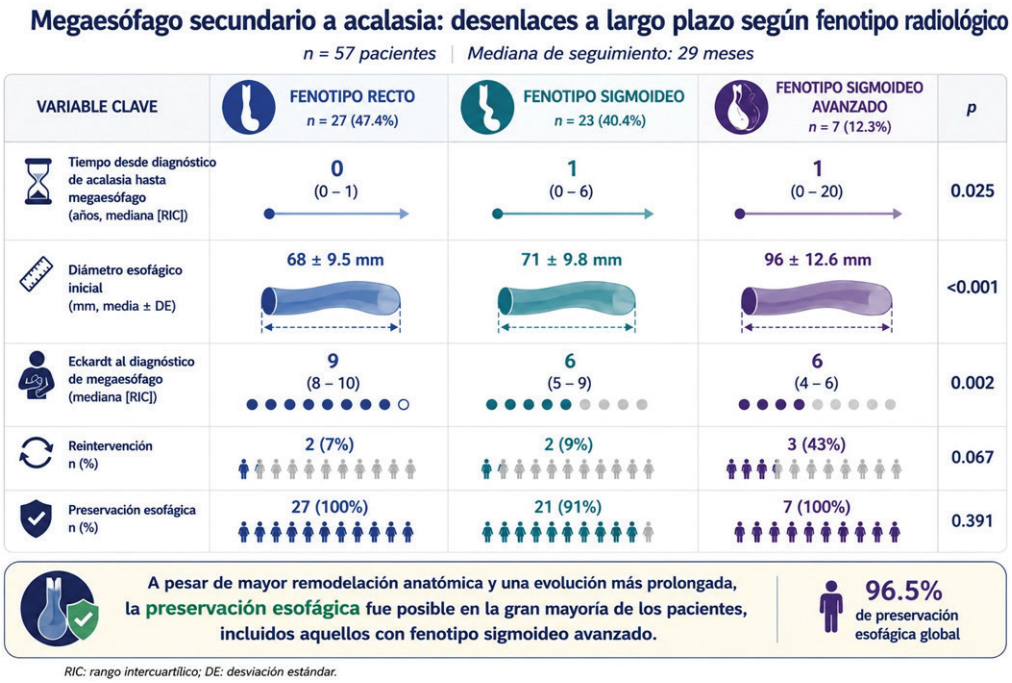
UTILIDAD DEL DELTA-IRP COMO PREDICTOR DE ÉXITO CLÍNICO EN ACALASIA TRATADA EN UNA COHORTE MEXICANA

M. J. Muñoz-Jiménez, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, J. M. Aldana-Ledesma, B. E. Pérez-Espitia, R. González-Ruiz, S. García-Jiménez, L. F. Gutiérrez-Sánchez, E. García-Mercedes, E. C. Morel-Cerda, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La clasificación de Chicago v4.0 rige los parámetros manométricos para el diagnóstico de acalasia; sin embargo, no considera la nomenclatura de los pacientes tratados. En fecha reciente se ha propuesto el término "acalasia tratada adecuadamente" (ATA) para describir la acalasia tratada sin presión integrada de relajación (IRP) elevada (< 15 mmHg para Medtronic y < 22 mmHg para sistemas Diversatek/Laborie) y sin características obstructivas. Este término busca evitar la confusión derivada de clasificar la acalasia tratada como "contractilidad ausente". Asimismo, se propuso el término "acalasia tratada con obstrucción al flujo de salida" (TAOO) para definir los casos con persistencia de obstrucción de la unión esofagogástrica (UEG), espasmos obstructivos en el cuerpo esofágico o ambos. Además, se ha evaluado el "Delta-IRP", que representa la diferencia entre el IRP preintervención y posintervención; así, un valor > 16,5 mmHg predice la respuesta clínica con sensibilidad y especificidad de 70%.
Objetivo: Evaluar la capacidad del Delta-IRP para discriminar el éxito clínico en pacientes con acalasia tratada en una cohorte mexicana.

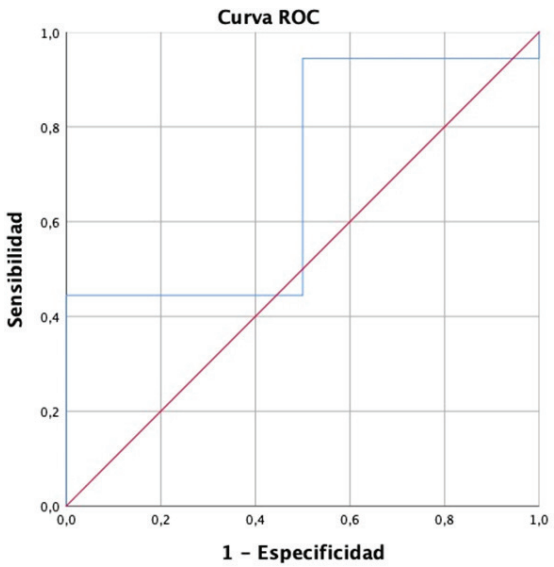
0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Figura 1. Desenlaces a largo plazo de pacientes con megaesófago secundario a acalasia según el fenotipo radiológico. (**Mar305**)



Material y métodos: Se utilizó la base de datos de un estudio previamente aprobado por el comité de ética institucional. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de acalasia, que otorgaron su consentimiento informado y que se sometieron a miotomía de Heller más funduplicatura de Nissen entre enero de 2022 y diciembre de 2025. Se excluyó a los pacientes en los cuales el catéter de manometría de alta resolución (MAR) no pasó la UEG. Los pacientes fueron citados en el postquirúrgico, se les realizó una nueva MAR y se les aplicaron los cuestionarios clínicos Eckardt y BEDQ. Los pacientes se clasificaron como ATA o TAOO y se calculó el Delta-IRP. El éxito clínico se definió como un puntaje de Eckardt ≤ 3 o BEDQ ≤ 10. Para el análisis estadístico, las variables categóricas se presentaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC). Para evaluar la capacidad discriminatoria del índice Delta-IRP se realizó un análisis mediante la curva ROC.
Resultados: Se condujo un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico. El tiempo promedio transcurrido desde la cirugía a la manometría postquirúrgica fue de 17 meses. Se incluyó a 23 pacientes y se excluyó a 3 en quienes el catéter de MAR no paso la UEG. Hasta 69% (n = 16) correspondió a mujeres. La mediana de edad fue de 48 años (rango, 24-70). La mediana del IRP en posición supina disminuyó de 33,1 mmHg (RIC, 25,2-43,1) a 8,4 mmHg (RIC, 6,6-15,4). La mediana de la presión del EEI se redujo de 43,2 mmHg (RIC, 34,8-51,2) a 23,1 mmHg (RIC, 18,4-30,8). En cuanto al tipo de acalasia, el 82,6% (n = 19) era acalasia tipo II y el 17,4% (n = 4) tipo I. En el postquirúrgico, los pacientes con tipo I fueron el 60,9% (n = 14); tipo II el 34,8% (n = 8) y 1 paciente tuvo regresión a motilidad esofágica inefectiva. El índice Delta-IRP presentó una mediana global de 23,2 mmHg (RIC, 11,9 – 31,6), con una tendencia central por encima del 16,5 mmHg propuesto en las publicaciones médicas. La mediana postquirúrgica para el EGJ-CI fue de 47,5. Se clasificó a 62,5% (n = 15) pacientes como ATA y a 21,7% (n = 5) como TAOO. El 65,2% (n = 15) tuvo éxito por Delta-IRP y el 56,5% (n = 13) por Eckardt y BEDQ. La curva ROC demostró un área bajo la curva (AUC) de 0,69 (IC95%) (**Figura 1**).
Conclusiones: En esta población, el índice Delta-IRP parece ser un parámetro útil y muestra una capacidad discriminatoria modesta para identificar éxito clínico. Por el tamaño de la muestra, los resultados deben considerarse exploratorios.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Curva ROC para la evaluación del rendimiento diagnóstico del índice Delta-IRP, con área bajo la curva (AUC) de 0,69 (IC95%). (**Mar306**)



Mar308

CARACTERIZACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, DEL ESÓFAGO HIPERSENSIBLE Y DE LA PIROSIS FUNCIONAL

M. Vieyra-Vega, A. P. Vázquez-Cruz, S. A. Reyes-Díaz, B. A. Priego-Parra, K. D. González-Gómez, V. G. Pérez-Pérez, M. Amieva-Balmori, V. Quiñones-Corona, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), el esófago hipersensible (EH) y la pirosis funcional (PF) comparten manifestaciones clínicas, pero corresponden a fenotipos fisiopatológicos distintos. Además, la carga sintomática y los factores psicológicos pueden contribuir a la percepción y la persistencia de los síntomas, aunque las diferencias entre estos grupos no están del todo definidas.
Objetivo: Comparar los perfiles clínico, sintomático y psicológico entre pacientes con ERGE, esófago hipersensible y pirosis funcional.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico en sujetos referidos para manometría esofágica de alta resolución y monitorización ambulatoria de pH-impedancia de 24 horas al Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana entre enero de 2024 y junio de 2026. Se incluyó a pacientes clasificados como ERGE, EH o PF de acuerdo con la exposición ácida esofágica y la asociación entre los síntomas y los episodios de reflujo. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y sintomáticas. La carga de síntomas de reflujo se evaluó mediante el cuestionario GERD-Q; los síntomas extraesofágicos con el índice de síntomas de reflujo (RSI); la hipervigilancia y la ansiedad esofágicas mediante la escala de hipervigilancia esofágica y ansiedad específica (EHAS); y la ansiedad y la depresión con la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). Las variables continuas se expresaron como mediana (RIC) y se compararon mediante Kruskal-Wallis, con análisis *post hoc* ajustado por Bonferroni; las variables categóricas se presentaron como frecuencias y porcentajes y se compararon con las pruebas x2 de Pearson o exacta de Fisher, según correspondiera. Se consideró significativo un valor de p < 0,05. El análisis se realizó en SPSS V 27.

Resultados: Se incluyó a 198 sujetos con una mediana de edad de 51 años (41–58), de los cuales 64,6% correspondió a mujeres con un IMC de 26,7 (24,2-30,2). Los sujetos con ERGE presentaron mayor tiempo de exposición ácida [8,95% (6,40-12,38) *vs.* 1,45% (0,60-2,80) *vs.* 0,55% (0,18-1,43)], mayor índice de DeMeester [30,80 (20,45-46,05) *vs.* 5,00 (2,75-9,70) *vs.* 3,45 (1,48-5,70)] y más episodios de reflujo ácido [44 (24-58,75) *vs.* 25 (13-38,50) *vs.* 15 (6,25-21)], así como menor impedancia basal [925,5 (544,75-1 506,75) *vs.* 2 118,5 (1 551,75-3 338,00) 2 621,5 (2 035,25-3 297,75), p < 0,001] en comparación con los individuos con EH y PF, respectivamente. Con respecto a los síntomas, no se observaron diferencias en GERD-Q, RSI, número de síntomas laringofaríngeos, HADS-ansiedad, HADS-depresión ni EHAS (p > 0,05). La prevalencia de síntomas laringofaríngeos fue de 56,9% en ERGE, 77,8% en hipersensibilidad y 75,0% en pirosis funcional (p = 0,011), mientras que los eructos se presentaron en 40,2%, 62,5% y 66,7%, respectivamente (p = 0,004). En el análisis *post hoc*, la hipersensibilidad al reflujo mostró una mayor frecuencia de síntomas laringofaríngeos y de eructos que la ERGE (p = 0,017 y p = 0,016, respectivamente; **Tabla 1**).

Conclusiones: Los pacientes con ERGE presentan menos síntomas laringofaríngeos y eructos que aquéllos con EH y PF. Aunque existen diferencias fisiológicas significativas en los parámetros pH-métricos entre los grupos, la carga sintomática y el perfil psicológico son similares, lo que indica que las alteraciones objetivas del reflujo no explican por sí solas la experiencia sintomática de estos pacientes.

Financiamiento: Ninguno.

Mar309

FENOTIPOS MANOMÉTRICOS DE LA ACALASIA TIPO II Y SU CORRELACIÓN CLÍNICA, MANOMÉTRICA Y RADIOGRÁFICA: COHORTE RETROSPECTIVA MULTICÉNTRICA

B. A. Enríquez-Constantino, J. E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, G. Morales-Osorio, J. C. Silis-Cravioto, S. De-Marino-Herrera, H. M. Herrera-Martínez, D. F. Avendaño-Rivera, Hospital Español

Introducción: La acalasia tipo II constituye el subtipo más frecuente de acalasia y se asocia con una mayor respuesta al tratamiento en comparación con los otros subtipos; existe una considerable heterogeneidad en la presentación clínica, la morfología esofágica y la evolución de los pacientes clasificados dentro de este mismo grupo, lo que ha llevado a buscar fenotipos manométricos con potencial relevancia clínica y fisiopatológica que complementen la clasificación actual. Se han descrito patrones manométricos dentro de la acalasia tipo II, relacionados con la magnitud de

Tabla 1. Comparación clínica, sintomática y psicológica por diagnóstico de pH-impedancia. Los datos se presentan como mediana (RIC) o frecuencia, n (%). Las variables continuas se compararon mediante la prueba de Kruskal–Wallis y las variables categóricas con la prueba exacta de Fisher. Cuando la comparación global fue significativa, se realizaron análisis *post hoc* por pares con ajuste de Bonferroni. Los asteriscos (*) indican diferencias significativas entre los grupos señalados (ERGE y EH) en el análisis *post hoc*. (**Mar308**)

Variable	ERGE (n = 102)	Esófago hipersensible (n = 72)	Pirosis funcional (n = 24)	Valor de p
Parámetros de pH-impedancia, mediana (RIC)				
Tiempo de exposición ácida, %	8,95 (6,40-12,38)	1,45 (0,60-2,80)	0,55 (0,18-1,43)	**< 0,001**
Índice de DeMeester	30,80 (20,45-46,05)	5,00 (2,75-9,70)	3,45 (1,48-5,70)	**< 0,001**
Episodios de reflujo ácido por impedancia	44 (24-58,75)	25 (13-38,50)	15 (6,25-21)	**< 0,001**
Impedancia basal, Ω	925,5 (544,75-1 506,75)	2 118,5 (1 551,75-3 338,00)	2 621,5 (2 035,25-3 297,75)	**< 0,001**
Eructos supragástricos	56 (54,9)	35 (48,6)	7 (29,2)	0,075
Cuestionarios y carga sintomática, mediana (RIC)				
GERD-Q total	9 (6,5-12)	10 (6-13)	9 (7,5-11)	0,607
Número de síntomas laringofaríngeos	1 (0-3)	2 (1-3)	1 (0,75-3,25)	0,267
RSI total	13 (5-22)	13,5 (8-20)	17 (9-23,5)	0,547
HADS ansiedad	6 (3-10,5)	6 (4-12)	5 (2-8,5)	0,450
HADS depresión	2 (1-6)	2 (1-6)	3 (1,5-4,5)	0,757
EHAS total	34 (18-43)	35 (19-50)	33,5 (23,25-47,25)	0,521
Prevalencia de síntomas referidos, n (%)				
Síntomas típicos	89 (87,3)	64 (88,9)	21 (87,5)	0,953
Síntomas laringofaríngeos	58 (56,9) *	56 (77,8) *****	18 (75,0)	**0,011**
Pirosis	72 (70,6)	60 (83,3)	18 (75,0)	0,157
Disfagia	27 (26,5)	20 (27,8)	8 (34,8)	0,671
Regurgitación	84 (82,4)	57 (79,2)	19 (79.2)	0.843
Eructos	41 (40,2) *	45 (62,5) *	16 (66,7)	**0,004**
Singulto	2 (2,0)	0 (0,0)	1 (4,2)	0,231
Tos	33 (32,4)	30 (41,7)	7 (29,2)	0,370
Ronquera/cambio de voz	39 (38,2)	25 (34,7)	7 (29,2)	0,710
Carraspeo	45 (44,1)	38 (52,8)	12 (50,0)	0,521
Flemas en exceso	32 (31,4)	29 (40,3)	10 (41,7)	0,380
Dolor de garganta	21 (20,6)	21 (29,2)	9 (37,5)	0,146

ERGE, enfermedad por reflujo gastroesofágico; EH, esófago hipersensible; GERD-Q, Cuestionario de enfermedad por reflujo gastroesofágico; RSI, Índice de síntomas de reflujo; HADS, Escala de ansiedad y depresión hospitalaria; EHAS, Escala de hipervigilancia esofágica y ansiedad específica; RIC, rango intercuartílico.

la presurización panesofágica y la presencia de presiones focales elevadas, que podrían identificar subgrupos con diferencias en la mecánica esofágica, la expresión clínica y las características radiográficas de la enfermedad. La caracterización de estos fenotipos en una cohorte mexicana podría aportar evidencia sobre la heterogeneidad de la acalasia tipo II y favorecer al desarrollo de estrategias de estratificación clínica más precisas y generar nuevas hipótesis sobre su relevancia fisiopatológica, pronóstica y de respuesta al tratamiento.

Objetivo: Caracterizar los fenotipos manométricos de la acalasia tipo II, definidos por los patrones de presurización panesofágica y presiones focales elevadas, y evaluar su asociación con las manifestaciones clínicas y los hallazgos radiográficos en una cohorte retrospectiva multicéntrica de hospitales de referencia en México.

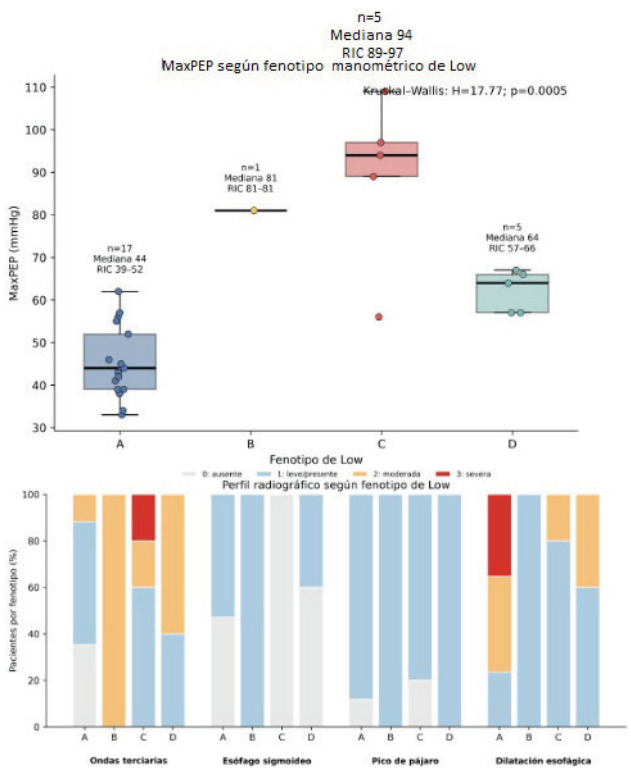
Material y métodos: Cohorte retrospectiva en hospitales de referencia de México. Los estudios de manometría se revisaron de forma sistemática para caracterizar los patrones de presurización panesofágica, presiones focales elevadas, entre otros parámetros (MaxPEP, MinPEP, FEP, *embedded spasm*, localización de FEP, ondas terciarias, diámetro esofágico). Los pacientes se clasificaron en fenotipos manométricos de acuerdo con los patrones de presurización. Se realizó estadística descriptiva y análisis comparativo entre fenotipos mediante pruebas paramétricas o no paramétricas, según fuera la distribución de las variables. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: La distribución de los fenotipos manométricos de Low fue heterogénea, con predominio del fenotipo A, seguido de los fenotipos C y D, mientras que el fenotipo B fue poco frecuente, representado por un solo paciente. Se observaron diferencias significativas en la presión máxima de la presurización panesofágica (MaxPEP) entre los fenotipos de Low, con incremento progresivo desde los fenotipos sin presiones focales elevadas hasta aquéllos con actividad contráctil focal, lo que demostró una distribución no homogénea (Kruskal-Wallis, $p = 0,0005$). Los fenotipos con actividad contráctil focal (C y D) presentaron mayores valores de MaxPEP, PEP media, IRP, mayor frecuencia de acortamiento esofágico, elevación axial del EEI, mayor gravedad de las ondas terciarias y mayor presencia de *embedded spasm*, en comparación con los fenotipos sin actividad focal. Los fenotipos con actividad focal mostraron una mayor frecuencia de ondas terciarias moderadas o graves. El análisis multidimensional permitió identificar perfiles fisiopatológicos diferenciados entre los fenotipos con mayor obstrucción funcional y mayor alteración estructural del esófago (**Figura 1**).

Conclusiones: Los fenotipos manométricos permiten identificar subgrupos con perfiles biomecánicos diferenciados dentro de la acalasia tipo II. La presencia de presiones focales elevadas se asocia con una mayor magnitud de la presurización panesofágica, cambios dinámicos del cuerpo esofágico y mayor afectación clínica y radiográfica. Estos hallazgos apoyan el valor de la caracterización de la acalasia tipo II para generar hipótesis sobre su posible utilidad en el pronóstico.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. A) Distribución de la presión máxima de la presurización panesofágica (MaxPEP) según los fenotipos de Low (A-D). Cada punto representa a un paciente individual; las cajas muestran la mediana y el rango intercuartílico, y los bigotes el rango de los datos. Se observaron diferencias significativas entre los fenotipos (Kruskal-Wallis, $H = 17,77$; $p = 0,0005$), con valores progresivamente mayores de MaxPEP en los fenotipos con actividad contráctil focal. B) Perfil radiográfico según los fenotipos de Low. Las barras apiladas muestran la distribución porcentual de la gravedad de las ondas terciarias, la presencia de esófago sigmoideo, el signo de pico de pájaro y el grado de dilatación esofágica en cada fenotipo. La figura resume la heterogeneidad estructural observada entre los diferentes patrones manométricos. (**Mar309**)



Mar310

RESULTADOS CLÍNICOS DE LA CARDIOMIOTOMÍA DE HELLER LAPAROSCÓPICA CON FUNDUPLICATURA EN EL TRATAMIENTO DE LA ACALASIA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA DE TERCER NIVEL

O. Ávila-Mercado, K. B. Díaz-González, J. M. Reyes-Ruiz, G. Martínez-Mier, J. Chantal-Carrillo, J. A. Sánchez-Hernández, B. R. De-La-Paz-Ibarra, J. M. Remes-Troche, UMAE Hospital de Especialidades 14, Centro Médico Nacional Adolfo Ruiz Cortines, IMSS

Introducción: La acalasia es un trastorno primario de la motilidad esofágica, cuyo tratamiento busca paliar la estasis alimentaria y mejorar la calidad de vida.

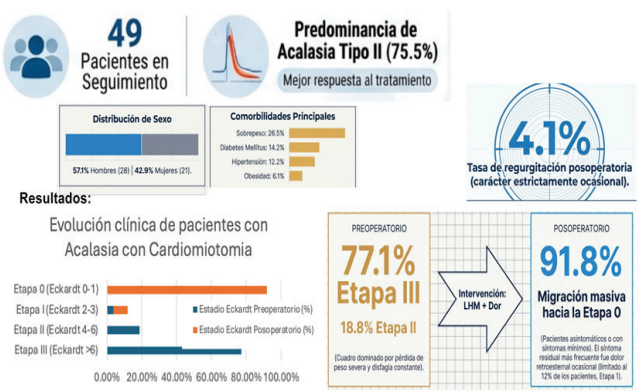
Objetivo: Determinar la evolución clínica y ponderar los efectos en la calidad de vida de los pacientes con acalasia operados de miotomía de Heller con funduplicatura laparoscópica en un centro de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y ambispectivo. Se incluyó a 49 pacientes con diagnóstico manométrico de acalasia, intervenidos quirúrgicamente en el periodo 2017-2024. Se evaluó la evolución clínica mediante la escala de Eckardt y la calidad de vida con el instrumento validado SF-36.

Resultados: Se analizó a 49 pacientes (21 mujeres, 28 hombres) con una edad media de 47,6 ± 15,5 años. El subtipo manométrico predominante fue la acalasia tipo II (75,5%). En el 100% de los casos se realizó miotomía de Heller laparoscópica más funduplicatura tipo Dor. El éxito clínico fue contundente: el 91,8% de los pacientes alcanzó un estadio de Eckardt posoperatorio de 0 (asintomático), con reporte de dolor retroesternal ocasional sólo en un 12%. La evaluación de calidad de vida (SF-36) demostró una recuperación integral, con una calificación promedio global de 94,5%, y destacaron un 100% en vitalidad y un 95% en función física (**Figura 1**).

Conclusiones: La cardiomiotomía de Heller laparoscópica es todavía el estándar de oro en el tratamiento de la acalasia, ya que migra en forma radical a los pacientes de estadios graves (Eckardt) a casi asintomáticos y agrega un

Figura 1. Antecedentes y resultados de pacientes con cardiomiotomía de Heller. (**Mar310**)



mecanismo antirreflujo; está indicada en caso de POEM:ERGE post-POEM, y necesidad de IBP y reintervención o conversión, al final con rehabilitación integral con mayor calidad de vida.

Financiamiento: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. El presente trabajo no recibió financiación por parte de la industria químico-farmacéutica.

Mar311

PERFIL CLÍNICO, PSICOLÓGICO Y MANOMÉTRICO/PH-MÉTRICO EN PACIENTES CON GLOBUS: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE MOTILIDAD DIGESTIVA

V. G. Pérez-Pérez, K. D. González-Gómez, S. A. Reyes-Díaz, B. A. Priego-Parra, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El globus faríngeo se caracteriza por una sensación persistente o intermitente de cuerpo extraño, opresión o constricción en la garganta. Su fisiopatología permanece incompletamente esclarecida y podría incluir alteraciones de la función esofágica, hipersensibilidad visceral y factores psicológicos.

Objetivo: Caracterizar el perfil clínico, psicológico y manométrico de pacientes cuyo síntoma principal era el globus.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y unicéntrico en adultos con globus sometidos a manometría esofágica de alta resolución o pH-metría ambulatoria de 24 horas entre marzo de 2024 y marzo de 2026. Se evaluaron las características clínicas, la función motora esofágica conforme a la Clasificación de Chicago v4.0, la exposición esofágica al ácido y la asociación entre los síntomas y los episodios de reflujo. La ansiedad y la depresión se evaluaron mediante la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), y la hipervigilancia y la ansiedad esofágicas mediante la escala de hipervigilancia y ansiedad específica esofágica (EHAS). Se realizó un análisis estadístico descriptivo con IBM SPSS Statistics.

Resultados: Se incluyó a 29 pacientes, de los cuales 20 (69,0%) eran mujeres; el intervalo de edad fue de 22–73 años. La mediana del número de síntomas asociados fue de 2 (0–3) y el 51,7% presentó manifestaciones laringofaríngeas. Los síntomas más frecuentes fueron pirosis y regurgitación (62,1% cada una), carraspeo (48,3%), eructos (44,8%) y exceso de flemas (41,2%).

La morfología predominante de la unión esofagogástrica (UEG) fue la tipo II (58,6%), seguida de los tipos I (27,6%) y III (13,8%). La mediana de la presión basal del esfínter esofágico superior (EES) fue de 98,6 mmHg; se identificó hipertensión en el 48,3%, presión normal en el 44,8% e hipotensión en el 6,9%. En posición sedente, la mediana disminuyó a 88,5 mmHg, con predominio de presión normal (57,1%) y menor frecuencia de hipertensión (35,7%). La presión basal del esfínter esofágico inferior fue normal en el 62,1% de los pacientes.

Las medianas del índice de contractilidad de la UEG (EGJ-CI) y de la integral de contractilidad distal (DCI) fueron de 44,6 mmHg·cm y 1 595,0 mmHg·s·cm, respectivamente. La mediana de degluciones con peristalsis normal fue del 90,0%. Conforme a la Clasificación de Chicago v4.0, 24 pacientes (82,8%) presentaron motilidad esofágica normal. La motilidad esofágica inefectiva se identificó en 3 (10,3%) pacientes, mientras que la obstrucción del tracto de salida de la UEG y el esófago hipercontráctil se documentaron en 1 paciente cada uno (3,4%). Durante las degluciones múltiples rápidas, el 51,7% presentó inhibición deglutoria completa y el 69,0% conservó la reserva peristáltica.

En la monitorización ambulatoria del reflujo, el 82,8% presentó exposición esofágica al ácido dentro de límites normales. El diagnóstico más frecuente fue eructo supragástrico (27,6%), seguido de hipersensibilidad al reflujo (20,7%), ERGE objetivamente demostrada (17,2%) y pirosis funcional (6,9%); el estudio fue normal en el 27,6%. En cuanto al perfil psicológico, el 60,7% presentó hipervigilancia esofágica, el 37,9% ansiedad y el 13,8% depresión (**Tabla 1**).

Conclusiones: En pacientes con globus, la función motora esofágica, la reserva peristáltica y la exposición ácida suelen estar conservadas. Aunque los síntomas de reflujo son frecuentes, la ERGE objetiva y los trastornos motores mayores son infrecuentes, mientras que predominan la hipervigilancia y las alteraciones funcionales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno relacionado con este artículo.

Tabla 1. Características clínicas, psicológicas y funcionales de los pacientes con globus. Las variables categóricas se representan mediante frecuencia en porcentaje y las numéricas mediante mediana y RIC (P25-P75). (**Mar311**)

Variable	Resultado
Edad, años	57,0 (45,5-63,5)
Mujer, n (%)	20 (69,0)
IMC, kg/m²	26,0 (24,2-28,5)
EHAS total	40,5 (25,3-53,0)
HADS ansiedad	6,5 (1,5-10,8)
HADS depresión	4,0 (2,0-6,0)
Tiempo de exposición ácida (AET), %	0,9 (0-2,6)
Episodios totales de reflujo	34 (11-52,5)
Índice de DeMeester	3,6 (0,8-8,1)
Impedancia basal nocturna (MNBI)	2 179 (1 265-3 568)
Estudio normal	8 (27,6)
ERGE objetiva	5 (17,2)
Esófago hipersensible	6 (20,7)
Pirosis funcional	2 (6,9)
Eructos supragástricos	8 (27,6)
Tipo I de UEG	8 (27,6)
Tipo II de UEG	17 (58,6)
Tipo III de UEG	4 (13,8)
Índice de contractilidad de la UEG (EGJ-CI), mmHg·cm	44,6 (20,9-62,6)
Presión basal del EES, mmHg	98,6 (74,9-146,5)
Hipertensión del EES	**14 (48,3)**
Presión basal del EEI, mmHg	29,0 (15,8-41,8)
Punto de inversión respiratoria, cm	43,3 (41,5-44,4)
DCI media, mmHg·s·cm	1 595 (747-2 576)
IRP, mmHg	7,9 (5,4-14,3)
DCI tras múltiples degluciones rápidas, mmHg·s·cm	861 (516-2 429)
Reserva peristáltica conservada	20 (69,0)
Clasificación motora (Chicago v4.0)	
Motilidad esofágica normal	24 (82,8)
Motilidad esofágica inefectiva	3 (10,3)
Obstrucción del tracto de salida de la UEG	1 (3,4)
Esófago hipercontráctil	1 (3,4)

Mar312

HALLAZGOS EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y TRASTORNO POR ERUCTO SUPRAGÁSTRICO EN PH-METRÍA CON IMPEDANCIA: ¿ASOCIACIÓN REAL O COINCIDENCIA?

M. S. Cuevas-Maldonado, R. Plomozo-Román, O. D. Castro-Rodríguez, M. González-Villarreal, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California

Introducción: El trastorno por eructos supragástricos (TES) es una entidad funcional caracterizada por la ingesta repetitiva de aire en el esófago seguida de su expulsión rápida, sin que éste ingrese a la cavidad gástrica. A diferencia de los eructos gástricos fisiológicos, el TES es una conducta aprendida e involuntaria que frecuentemente actúa como un mecanismo de respuesta frente a sensaciones de molestia o malestar torácico y abdominal. Aunque tradicionalmente se ha considerado un trastorno aislado de la interacción cerebro-intestino, su estrecha relación con la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y otros hallazgos del tracto digestivo superior es todavía motivo de estudio. Se ha postulado que sensaciones viscerales desencadenadas por lesiones mucosas o alteraciones anatómicas del esfínter esofágico inferior podrían actuar como detonantes del ciclo de eructos supragástricos. Existe evidencia limitada sobre la prevalencia y efecto de hallazgos endoscópicos en la frecuencia y gravedad de este trastorno. Caracterizar estos hallazgos en la práctica clínica resulta fundamental para optimizar el abordaje diagnóstico y fenotípico de estos pacientes.

Objetivo: Determinar la relación entre la presencia de TES y los hallazgos en la endoscopia digestiva alta en una cohorte de pacientes evaluados mediante pH-metría con impedancia de 24 horas (pH-imp).

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y descriptivo en pacientes sometidos a endoscopia y pH-imp. Se registró el número total de eructos supragástricos y se compararon los pacientes con y sin TES, según los criterios de Roma IV. Las variables continuas se compararon mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, y las variables categóricas con la prueba de x^2.

Resultados: Se analizó a 79 pacientes, de los cuales el 84,4% correspondió a mujeres, con una edad media de 51 ± 14,7 años. En la evaluación endoscópica, el 80,4% presentó mucosa esofágica normal, el 8,7% esofagitis grado A, de la clasificación de Los Ángeles, y el 10,9% esofagitis erosiva grado ≥ B. La unión esofagogástrica se clasificó como Hill I en el 45,5% de los casos y Hill IV en el 27,3%. La frecuencia de gastropatía fue similar entre los grupos con y sin TES (67% *vs.* 60%, respectivamente). Asimismo, la prevalencia de bulboduodenitis erosiva no mostró diferencias sustanciales entre ambos grupos (26% en el grupo con eructos supragástricos *vs.* 36% en aquéllos sin TES).

Conclusiones: Éste constituye el primer reporte en México que evalúa los hallazgos endoscópicos en pacientes TES. La ausencia de marcadores orgánicos específicos o hallazgos endoscópicos patognomónicos refuerza el concepto de que el TES corresponde a un trastorno de la interacción cerebro-intestino y subraya la importancia de la pH-imp para su correcto diagnóstico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**213-218

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres en cartel

Martes 24 de noviembre de 2026

ESTÓMAGO

Mar313

TRATAMIENTO DE LA ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA (GAVE): EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. J. Muñoz-Jiménez, E. C. Morel-Cerda, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, E. García-Mercedes, J. F. Ramírez-Lugo, L. F. Gutiérrez-Sánchez, D. Tapia-Calderón, J. M. Aldana-Ledesma, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La ectasia vascular antral gástrica (GAVE) es una causa desafiante de hemorragia del tubo digestivo alto y anemia crónica. Aunque la erradicación completa es el objetivo ideal, las publicaciones internacionales destacan que la evolución natural de la enfermedad suele requerir regímenes crónicos de mantenimiento, y no siempre se logra el objetivo de la erradicación. Sin embargo, el verdadero éxito clínico radica en el control del sangrado y la reducción de la necesidad transfusional mediante terapias como la coagulación con argón plasma (APC), la ligadura endoscópica con bandas (EBL) o terapias combinadas. En la bibliografía internacional actual se evidencia una sólida superioridad de la EBL sobre APC en términos de eficacia clínica, con tasas de éxito endoscópico del 77,8% al 100% y una menor tasa de recurrencia hemorrágica.
Objetivo: Evaluar el efecto de diferentes terapias endoscópicas y el requerimiento transfusional y la mortalidad intrahospitalaria en este hospital.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico que incluyó a pacientes con diagnóstico endoscópico de GAVE del 2023 al 2026. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años que firmaron un consentimiento informado. Se excluyó a los pacientes que no recibieron ningún tratamiento endoscópico. Las variables continuas se analizaron mediante la prueba de ANOVA de un factor y las categóricas mediante las pruebas x^2 de Pearson y exacta de Fisher.
Resultados: Se analizó a un total de 34 pacientes, argón + ligadura (n = 5), APC (n = 15) y EBL (n = 14), de los cuales 82,4% (n = 28) tenía diagnóstico de cirrosis hepática, el 38,2% (n = 13) diabetes mellitus, el 29,4% (n = 10) hipertensión arterial, el 8,8% (n = 3) enfermedades tiroideas, el 8,8% (n = 3) enfermedades cardiacas y el 11,8% (n = 4) enfermedades renales. La tasa de erradicación se consiguió en el 2,9% (n = 1). El motivo de abordaje endoscópico principal fue hemorragia activa en 79,4% (n = 27) o anemia grave en 20,6% (n = 7). Al evaluar el número de paquetes globulares transfundidos mediante la prueba *post hoc* de Games-Howell se identificó una diferencia estadísticamente significativa al comparar el grupo de terapia dual contra el grupo de ligadura (diferencia de medias = 0,94 paquetes; IC95%, 0,22 – 1,67; p = 0,013), y se observó un mayor requerimiento transfusional con la terapia dual. No se detectaron diferencias significativas al comparar el grupo de argón plasma con la ligadura (p = 0,678) ni entre la terapia dual y el argón plasma (p = 0,152). La mortalidad intrahospitalaria global de la cohorte fue del 14,7% (n = 5/34), distribuida principalmente en el grupo de ligadura con 21,4% (n = 3/14) y argón plasma (APC) con 13,3% (n = 2/15), sin registrarse defunciones en el grupo de terapia dual. El análisis de contingencia no demostró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de terapia endoscópica y la mortalidad (x^2, p = 0,661).
Conclusiones: En la práctica clínica de los autores, las diferentes modalidades de terapia endoscópica dirigidas para GAVE ofrecen un efecto similar en la estabilización y soporte hospitalario. Esto contrasta con las publicaciones internacionales actuales en las que se evidencia una sólida superioridad de la ligadura endoscópica con bandas (EBL). No obstante, en esta cohorte no se demostró una diferencia estadísticamente significativa en el requerimiento de paquetes globulares (p = 0,678) ni en la mortalidad intrahospitalaria (p = 0,661). Sin embargo, la terapia dual se asoció con un requerimiento significativamente mayor de transfusiones en comparación con la ligadura endoscópica (p = 0,013), lo que sugiere que el uso combinado de técnicas se reserva para escenarios clínicos de mayor gravedad o refractariedad al tratamiento.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar314

FACTORES ASOCIADOS CON LA NECESIDAD DE HEMOSTASIA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. P. Escobedo-Zúñiga, F. Higuera-De-la-Tijera, V. Ibarra-Trujillo, D. Mijangos-Espinosa, A. Galindo-Félix, D. F. Abendaño-Rivera, J. C. Zavala-Castillo, J. C. Silis-Cravioto, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) es una de las principales urgencias en gastroenterología y se asocia con una elevada morbimortalidad. La endoscopia constituye el método diagnóstico y terapéutico de elección; sin embargo, no todos los pacientes requieren hemostasia

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

endoscópica. La identificación de factores clínicos y endoscópicos asociados con la necesidad de intervención puede contribuir a una mejor estratificación del riesgo y optimización del manejo.
Objetivo: Identificar los factores clínicos y endoscópicos asociados con la necesidad de hemostasia endoscópica en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo mediante la revisión de datos de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hemorragia digestiva alta no variceal sometidos a endoscopia en un hospital de tercer nivel. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, hallazgos endoscópicos, etiología del sangrado y modalidades de tratamiento endoscópico. La variable de desenlace fue la necesidad de tratamiento endoscópico. Se realizó análisis descriptivo y bivariado mediante las pruebas x^2 o exacta de Fisher para variables categóricas y t de Student o U de Mann-Whitney para variables continuas. Posteriormente se efectuó un análisis de regresión logística para identificar factores asociados de forma independiente. Se consideró significativa una $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 144 pacientes, con una edad media de 57,1 ± 15,3 años; el 56,3% correspondió al sexo masculino. Setenta y cuatro pacientes (51,4%) requirieron hemostasia endoscópica. La úlcera péptica fue la etiología más frecuente del sangrado. En el análisis bivariado, la edad avanzada, la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica y la presencia de lesiones de alto riesgo se asociaron con la necesidad de tratamiento endoscópico ($p < 0,05$). Asimismo, los pacientes sometidos a hemostasia presentaron un mayor tiempo de procedimiento (17,2 *vs.* 15,6 minutos; $p = 0,004$; **Tabla 1**). En el análisis multivariado, la edad permaneció como factor independiente asociado con la necesidad de hemostasia (Ora = 1,05; $p = 0,001$), lo que incrementó aproximadamente un 5% la probabilidad de intervención por cada año adicional de edad. De igual forma, un mayor tiempo del procedimiento se asoció independientemente con la realización de tratamiento endoscópico (Ora =1,21; $p = 0,012$). La diabetes mellitus perdió significancia tras el ajuste multivariado ($p = 0,073$), mientras que la presencia de úlcera mostró una asociación inversa con la necesidad de intervención (Ora = 0,33; $p = 0,006$).
Conclusiones: La edad avanzada fue el principal factor independiente asociado con la necesidad de hemostasia endoscópica. Un mayor tiempo del procedimiento reflejó la complejidad de las intervenciones terapéuticas. Estos hallazgos pueden contribuir a mejorar la estratificación del riesgo y optimizar el manejo endoscópico de pacientes con hemorragia digestiva alta por lesiones no variceales.
Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Modelo de regresión logística para predecir la necesidad de hemostasia endoscópica. (**Mar314**)

Variable predictora	OR ajustado (QRa)	Intervalo de confianza/ (IC95%)	Valor de p
Edad (por cada año incremental)	1,05	[1,02 – 1,08]	0,0009*
Tiempo de estudio (por minuto)	1,21	[1,04 – 1,41]	0,0120*
Diabetes mellitus (DM)	7,29	[0,83-64,03]	0,073
Sexo (masculino)	1,4	[0,66 – 2,96]	0,3823
Presencia de úlcera	0,33	[0,15 – 0,73]	0,0059*

Mar315

CÁNCER GÁSTRICO DE INICIO TEMPRANO: ASOCIACIÓN CON MAYOR ENFERMEDAD METASTÁSICA Y PRESENTACIÓN EN ESTADIOS AVANZADOS AL DIAGNÓSTICO

Y. A. Jiménez-Celis, L. Santoyo-Fexas, L. González-Torres, M. A. Reyes-Saldaña, D. A. Aguilar-Avilés, E. A. Vélez-García, J. O. Jáquez-Quintana, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: El cáncer gástrico de inicio temprano representa una proporción creciente de los casos de cáncer gástrico a nivel mundial. Aunque diversos estudios sugieren que podría constituir un subgrupo con características clínico-patológicas y comportamiento biológico distinto del cáncer gástrico de inicio convencional. Sin embargo, la información en ls población latinoamericana es limitada.
Objetivo: Comparar las características clínico-patológicas y el estadio al diagnóstico del cáncer gástrico de inicio temprano y convencional.
Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer gástrico atendidos entre enero de 1999 y mayo de 2026 en un hospital universitario de referencia al noroeste del México. Los pacientes se clasificaron en cáncer gástrico de inicio temprano (< 45 años) e inicio convencional (≥ 45 años). Se compararon características demográficas, clínicas, histopatológicas, estadio al diagnóstico, tratamiento y desenlaces. Se calcularon OR con IC95% y se consideró significativa una $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyó a 167 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, de los cuales 58 (34,7%) correspondieron a cáncer gástrico de inicio temprano. Los pacientes con cáncer gástrico de inicio temprano presentaron una mayor carga de enfermedad al diagnóstico, con mayor frecuencia de metástasis (79,6% *vs.* 38,1%; OR, 6,3; IC95%, 2,8–14,1; $p < 0,001$) y de enfermedad en estadio IV (55,2% *vs.* 31,2%; OR, 2,7; IC95%, 1,4–5,2; $p = 0,003$), en comparación con el grupo de inicio convencional. No se observaron diferencias significativas en las características demográficas, factores de riesgo, localización tumoral, tipo histológico, grado de diferenciación, ni invasión linfovascular o perineural. El adenocarcinoma fue el tipo histológico predominante en ambos grupos (89,8%), la quimioterapia paliativa fue el tratamiento más frecuente (60,8%) y sólo 29,8% de los pacientes se sometió a cirugía (**Tabla 1**).
Conclusiones: El cáncer gástrico de inicio temprano se asoció con una mayor frecuencia de enfermedad metastásica y estadio IV al diagnóstico en comparación con el cáncer gástrico de inicio convencional. Estos hallazgos respaldan la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica en pacientes jóvenes con síntomas gastrointestinales persistentes y favorecen una evaluación endoscópica oportuna para mejorar la detección en etapas potencialmente más tratables con opción a la curación.
Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Comparación de características entre pacientes mayores y menores a 45 años. (**Mar315**)

	≤ 45 n = 58	> 45 n = 109	p
Sexo femenino	34 (58,6%)	58 (53,2%)	0,518
IMC (kg/m²)	23,17 (IQR 19,34-26,02)	22,8 (IQR 19,82-25,9)	0,855
Tabaquismo	13 (24,5%)	40 (37,4%)	0,112
Alcoholismo	15 (28,3%)	33 (30,8%)	0,855
Antecedente familiar	6 (11,5%)	4 (3,8%)	0,083
Localización			
Cardias	14 (24,1%)	17 (15,6%)	0,211
Cuerpo	24 (44,1%)	44 (40,4%)	1
Antro	15 (25,9%)	36 (33%)	0,381
Fondo	5 (8,6%)	12 (11%)	0,790
Tipo de tumor			
Adenocarcinoma	52 (89,7%)	98 (89,9%)	1
Mucinoso	4 (6,9%)	8 (7,3%)	0,593
G3-4	32 (55,2%)	67 (61,5%)	0,267
PNI	1 (3,6%)	3 (3%)	1
LVI	13 (39,4%)	55 (52,9%)	0,231
Estadio clínico			
Estadio I	1 (1,7%)	6 (5,5%)	0,233
Estadio II	7 (12,1%)	16 (14,7%)	0,814
Estadio III	7 (12,1%)	24 (22%)	0,145
Estadio IV	32 (55,2%)	34 (31,2%)	**0,003** OR: 2,7 IC95% 1,4-5,2
Metastasis	39 (79,6%)	40 (38,1%)	**< 0,0001** OR: 6,3 IC95% 2,8-14,08

RIC, rango intercuartílico; PNI, invasión perineural; LVI, invasión linfovascular; OR, *odds ratio*; IC95%, intervalo de confianza del 95%.

Mar316

UTILIDAD DE LA DESHIDROGENASA LÁCTICA PARA LA ESTRATIFICACIÓN TEMPRANA DEL RIESGO DE INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

C. González-Peña, M. G. Ramos-Meléndez, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) es todavía una de las principales causas de hospitalización en gastroenterología y puede evolucionar rápidamente hacia choque, falla orgánica y necesidad de ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI). La identificación temprana de estos pacientes permite optimizar la vigilancia, priorizar recursos y mejorar la toma de decisiones desde el primer contacto. Aunque las escalas de Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65 se utilizan de forma amplia, requieren múltiples variables clínicas y endoscópicas y muestran un rendimiento variable para predecir desenlaces graves. La deshidrogenasa láctica (LDH), biomarcador de hipoperfusión tisular y daño celular, se obtiene de manera rutinaria al ingreso hospitalario; sin embargo, su utilidad para identificar a pacientes con HDANV que requerirán cuidados intensivos se ha evaluado en escasa medida.
Objetivo: Evaluar el desempeño diagnóstico de la LDH sérica y compararlo con el de las escalas pronósticas convencionales para identificar a pacientes con HDANV que requieran ingreso a la unidad de cuidados intensivos.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico endoscópico de HDANV atendidos en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga entre 2022 y 2025. Se incluyó a pacientes consecutivos con información clínica, endoscópica y bioquímica completa. Se evaluó el desempeño diagnóstico de la LDH sérica, el índice LDH/albúmina, AIMS65, Glasgow-Blatchford, Rockall preendoscópico y Rockall completo mediante curvas ROC. Se calcularon el área bajo la curva (AUC), sensibilidad, especificidad, valores predictivos, exactitud diagnóstica y el punto de corte óptimo mediante el índice de Youden.
Resultados: Se analizó a 89 pacientes; cinco de ellos (5,6%) requirieron ingreso a la unidad de cuidados intensivos. La LDH sérica mostró el mayor desempeño diagnóstico entre los biomarcadores y escalas pronósticas evaluados, con un AUC de 0,835 (IC95%, 0,734-0,919). En comparación, el índice LDH/albúmina presentó un AUC de 0,757, Rockall completo de 0,751, Glasgow-Blatchford de 0,629, Rockall preendoscópico de 0,614 y AIMS65 de 0,611 (**Figura 1**). La LDH fue la única herramienta evaluada que alcanzó una sensibilidad del 100% para identificar a los pacientes que posteriormente requirieron ingreso a UCI. El punto de corte óptimo fue 280 U/L, con una sensibilidad del 100%, especificidad del 70,2%, valor predictivo negativo del 100% y exactitud diagnóstica del 71,9%.
Conclusiones: La LDH sérica mostró el mejor desempeño diagnóstico entre los biomarcadores y escalas pronósticas evaluados para identificar a pacientes con HDANV que requirieron ingreso a la UCI. Debido a su disponibilidad inmediata, bajo costo y facilidad de interpretación, podría constituir una herramienta complementaria para la estratificación temprana del riesgo.
La validación en estudios prospectivos y multicéntricos permitirá definir su utilidad dentro de los algoritmos de atención inicial de la HDANV.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Curvas ROC para la predicción de ingreso a la unidad de cuidados intensivos en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal. (**Mar316**)

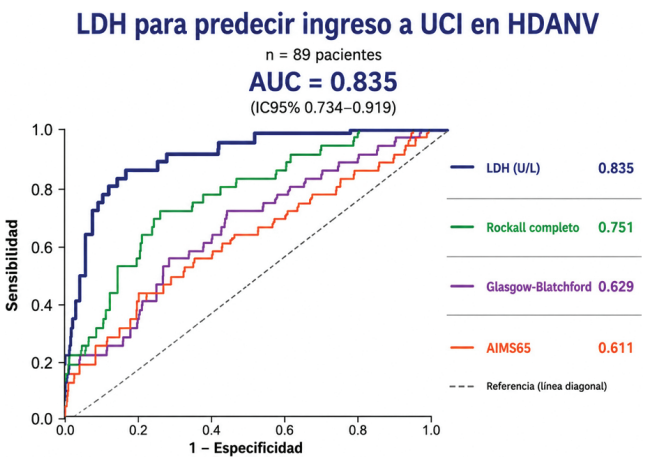


Figura de elaboración propia.

Mar317

FACTORES PREDICTORES DE ÉXITO EN LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*: COHORTE RETROSPECTIVA DE UN CENTRO DE REFERENCIA DE TERCER NIVEL

J. J. Arias-Narcia, A. A. Toledo-Sánchez, R. Vergara-Palafox, B. García-Feliciano, A. Gómez-Padilla, J. A. González-Cervantes, J. A. Arce-Ayala, J. G. Gándara-Calderón, Hospital Central Militar

Introducción: La eficacia de la terapia de erradicación de *Helicobacter pylori* depende del esquema antimicrobiano, la supresión ácida, la duración, la susceptibilidad y los factores del huésped. Además, se ha reportado que la infección se asocia con anemia ferropénica y trombocitopenia, por lo que la respuesta hematológica posterior a la erradicación es clínicamente relevante.
Objetivo: Identificar factores demográficos, clínicos, antropométricos y esquemas terapéuticos asociados con el éxito del tratamiento para la erradicación de *Helicobacter pylori* y evaluar cambios en el nivel de plaquetas antes y después de recibir el tratamiento de erradicación, incluida la normalización en pacientes con trombocitopenia basal.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico de expedientes de pacientes adultos atendidos en un hospital de referencia de tercer nivel de la Ciudad de México. Se incluyeron expedientes de pacientes con infección por *H. pylori* documentada por reporte histopatológico que recibieron tratamiento de primera línea y quienes se sometieron a prueba de control mediante prueba de aliento con urea marcada un mes posterior al tratamiento; el éxito se definió como una prueba de control negativa. Se analizaron variables demográficas, clínicas, antropométricas, terapéuticas, endoscópicas, histológicas y hematológicas. Se aplicaron las pruebas exacta de Fisher o ji cuadrada con permutación para variables categóricas, U de Mann-Whitney para continuas, Wilcoxon para mediciones pareadas y regresión logística exploratoria; se calcularon OR e IC95%. El IMC se clasificó en < 25, 25-29,9 y ≥ 30 kg/m². La trombocitopenia se definió como < 150 × 10^3/µL y normalización como ≥ 150 × 10^3/µL.
Resultados: De 163 registros, 75 cumplieron criterios; 52 lograron erradicación (69,3%; IC95%, 58,2-78,6). Las características globales de la población se muestran en la **Tabla 1**. La edad (p = 0,520), los grupos etarios (p = 0,132), el sexo (p = 1,000) y el esquema de antibióticos utilizado (p = 0,601)

Tabla 1. Características globales de la población y de acuerdo con el desenlace de erradicación. (**Mar317**)

Característica	Total (n = 75)	Éxito (n = 52)	Fracaso (n = 23)	p
Edad, años (n = 75)	52,0 [44,5-63,0]	49,0 [43,8-61,2]	53,0 [46,5-64,5]	0,520
Grupo de edad, n = 75				**0,135**
18-39	14 (18,7)	10 (19,2)	4 (17,4)	
40-49	21 (28,0)	17 (32,7)	4 (17,4)	
50-59	14 (18,7)	9 (17,3)	5 (21,7)	
60-69	17 (22,7)	8 (15,4)	9 (39,1)	
≥ 70	9 (12,0)	8 (15,4)	1 (4,3)	
Sexo, n = 75				**1,000**
Femenino	49 (65,3)	34 (65,4)	15 (65,2)	
Masculino	26 (34,7)	18 (34,6)	8 (34,8)	
IMC, kg/m² (n = 73)	28,1 [25,8-30,3]	27,9 [25,9-29,7]	28,2 [24,4-32,4]	0,529
Categoría de IMC, n = 73				**0,003**
< 25 kg/m²	17 (23,3)	9 (18,0)	8 (34,8)	
25-29,9 kg/m²	34 (46,6)	30 (60,0)	4 (17,4)	
≥ 30 kg/m²	22 (30,1)	11 (22,0)	11 (47,8)	

Característica	Total (n = 75)	Éxito (n = 52)	Fracaso (n = 23)	p
Hipertensión arterial, n = 75				**0,484**
Sí	10 (13,3)	6 (11,5)	4 (17,4)	
No	65 (86,7)	46 (88,5)	19 (82,6)	
Diabetes, n = 75				**0,091**
Sí	12 (16,0)	11 (21,2)	1 (4,3)	
No	63 (84,0)	41 (78,8)	22 (95,7)	
Lugar de residencia, n = 56				**0,407**
Ciudad de México	25 (44,6)	14 (37,8)	11 (57,9)	
Estado de México	23 (41,1)	17 (45,9)	6 (31,6)	
Otra entidad	8 (14,3)	6 (16,2)	2 (10,5)	

no se asociaron con el desenlace; los regímenes con levofloxacina-metronidazol-IBP alcanzaron 80,0% frente a 64,3% con amoxicilina-claritromicina-IBP, sin significación. Sin embargo, el éxito por grupos de IMC fue de 52,9% (9/17), 88,2% (30/34) y 50,0% (11/22), respectivamente (p global = 0,003). Frente a IMC < 25, el IMC 25–29,9 se asoció con mayor éxito (OR crudo, 6,67; IC95%, 1,62–27,38) y mantuvo la asociación tras ajustar por edad y esquema con levofloxacinoa(OR ajustado, 7,43; IC95%, 1,73–31,98; p = 0,007); la obesidad no mostró asociación. Sólo un paciente presentó trombocitopenia basal (144 × 10^3/μL) y logró erradicación y normalizó a 183 × 10^3/μL.

Conclusiones: En esta cohorte, el sobrepeso se asoció de forma independiente con mayor probabilidad de erradicación, con una relación no lineal que requiere validación. No se demostraron diferencias por edad, sexo o esquema ni cambios globales en hemoglobina o plaquetas. La aparente ventaja de la levofloxacina y la recuperación plaquetaria son hallazgos exploratorios; el tamaño de la muestra, la selección retrospectiva y la ausencia de pruebas de susceptibilidad antimicrobiana impiden definir superioridad terapéutica.

Financiamiento: Sin financiamiento externo; los investigadores realizaron la obtención y el análisis de los datos.

Mar318

DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE LA LESIÓN DE DIEULAFOY: SERIE DE CINCO CASOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. A. Tomás-Acosta, R. M. Sierra-Munro, Hospital Regional Pemex Villahermosa

Introducción: La lesión de Dieulafoy constituye una causa infrecuente de hemorragia digestiva alta no variceal. Su diagnóstico representa un desafío debido al carácter intermitente del sangrado, la ausencia de alteraciones mucosas evidentes y la posibilidad de que la primera endoscopia no identifique el vaso afectado. Aunque la terapia endoscópica constituye el tratamiento de primera línea, algunos pacientes requieren radiología intervencionista o cirugía para lograr el control definitivo del sangrado.

Objetivo: Describir las características clínicas, el abordaje diagnóstico-terapéutico y los desenlaces hospitalarios de pacientes con lesión de Dieulafoy atendidos en un hospital de tercer nivel.

Reporte de casos: Se incluyó a cinco pacientes con hemorragia digestiva alta grave secundaria a lesión de Dieulafoy. Todos presentaron anemia aguda con necesidad de transfusión de concentrados eritrocitarios y se sometieron a endoscopia digestiva alta como estudio inicial. Tres pacientes desarrollaron choque hemorrágico con requerimiento de soporte vasopresor. En tres casos fue necesario repetir la endoscopia debido a la persistencia del sangrado o imposibilidad para identificar la lesión durante la primera exploración. En los pacientes con hemorragia persistente se realizó angio-TAC y angiografía diagnóstica; dos se trataron mediante embolización selectiva tras documentarse extravasación arterial activa y se obtuvo éxito angiográfico inicial, aunque posteriormente presentaron resangrado. Un paciente evolucionó con hemorragia refractaria y requirió ingreso a la unidad de cuidados intensivos con ventilación mecánica. La mortalidad hospitalaria fue del 60% (3/5 pacientes). Los desenlaces fatales ocurrieron exclusivamente en pacientes con hemorragia persistente o recurrente, elevados requerimientos transfusionales y necesidad de escalamiento terapéutico. Las principales características clínicas, el abordaje diagnóstico y los desenlaces se muestran en la **Tabla 1**.

Discusión: La lesión de Dieulafoy es todavía un reto diagnóstico y terapéutico debido a la naturaleza intermitente del sangrado y a la dificultad para identificar el vaso causal durante la primera endoscopia. Esta serie confirma que, en pacientes con hemorragia persistente, la repetición de la endoscopia y el empleo de radiología intervencionista constituyen herramientas fundamentales para lograr el control del sangrado.

Los pacientes con desenlace fatal compartieron un patrón clínico caracterizado por resangrado, choque hemorrágico, elevados requerimientos transfusionales y necesidad de escalamiento terapéutico. Aunque la embolización permitió el control angiográfico inicial en algunos casos, éste no siempre se tradujo en una evolución clínica favorable, lo que resalta la diferencia entre el éxito técnico y el éxito clínico.

La experiencia de los autores sugiere que el tiempo hasta la hemostasia definitiva podría representar una variable clínicamente relevante en la evolución de estos pacientes. Si bien esta observación requiere validación en estudios con mayor tamaño muestral, enfatiza la importancia del reconocimiento temprano y de un abordaje multidisciplinario para reducir el tiempo hasta el control definitivo del sangrado.

Tabla 1. Características clínicas, el abordaje diagnóstico-terapéutico y la evolución hospitalaria de los cinco pacientes incluidos en la serie. (**Mar318**)

Variable	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad (años)	72	68	59	81	65
Sexo	F	F	M	M	F
Diabetes mellitus	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Hipertensión arterial	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Antitrombóticos	No	Apixabán	Acenocumarina	No	Warfarina
Hemoglobina inicial (g/dL)	6,2	7,4	5,4	8,1	6,9
Presentación clínica	Hematemesis + melena	Hematemesis	Hematemesis	Hematemesis + melena	Hematemesis + melena
Choque hemorrágico	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Endoscopias realizadas (n)	3	1	2	1	3
Angio-TAC	Sí	No	Sí	Sí	No
Angiografía diagnóstica	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Extravasación arterial	Sí	No	Sí	No	No
Embolización selectiva	Sí	No	Sí	No	No
Éxito angiográfico inicial	Sí	No aplica	Sí	No aplica	No
Resangrado	Sí	No	Sí	No	Sí
Concentrados eritrocitarios (U)	6	3	6	1	4
Vasopresores	Sí	No	Sí	No	Sí
UCI	No	No	No	No	Sí
Ventilación mecánica	No	No	Sí	No	Sí
Tiempo hasta la hemostasia definitiva (h)	72 h (resangrado posterior a embolización)	**8**	60 h (resangrado posterior a embolización)	**12**	96 h (sin hemostasia definitiva)
Desenlace	Falleció	Egreso	Falleció	Egreso	Falleció

Conclusiones: La lesión de Dieulafoy representa todavía un desafío diagnóstico y terapéutico. La experiencia resalta la importancia de un abordaje multidisciplinario temprano y genera la hipótesis de que el tiempo hasta alcanzar una hemostasia definitiva podría influir en la evolución clínica de estos pacientes

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento de ninguna fuente pública, privada o comercial.

Mar319

SÍNDROME DE DUMPING TEMPRANO TRAS FUNDUPLICATURA DE NISSEN: SERIE DE TRES CASOS Y EXPERIENCIA DIAGNÓSTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Morales-Limón, L. Cantorán-Ramírez, B. F. Mendoza-Madrigal, D. A. Olivares-González, K. G. Barroso-Pineda, Unidad Médica de Alta Especialidad

Introducción: El síndrome de vaciamiento gástrico o síndrome de *dumping* es una complicación frecuente pero poco diagnosticada adquirida después de una cirugía gástrica o esofágica, como gastrectomía, bypass gástrico, esofagectomía e incluso funduplicatura de Nissen, en la que hay un cambio de la anatomía y la inervación que lleva a una alteración del mecanismo de vaciamiento gástrico y que precipita un aumento del flujo de alimentos no procesados hacia el intestino delgado con síntomas tempranos o tardíos.
Objetivo: Presentar los casos de tres pacientes con síndrome de *dumping* posterior a funduplicatura de Nissen, con énfasis en la variabilidad de las manifestaciones clínicas y la utilidad de las pruebas diagnósticas para favorecer su reconocimiento oportuno.
Reporte de casos: Caso 1: mujer de 59 años con funduplicatura de Nissen por ERGE dos años antes. Quince días después inicia con diarrea, náusea y mareo posprandiales hasta la actualidad. Se descartaron otras etiologías. Puntaje de Sigstad: 15. OGTT con aumento del hematocrito de 46,83% a 50% y frecuencia cardiaca de 71 lpm a 86 lpm a la primera hora, además de síntomas de náusea y mareo. Glucosa a los 180 min sin reducción. Caso 2: mujer de 54 años con DM2 y funduplicatura de Nissen por esófago de Barrett 10 años antes; 10 días después refiere inicio con diarrea, taquicardia, sudoración y fatiga posprandiales. Estudios complementarios sin alteraciones orgánicas ni metabólicas. Sigstad: 18. OGTT con incremento de FC 76 lpm a 107 lpm y hematocrito de 44,15% a 49,62%, con la sintomatología típica a excepción de diarrea a los 30 minutos. Se evalúa la glucosa a los 180 minutos con basal de 87 mg/dL a 120 mg/dL. Caso 3: mujer de 77 años sometida a funduplicatura de Nissen por ERGE 11 años antes. Evaluada por diarrea crónica, refiere inició un año después de la cirugía con diarrea, sudoración y fatiga posprandiales. Colonoscopia normal. Sigstad: 11. OGTT con incremento leve del hematocrito de 44,24% a 49,68% y de la frecuencia cardíaca de 50 lpm a 60 lpm, junto con náusea e inquietud. En todos los casos se concluye síndrome de *dumping* temprano. Todas las pacientes presentaron mejoría mayor del 50% posterior al inicio de modificaciones dietéticas.
Discusión: El síndrome de *dumping* (SD) es una complicación reconocida de la funduplicatura de Nissen, frecuente en la población pediátrica, pero poco reportada y probablemente infradiagnosticada en adultos. Su fisiopatología no está completamente esclarecida; se ha relacionado con la alteración de la relajación del fundus gástrico y la posible lesión del nervio vago. El SD temprano es la forma más frecuente y se manifiesta con síntomas gastrointestinales y vasomotores posprandiales. El reconocimiento clínico es fundamental y el diagnóstico puede apoyarse en el puntaje de Sigstad y la prueba de tolerancia oral a la glucosa. Se presentaron los casos de tres mujeres que desarrollaron diarrea crónica entre los 10 días y un año después de la funduplicatura de Nissen. Tras excluir otras etiologías, el diagnóstico de SD permitió instituir tratamiento dirigido, con mejoría clínica, lo que resalta la importancia de considerar esta entidad en pacientes con síntomas posprandiales posteriores a la cirugía antirreflujo.
Conclusiones: El síndrome de *dumping* posterior a funduplicatura de Nissen es una complicación infradiagnosticada en adultos (incidencia < 1%). Es fundamental mantener un alto índice de sospecha en pacientes con síntomas posprandiales tras este procedimiento, con el fin de establecer un diagnóstico oportuno e indicar el tratamiento adecuado.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Mar320

CORRELACIÓN Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO ENTRE EL PUNTAJE DE KIOTO ENDOSCÓPICO Y LOS HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, BAJO EL DIAGNÓSTICO DE DISPEPSIA NO INVESTIGADA

G. A. Rodríguez-Bravo, K. M. Reyes-Saldívar, J. R. Macías-Beaven, A. C. Córdova-Ramírez, G. A. Lara-Galván, M. S. González-Huezo, Centro Médico ISSEMYM, Toluca

Introducción: La dispepsia constituye una de las principales indicaciones para la realización de endoscopia digestiva alta. La gastritis es un diagnóstico histológico que se utiliza con frecuencia para describir síntomas dispépticos, aun sin correlación endoscópica o histopatológica. *Helicobacter pylori* es su principal etiología y se asocia con úlcera péptica, atrofia, metaplasia intestinal, cáncer gástrico, entre otros. La clasificación de Kioto es un sistema de evaluación endoscópica diseñado para estimar la probabilidad de infección por *H. pylori* y el riesgo de cáncer gástrico, con sensibilidad y especificidad demostradas de 98,7% y 98,4% respectivamente; un puntaje ≥ 2 sugiere infección y ≥ 4 mayor riesgo neoplásico.
Objetivo: Evaluar la correlación y el rendimiento diagnóstico del puntaje de Kioto para identificar infección por *H. pylori* y hallazgos histopatológicos premalignos/malignos.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal de 216 pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta con biopsias gástricas entre octubre de 2022 y junio de 2026. Se registraron edad, sexo, puntaje de Kioto, *H. pylori*, atrofia, metaplasia intestinal, displasia y carcinoma. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valores predictivos, exactitud e índice kappa de Kioto ≥ 2 para *H. pylori*. De forma independiente, se estimó el rendimiento exploratorio de Kioto ≥ 4 para carcinoma. La correlación entre el puntaje y cada hallazgo histopatológico se evaluó mediante rho de Spearman; $p < 0,05$ se consideró significativo.
Resultados: Se incluyó a 216 pacientes, con edad media de 59,8 ± 14,2 años; 122 (56,5%) fueron mujeres. La mediana de Kioto fue 2 (RIC, 1-2); 136 (63,0%) presentaron Kioto ≥ 2 y 23 (10,6%) Kioto ≥ 4. La histopatología identificó *H. pylori* en 75 (34,7%), atrofia en 29 (13,4%), metaplasia intestinal en 20 (9,3%), metaplasia incompleta en 11 (5,1%), completa en 9 (4,2%), ningún caso de displasia y un carcinoma (0,5%). Kioto ≥ 2 para *H. pylori* mostró sensibilidad de 72,0%, especificidad de 41,8%, VPP de 39,7%, VPN de 73,8% y exactitud de 52,3% (κ = 0,116; p = 0,054). Kioto ≥ 4 para carcinoma mostró sensibilidad de 100%, especificidad de 89,8%, VPP de 4,3%, VPN de 100% y exactitud de 89,8%; estas estimaciones son exploratorias por existir un solo caso, con Kioto 5. El puntaje se correlacionó con *H. pylori* (rho = 0,181; p = 0,008) y metaplasia intestinal (rho = 0,159; p = 0,019), pero no con atrofia (rho = 0,100; p = 0,143) ni carcinoma (rho = 0,115; p = 0,093) (**Tabla 1**).

Tabla 1. (Mar320)

Variable	Resultado	Proporción/p
Rendimiento de Kioto ≥ 2 para *H. pylori*		
Sensibilidad	72,0%	
Especificidad	41,8%	
Valor predictivo positivo	39,7%	
Valor predictivo negativo	73,8%	
Exactitud	52,3%	
Índice kappa/p	0,116/0,054	
Rendimiento exploratorio de Kioto ≥ 4 para carcinoma		
Sensibilidad	100%	
Especificidad	89,8%	
Valor predictivo positivo	4,3%	
Valor predictivo negativo	100%	
Exactitud	89,8%	
Limitación	1 carcinoma (Kioto 5)	Estimación exploratoria
Correlación de Spearman con puntaje de Kioto		
H. pylori	rho = 0,181	p = 0,008

Atrofia	rho = 0,100	p = 0,143
Metaplasia intestinal	rho = 0,159	p = 0,019
Displasia	No calculable	0 casos
Carcinoma	rho = 0,115	p = 0,093

Los porcentajes corresponden a la cohorte total (n = 216). RIC, rango intercuartílico; VPP, valor predictivo positivo; VPN, valor predictivo negativo.

Conclusiones: En la población estudiada, el puntaje de Kioto mostró una correlación positiva débil con infección por *H. pylori* y metaplasia intestinal. Kioto ≥ 2 presentó sensibilidad moderada y VPN aceptable para *H. pylori*, pero baja especificidad y VPP. Kioto ≥ 4 mostró alta especificidad y VPN para carcinoma; sin embargo, el VPP fue bajo y el único evento impide establecer conclusiones definitivas. La estratificación endoscópica ayuda a otorgar a cada paciente un riesgo acorde a los hallazgos macroscópicos, pero no sustituye la toma de biopsias ni la evaluación histopatológica.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**219-229

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres en cartel

Martes 24 de noviembre de 2026

HÍGADO

Mar321

PERFIL MICROBIOLÓGICO Y SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE LOS UROPATÓGENOS EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

K. F. Núñez-Román, C. Morelos-García, J. J. Canché-Garma, F. Arreola-Banda, D. H. Acosta-Sandoval, G. Morales-Osorio, J. I. Carrillo-Rojas, M. Castillo-Barradas, **U**MAE Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza, IMSS

Introducción: Las infecciones del tracto urinario (ITU) representan una causa frecuente de descompensación en el paciente con cirrosis hepática. Históricamente, las guías de práctica clínica han sugerido el uso empírico de cefalosporinas de tercera generación o fluoroquinolonas. Sin embargo, los cambios en la epidemiología local y la presión selectiva obligan a reevaluar estos esquemas empíricos para evitar fallas terapéuticas y progresión del daño hepático.
Objetivo: Describir el perfil microbiológico y la susceptibilidad antimicrobiana de los uropatógenos aislados en cultivos de orina de pacientes con cirrosis hepática.
Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizaron los expedientes y urocultivos positivos de pacientes con cirrosis hepática. Se evaluaron variables demográficas, gravedad de la enfermedad (MELD-Na, Child-Pugh), etiología, tipo de microorganismo aislado y su patrón de susceptibilidad antimicrobiana. Para el análisis microbiológico final se excluyeron los aislamientos repetidos y se consideró únicamente el primer aislamiento por paciente.
Resultados: Se incluyó a 216 pacientes con una mediana de edad de 56 años (RIC, 45–64) y un 56,9% de mujeres. El 78,7% correspondió a Child-Pugh B o C, con una mediana de MELD-Na de 19 (RIC, 12–27). Las principales etiologías fueron hepatopatías autoinmunes (27,4%), esteatósica asociada a disfunción metabólica (25,0%) y viral (24,1%). De 427 urocultivos procesados, 190 (45,0%) fueron positivos. Tras excluir duplicados, se analizaron 127 aislamientos únicos: 70,0% de bacilos gramnegativos, 26,0% de cocos grampositivos y 3,9% de hongos. Los patógenos predominantes fueron *Escherichia coli* (48,0%), *Enterococcus spp.* (16,5%), *Klebsiella spp.* (14,2%) y *Candida spp.* (3,9%). El 8,2% de los enterobacterales fueron productores de BLEE. La susceptibilidad a ceftriaxona y ciprofloxacina fue baja (30,9% y 25,3%, respectivamente). Los carbapenémicos (meropenem 96,3%, ertapenem 96,2%) mostraron la mayor actividad *in vitro* (**Tabla 1**).
Conclusiones: Se documentó una elevada prevalencia de resistencia a antibióticos de primera línea en ITU de pacientes cirróticos, lo que revela que el uso empírico de ceftriaxona o ciprofloxacina es subóptimo. Se debe priorizar el uso de alternativas con alta sensibilidad demostrada (como nitrofurantoína o fosfomicina en casos no complicados) y reservar los carbapenémicos o amikacina para pacientes con descompensación grave o riesgo de multirresistencia, además de individualizar siempre el tratamiento.
Financiamiento: Este trabajo no contó con financiamiento para su realización.

Tabla 1. Susceptibilidad antimicrobiana de los enterobacterales aislados en urocultivos de pacientes con cirrosis. (**Mar321**)

Antibiótico	Evaluados, n	Sensibles, n (%)	Resistentes, n (%)
Ceftriaxona	81	25 (30,9)	56 (69,1)
Cefepima	79	23 (29,1)	56 (70,9)
Ciprofloxacina	79	20 (25,3)	59 (74,7)
Norfloxacina	70	32 (45,7)	38 (54,3)
Trimetoprim sulfametoxazol	76	28 (36,8)	48 (63,2)
Ampicilina/sulbactam	68	24 (35,3)	44 (64,7)
Gentamicina	75	55 (73,3)	20 (26,7)
Fosfomicina	34	28 (82,4)	6 (17,6)
Nitrofurantoína	66	56 (84,8)	10 (15,2)
Amikacina	80	76 (95,0)	4 (5,0)
Ertapenem	78	75 (96,2)	3 (3,8)
Meropenem	81	78 (96,3)	3 (3,7)

Los porcentajes se calcularon con base en los aislamientos de enterobacterales con resultado de susceptibilidad disponible para cada antimicrobiano.

0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Mar322

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA ATEROSCLERÓTICA MEDIANTE PUNTAJE DE CALCIO CORONARIO EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA EN EVALUACIÓN PARA TRASPLANTE HEPÁTICO

B. Morales-Cruz, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, R. Córdova-Ramírez, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica secundaria a disfunción metabólica se asocia con comorbilidades que incrementan el riesgo cardiovascular y en los últimos reportes de este país y este hospital ya es la principal causa de cirrosis hepática, lo cual lleva plantear estrategias para definir la presencia de enfermedad arterial coronaria ateroesclerótica; una alternativa que se ha propuesto es la determinación del calcio coronario mediante tomografía computarizada coronaria.
Objetivo: Determinar la prevalencia de la enfermedad arterial coronaria aterosclerótica mediante puntaje de calcio coronario en pacientes con cirrosis hepática asociada a disfunción metabólica en evaluación para trasplante hepático.
Material y métodos: Diseño: observacional, descriptivo, transversal, prospectivo y unicéntrico. Lugar: departamento de gastroenterología del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cirrosis hepática descompensada (MELD, 15 puntos) por disfunción metabólica, en evaluación para trasplante hepático. Tiempo: 1 de febrero a 1 de mayo de 2026.
Resultados: Se incluyó a 10 pacientes con predominio del género femenino con 6 (60%) y de éstos el 90% tenía obesidad (n = 9) por índice de masa corporal. Con respecto a los factores de riesgo cardiovascular: cuatro pacientes tuvieron tabaquismo positivo que representaba el 40% y la diabetes mellitus tipo 2 estuvo presente en 70% (n = 7) de los pacientes y la hipertensión arterial sistémica en 2, lo cual representa el 20%. Ningún paciente tenía triglicéridos > 150; cuatro registraron colesterol-HDL baja, lo que representa 40%; ninguno mostró alteración en niveles de colesterol-lipoproteínas de baja densidad. El 30% de estos sujetos tenía calcificación mínima (n = 3), mientras que 10% (n = 1) registró calcificación leve; el 60% fue indicativo de ausencia. Ninguno presentó calcificación grave.
Conclusiones: En este estudio, la prevalencia de calcificación coronaria fue del 40%, calcificación mínima en el 30% y calcificación leve en el 10%; el resto reveló una puntuación de calcio coronario de cero. No se identificaron casos con calcificación moderada o grave. A pesar de los factores cardiovasculares que comparten dichas entidades, en este estudio se determinó baja prevalencia de calcificación coronaria clínicamente significativa.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

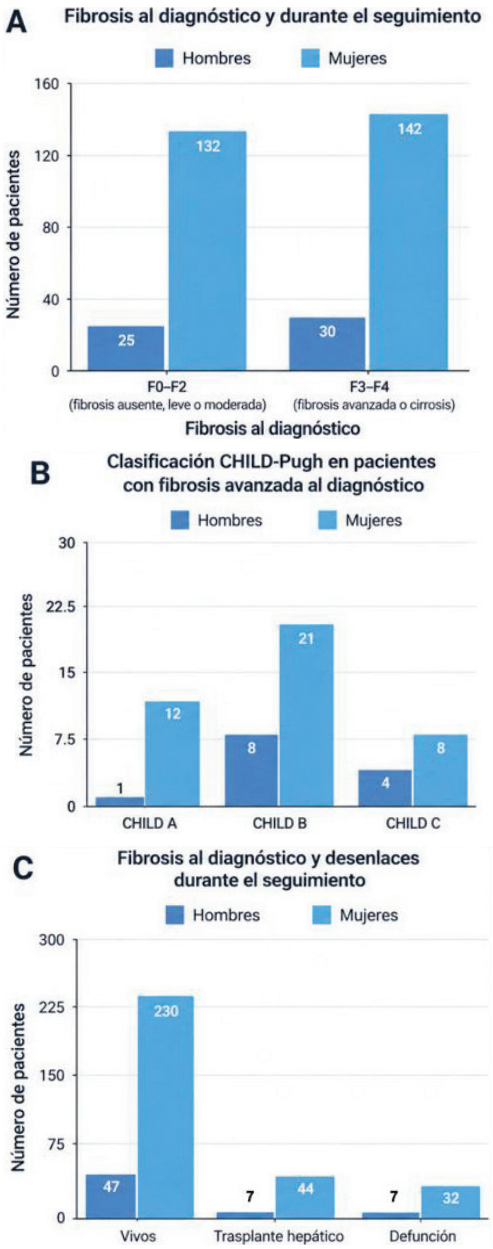
Mar323

HEPATITIS AUTOINMUNE EN MÉXICO: CARGA DE FIBROSIS AL DIAGNÓSTICO Y LA URGENCIA DEL RECONOCIMIENTO TEMPRANO

J. C. Rincón-Camacho, L. Topanta-Yanchapaxi, O. S. Pineda-Arzate, V. López-Ladrón-De-Guevara, M. B. Jourdan-Rodríguez, R. Gutiérrez-Monterrubio, A. Gutiérrez-Castillo, A. López-Nepomuceno, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad heterogénea que carece de características patognomónicas, lo que retrasa con frecuencia su diagnóstico y tratamiento. Como consecuencia, muchos pacientes desarrollan fibrosis avanzada o cirrosis desde el momento del diagnóstico.
Objetivo: Describir la prevalencia de fibrosis avanzada al diagnóstico y los desenlaces clínicos en una cohorte multicéntrica mexicana de pacientes con HAI.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de cohorte multicéntrico que incluyó a pacientes adultos con HAI atendidos entre 2010 y 2025. Los datos demográficos, clínicos e histológicos se obtuvieron de los expedientes clínicos y los archivos de patología. Las variables continuas se analizaron mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, y las variables categóricas con la prueba x^2.
Resultados: Se incluyó a 329 pacientes, de los cuales el 83,3% correspondió a mujeres, con una mediana de edad de 43 años (RIC, 32–55). El diagnóstico fue hepatitis autoinmune en el 61,4% de los casos, síndrome de superposición HAI-colangitis biliar primaria en el 36,5% y síndrome de superposición HAI-colangitis esclerosante primaria en el 2,1%. La fibrosis avanzada al diagnóstico estuvo presente en el 51,8% de las mujeres y en el 54,5% de los hombres. Se identificaron comorbilidades metabólicas en el 51,2% de los individuos, entre ellas dislipidemia (33,1%), diabetes mellitus (27,6%) e hipertensión arterial (22,7%). Entre los pacientes con fibrosis avanzada, tan sólo el 28,5% alcanzó una respuesta completa al tratamiento, mientras que el 18,6% requirió trasplante hepático y el 12,8% falleció durante el seguimiento. A pesar del tratamiento, la progresión hacia fibrosis estadio F4 aumentó durante el seguimiento tanto en mujeres como en hombres. En la **Figura 1** se observan las gráficas de los desenlaces clínicos encontrados en la cohorte.
Conclusiones: La fibrosis avanzada fue altamente prevalente al momento del diagnóstico y se asoció con peores desenlaces clínicos, incluso después del tratamiento. Estos hallazgos resaltan la necesidad de un diagnóstico más temprano y un seguimiento estructurado a largo plazo en los pacientes con hepatitis autoinmune.
Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento externo.

Figura 1. Fibrosis avanzada y desenlaces clínicos en la cohorte. (**Mar323**)



Mar324

RENDIMIENTO DE APRI Y FIB-4 PARA FIBROSIS AVANZADA EN COLANGITIS BILIAR PRIMARIA: COMPARACIÓN CON MASLD MEDIANTE ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA

J. Mejía-Ramírez, F. Higuera-De-La-Tijera, A. D. Santana-Vargas, M. Ramos-Meléndez, M. Peña-Armijos, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: APRI y FIB-4 están ampliamente validados en las enfermedades hepáticas metabólicas, pero su rendimiento en trastornos colestásicos como la colangitis biliar primaria (CBP) está menos establecido.
Objetivo: Evaluar la precisión diagnóstica de APRI y FIB-4 para la fibrosis avanzada en CBP en comparación con MASLD mediante la elastografía transitoria como estándar de referencia. MASLD se incluyó como condición de comparación no colestásica en la cual estas escalas se utilizan ampliamente.
Material y métodos: Este estudio retrospectivo incluyó a pacientes con CBP y MASLD. La fibrosis avanzada se definió como estadio elastográfico F3-F4 al usar umbrales específicos para cada etiología validados. El rendimiento diagnóstico de APRI y FIB-4 se evaluó por separado mediante análisis de curvas ROC y se calcularon los puntos de corte óptimos (índice de Youden), la sensibilidad y la especificidad.
Resultados: Se incluyó a 522 pacientes (261 con CBP, edad 55 ± 11; 261 con MASLD, edad 54 ± 11). Los pacientes con CBP presentaron una rigidez media significativamente mayor (14,6 *vs.* 6,0 kPa), APRI (0,80 *vs.* 0,25) y FIB-4 (2,77 *vs.* 0,99) que los pacientes con MASLD ($p < 0,001$). En la CBP, el APRI y el FIB-4 mostraron una precisión moderada con un AUROC idéntico de 0,758 (IC95%, 0,693–0,817). El punto de corte óptimo para el APRI fue de 0,38 (sensibilidad 92,5%, especificidad 49,0%) y para el FIB-4 de 2,11 (sensibilidad 78,0%, especificidad 67,3%). En MASLD, la precisión fue mayor: APRI alcanzó un AUROC de 0,845 (punto de corte 0,26, sensibilidad 90,9%, especificidad 68,3%) y FIB-4 un AUROC de 0,836 (punto de corte 1,15, sensibilidad 86,4%, especificidad 68,3%) (**Figura 1**).
Conclusiones: APRI y FIB-4 ofrecen una precisión moderada para identificar fibrosis avanzada en la CBP. Son herramientas de cribado preliminar accesibles, pero no deben sustituir a la elastografía transitoria. Se necesitan umbrales específicos para cada enfermedad en las afecciones colestásicas.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

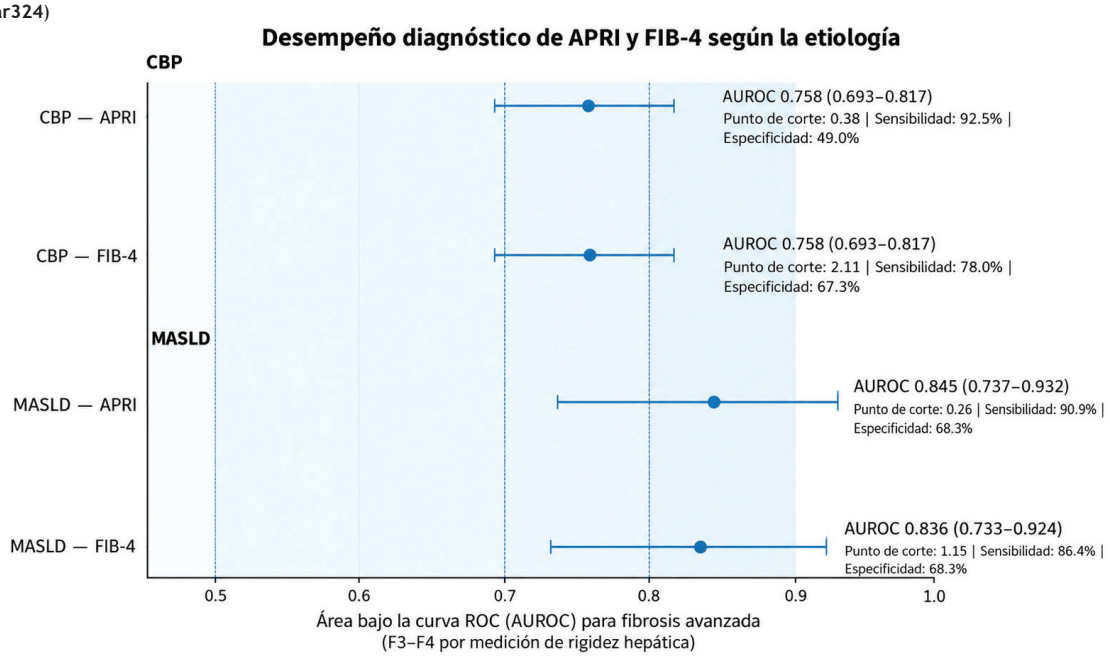
Mar325

DESENLACES DEL EMBARAZO EN MUJERES CON HEPATITIS AUTOINMUNE: ESTUDIO DE COHORTE EN MÉXICO

O. S. Pineda-Arzate, R. Gutiérrez-Monterrubio, L. Topanta-Yanchapaxi, J. C. Rincón-Camacho, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) afecta con frecuencia a mujeres en edad reproductiva; sin embargo, la información sobre los desenlaces maternos y perinatales en poblaciones latinoamericanas aún es limitada.
Objetivo: Describir las características clínicas y los desenlaces del embarazo en mujeres con hepatitis autoinmune, así como evaluar los factores asociados con desenlaces maternos y perinatales adversos.
Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó embarazos en mujeres con hepatitis autoinmune entre enero de 2000 y mayo de 2026. Se incluyó a pacientes adultas con historia reproductiva completa y al menos dos años de seguimiento. Los datos demográficos, clínicos, obstétricos y de seguimiento se obtuvieron de los expedientes clínicos. Las variables continuas y categóricas se analizaron mediante pruebas no paramétricas y x^2, respectivamente.
Resultados: Se incluyó a 34 pacientes con un total de 43 eventos obstétricos, correspondientes a 38 nacidos vivos, 4 abortos espontáneos y 1 muerte fetal. La mediana de edad materna fue de 28 años (RIC, 23–31), y el 14,7% presentó edad materna avanzada. El 29,4% de las pacientes tenía síndrome de superposición y el 37,1% otra enfermedad autoinmune asociada. Antes del embarazo, el 32,6% de las pacientes tenía sobrepeso, el 25,6% presentaba cirrosis y la hepatitis autoinmune se encontraba activa en el 36,5% de los casos. Los trastornos hipertensivos del embarazo ocurrieron en el 22,9% de las gestaciones y la diabetes gestacional en el 20%. La resolución del embarazo mediante cesárea se realizó en el 81,6% de los casos. El 60,5% de los partos fue de pretérmino (< 37 semanas) y el 42,1% de los recién nacidos presentó bajo peso al nacer. Las complicaciones maternas y los desenlaces neonatales adversos fueron más frecuentes en las pacientes con cirrosis. En la **Figura 1** se resumen los hallazgos de las características del embarazo y el recién nacido según el estadio de fibrosis.
Conclusiones: Los embarazos en mujeres con hepatitis autoinmune se asociaron con una elevada frecuencia de complicaciones maternas, parto de pretérmino y bajo peso al nacer, especialmente en las pacientes con cirrosis. Estos hallazgos resaltan la importancia de un manejo multidisciplinario y del asesoramiento preconcepcional para optimizar los desenlaces maternos y perinatales.
Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento externo.

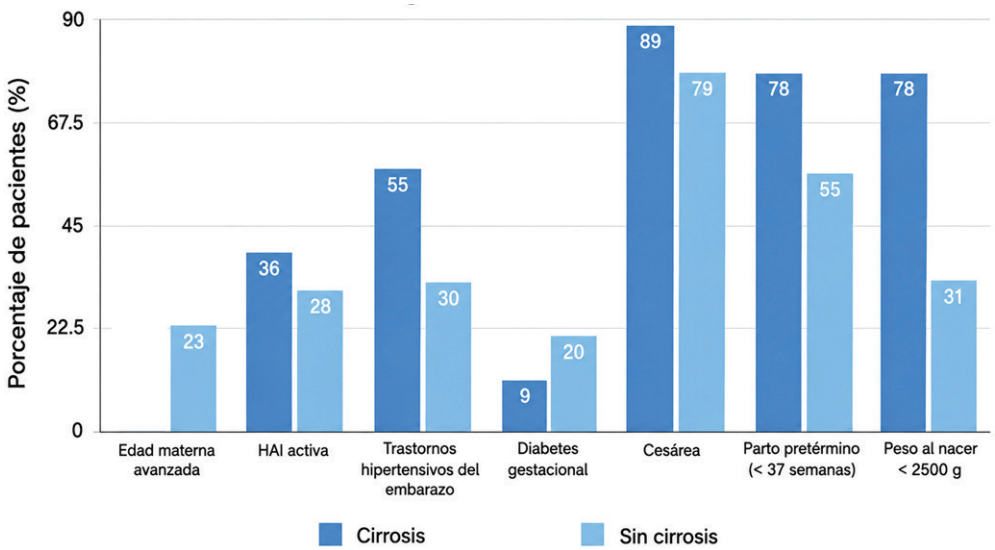
Figura 1. (**Mar324**)



La fibrosis avanzada se definió como F3–F4 por medición de rigidez hepática (kPa). Los puntos de corte se seleccionaron mediante el índice de Youden. Las barras de error representan intervalos de confianza del 95%.

Elaboración propia con base en los datos obtenidos en este estudio.

Figura 1. Características del embarazo y el recién nacido según el estadio de la fibrosis. (**Mar325**)



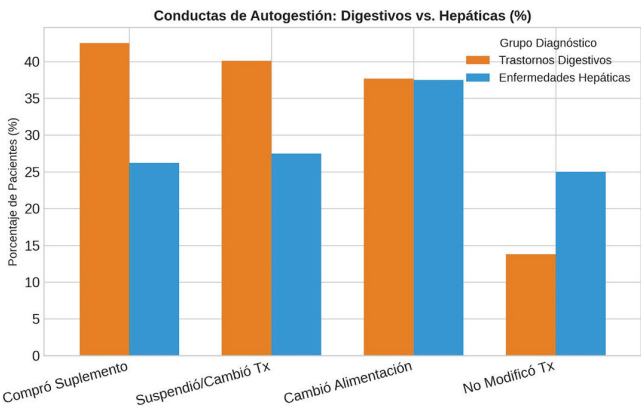
Mar326

PATRONES DE USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA Y CONDUCTAS DE AUTOGESTIÓN CLÍNICA: COMPARATIVA ENTRE PACIENTES CON TRASTORNOS DIGESTIVOS Y ENFERMEDADES HEPÁTICAS

F. Y. Vargas-Durán, R. Toledo-Galván, M. V. Peña-Armijos, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Las herramientas de inteligencia artificial generativa (IAG) son utilizadas cada vez más por pacientes para resolver dudas médicas. Sin embargo, se desconoce si la adopción de estas herramientas y el tipo de decisiones tomadas varían en función del tipo de enfermedad gastrointestinal.
Objetivo: Comparar la frecuencia de uso de la IAG, las motivaciones de búsqueda y las decisiones de autogestión clínica entre pacientes con trastornos digestivos y pacientes con enfermedad hepática crónica (EHC).
Material y métodos: Estudio transversal en 391 pacientes de la consulta de gastroenterología. Se dividió la muestra según la categoría diagnóstica principal: trastornos digestivos (*H. pylori*, ERGE, SII, dispepsia; n = 214) y enfermedad hepática crónica (EHC, n = 135). Se evaluó el uso de IAG, motivos de consulta y decisiones autoprescritas (cambio de tratamiento, suplementos, dietas). Se emplearon las pruebas x^2 y U de Mann-Whitney.
Resultados: Los pacientes con trastornos digestivos presentaron una tasa de adopción de IAG significativamente mayor que aquéllos con EHC (78,0% *vs.* 59,3%, p < 0,0001). Aunque en ambos grupos el principal tipo de IA utilizada fue la búsqueda en Google asistida por IA (57,1%), la respuesta de la IA derivó en un mayor porcentaje de conductas de autogestión de riesgo en pacientes con trastornos digestivos. En particular, los pacientes con trastornos digestivos compraron suplementos sugeridos por la IA con mayor frecuencia (42,5% *vs.* 26,2%, p = 0,014) y suspendieron/cambiaron su tratamiento con mayor prevalencia (40,1% *vs.* 27,5%). Por el contrario, los pacientes con EHC mostraron mayor prudencia al mantener su tratamiento sin cambios tras la consulta (25,0% *vs.* 13%, p = 0,030) (**Figura 1**).
Conclusiones: La adopción de IAG y su efecto conductual varían sustancialmente según sea la patología digestiva. Los pacientes con trastornos digestivos son más vulnerables a realizar modificaciones terapéuticas no supervisadas y automedicación con suplementos a partir de respuestas de la IA, mientras que los pacientes con hepatopatías crónicas adoptan una actitud más cautelosa. Se requieren estrategias diferenciadas de educación digital según sea la patología.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Conductas de autogestión: digestivas *vs.* hepáticas (%). (**Mar326**)



Mar327

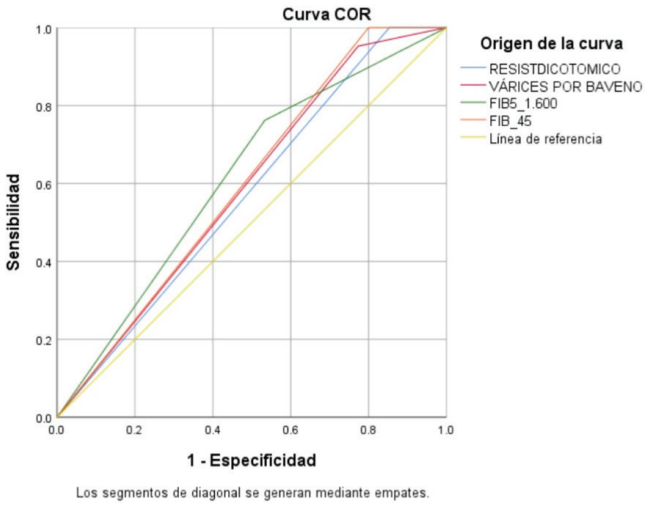
UTILIDAD DE ESCALAS NO INVASIVAS PARA IDENTIFICAR PACIENTES CON ALTO RIESGO DE VÁRICES ESOFÁGICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. L. Valdez-Contreras, J. I. Carrillo-Rojas, M. Castillo-Barradas, N. Guzmán-Rodríguez, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, ISSSTE

Introducción: La hipertensión portal asociada con enfermedad hepática crónica avanzada compensada favorece el desarrollo de várices esofágicas. Las várices esofágicas grandes son aquéllas con un diámetro ≥ 5 mm, las cuales presentan mayor riesgo de hemorragia y pueden requerir profilaxis primaria. Aunque la endoscopia digestiva alta es el método de referencia para evaluar su presencia, tamaño y características de riesgo, es un procedimiento invasivo y dependiente de recursos. Los criterios de Baveno VII, FIB-4 Plus, RESIST-HCV y FIB-5 utilizan variables clínicas, bioquímicas o elastográficas para estratificar de manera no invasiva el riesgo de hipertensión portal y várices. Su comparación podría optimizar la selección de pacientes candidatos a endoscopia y reducir procedimientos innecesarios sin comprometer la detección de várices con relevancia clínica.
Objetivo: Comparar el rendimiento diagnóstico de los criterios de Baveno VII, FIB-4 Plus, RESIST-HCV y el modelo FIB-5 para identificar várices esofágicas grandes en pacientes con cACLD.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes con cACLD (definida por elastografía > 15 kpa) con infección por virus de hepatitis C *naïve* a tratamiento. Todos fueron objeto de endoscopia para escrutinio de várices esofágicas (VE) y se aplicaron cuatro scores no invasivos para la detección de VE de alto riesgo: FIB-4 Plus, criterios de Baveno, FIB-5 y RESIST-HCV. La concordancia entre pruebas se evaluó con un análisis kappa; se calcularon el área bajo la curva (AUROC) y la sensibilidad y la especificidad para cada resultado. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS v25 y se consideró un valor de p significativo < 0,05.
Resultados: Se incluyó a 96 pacientes, 65 (68%) mujeres y 31 (32%) hombres, con edad media de 58 años. La prevalencia de VE grandes fue de 22%. El FIB-4 Plus mostró la mejor capacidad discriminativa para la detección de várices de alto riesgo (AUROC, 0,703; IC95%, 0,578-0,829; p = 0,005), seguido de FIB-5 (AUROC, 0,643; IC95%, 0,523-0,762; p = 0,047). Los criterios de Baveno (AUROC, 0,590; IC95%, 0,462-0,717; p = 0,211) y RESIST dicotómico (AUROC, 0,573; IC95%, 0,445-0,702; p = 0,306) no mostraron una capacidad discriminativa significativa (**Figura 1**). Se probaron puntos corte para las dos escalas con mejor rendimiento diagnóstico. Al emplear un punto de corte de 45, el FIB-4 Plus alcanzó una sensibilidad (S) del 100%, especificidad (E) del 20%, valor predictivo positivo (VPP) del 26% y valor predictivo negativo (VPN) del 100%. Para el FIB-5, un punto de corte de 1,6 mostró S de 76,2%, E de 46,7%, VPP de 28,6% y VPN de 87,5%.
Conclusiones: La hemorragia por VE es una de las complicaciones de la cirrosis y la hipertensión portal. Aunque la endoscopia digestiva alta se mantiene como el estándar de oro diagnóstico y terapéutico, existe acceso limitado en la población. En pacientes con infección por VHC *naïve* a tratamiento y con cACLD, el FIB-4 Plus mostró el mejor rendimiento para identificar VE grandes. Con un punto de corte de 45 alcanzó una sensibilidad y un VPN del 100%, por lo que podría ser útil como herramienta de tamizaje para seleccionar a pacientes con muy baja probabilidad de presentar várices de alto riesgo. Sin embargo, su baja especificidad y VPP limitan su utilidad para confirmar el diagnóstico y reducir de manera considerable el número de endoscopias. FIB-5 presentó un rendimiento moderado, mientras que los criterios de Baveno VII y RESIST-HCV no revelaron una capacidad discriminativa significativa en esta población.
Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Figura 1. Comparación del rendimiento diagnóstico de escalas no invasivas para predecir várices esofágicas grandes. (**Mar327**)



Mar328

COMORBILIDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS A LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y PROGRESIÓN EN COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

A. L. González-García, A. J. Berzunza-Casanova, R. Sandoval-Salas, A. Triana-Romero, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la inflamación de los conductos biliares intrahepáticos de pequeño y mediano calibres. Se ha descrito la coexistencia con otras enfermedades autoinmunes en 40 a 70% de los pacientes. El efecto clínico y el pronóstico de la coexistencia de esta superposición autoinmune sobre la respuesta terapéutica a los 12 meses y la gravedad basal de la CBP aún requieren caracterización en esta población.
Objetivo: Evaluar la prevalencia de comorbilidades autoinmunes en una cohorte de pacientes con CBP y analizar su efecto en la progresión hacia cirrosis y la respuesta bioquímica al tratamiento a los 12 meses evaluada por los criterios de Toronto.
Material y métodos: Se incluyó una cohorte retrospectiva de 50 pacientes con colangitis biliar primaria (CBP), divididos de acuerdo con la presencia (n = 21) o ausencia (n = 29) de comorbilidades autoinmunes concomitantes. Se analizó la gravedad de la enfermedad (cirrosis al diagnóstico y descompensaciones clínicas) y la respuesta al tratamiento por criterios de Toronto.
Resultados: Gravedad de la enfermedad: no se demostró una asociación significativa entre la presencia global de comorbilidades autoinmunes y una mayor gravedad de la CBP al momento del diagnóstico:
Cirrosis al diagnóstico: se registró una tasa del 33,3% (7/21) en los pacientes con comorbilidad autoinmune frente a un 13,8% (4/29) en el grupo sin comorbilidad, sin alcanzar significancia estadística (p = 0,100).
Descompensaciones: el 28,6% (6/21) de los pacientes con autoinmunidad asociada tuvo al menos una descompensación clínica inicial frente al 10,3% (3/29) en el grupo control (p = 0,098).
Evaluación de la respuesta al tratamiento (criterios de Toronto a los 12 meses): al analizar la variable de respuesta por criterios de Toronto a los 12 meses en relación con el estado autoinmune global, el 57,1% (12/21) de los pacientes con comorbilidades autoinmunes alcanzó la respuesta terapéutica adecuada, en comparación con el 31,0% (9/29) del grupo sin comorbilidades (p = 0,065).
En el análisis específico de cada comorbilidad sobre la respuesta terapéutica a los 12 meses se obtuvieron los siguientes hallazgos:
Hipotiroidismo: el hipotiroidismo se comporta como un factor predictor de respuesta al tratamiento, ya que el 90% de los pacientes alcanzó la respuesta bioquímica exitosa por criterios de Toronto con un OR de 21,00 (IC95%, 2,38–184,63). Síndrome de Sjögren: hay una asociación estadísticamente significativa con la respuesta al tratamiento porque el 100% de los pacientes con esta enfermedad no obtuvo respuesta terapéutica con un OR de 0,533 (IC95%, 0,406–0,701; p < 0,001). Otras comorbilidades: el lupus eritematoso sistémico, psoriasis, esclerosis sistémica, artritis reumatoide, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAAF), trombocitopenia inmune primaria, vasculitis ANCA, anemia hemolítica autoinmune y colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la respuesta final debido a su baja frecuencia muestral en esta cohorte.
Conclusiones: La coexistencia de comorbilidades autoinmunes es altamente prevalente en pacientes con CBP y afecta a más del 40% de la cohorte. La presencia global de autoinmunidad secundaria no modifica la gravedad estructural de la enfermedad al momento del diagnóstico (cirrosis, descompensaciones). El hipotiroidismo concomitante se perfila como un factor asociado a altas tasas de éxito terapéutico, en contraste con el síndrome de Sjögren que se relaciona con fallo terapéutico bajo los criterios de Toronto.
Financiamiento: Este trabajo no recibió patrocinio gubernamental ni comercial.

Mar329

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA PROGRESIÓN A HIPERTENSIÓN PORTAL, CARCINOGÉNESIS Y COMPLICACIONES DE LA VÍA BILIAR EN LA COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA

K. A. Miyagui-Adame, J. I. Carrillo-Rojas, Hospital de Especialidades Dr. Antonio fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una hepatopatía crónica progresiva cuya evolución natural se ve alterada por la coexistencia con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Los estudios sugieren dos cursos distintos: CEP aislada, caracterizada por evolución de fibrosis acelerada e inflamatoria en el árbol biliar, mientras que en asociación con EII eleva el riesgo oncológico.
Objetivo: Determinar si la coexistencia de EII modifica el curso clínico de CEP, específicamente en el ritmo de progresión a hipertensión portal, complicaciones de la vía biliar y riesgo de carcinogénesis.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, comparativo y analítico que incluyó a 38 pacientes con CEP en un centro de tercer nivel. Se compararon los desenlaces entre los fenotipos de CEP aislada y CEP-EII. Para el análisis estadístico se utilizaron pruebas de x^2 y se consideró significancia estadística un valor de $p < 0,05$.
Resultados: De los 38 pacientes evaluados, 15 presentaron CEP aislada y 23 CEP-EII. La progresión a hipertensión portal fue significativamente mayor en la CEP aislada (73,3% *vs.* 30,4%, p = 0,019). El riesgo oncológico mostró mayor tendencia en el fenotipo CEP-EII, sin alcanzar significancia estadística. No se observaron diferencias significativas entre los grupos en la frecuencia de complicaciones de la vía biliar, incluidas las estenosis dominantes. La EII precedió al diagnóstico de CEP en el 82,6% de los casos (**Tabla 1**).
Conclusiones: La variante CEP aislada tiene un perfil fibrótico más agresivo con mayor riesgo de hipertensión portal, mientras que en asociación con EII el riesgo es mayormente neoplásico. Esta distinción podría adaptar protocolos de seguimiento personalizados.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Los datos se expresan como frecuencia, n (%). (**Mar329**)

Desenlace/complicación	CEP aislada (n = 15)	CEP-EII (n = 23)	Valor de p*
Hipertensión portal	11 (72,3%)	7 (30,4%)	0,019
Estenosis dominante	3 (20,0%)	7 (30,4%)	0,709
Colangitis aguda	7 (46,7%)	5 (21,7%)	0,157
Colangiocarcinoma	1 (6,7%)	1 (4,3%)	0,999
Cáncer de vesícula biliar	0 (0,0%)	1 (4,3%)	0,999
Cáncer colorrectal	1 (6,7%)	1 (4,3%)	0,999

CEP, colangitis esclerosante primaria; EII, enfermedad inflamatoria intestinal. *Análisis estadístico realizado mediante la prueba x^2; se consideró un nivel de significancia < 0,05.

Mar330

EVALUACIÓN DE IGFBPS Y VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS EN LOS FENOTIPOS DE ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA

I. B. Flores-Islas, M. Martínez-Castillo, A. Hernández-Barragán, M. Hernández-Santillán, F. Higuera-De-La-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica comprende las categorías de MASLD, ALD y MetALD, las cuales comparten vías de daño hepatocelular. Se ha descrito que las proteínas de unión al factor de crecimiento similar a la insulina (IGFBPs) actúan como reguladores del metabolismo hepático, inflamación y remodelación tisular.
Objetivo: Comparar las concentraciones séricas de IGFBP-3, -5, -6 y -7 y las diferencias antropométricas en sujetos con MASLD, ALD y MetALD.
Material y métodos: Estudio transversal en 294 donadores del banco de sangre del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, clasificados como controles (CT), MASLD, ALD o MetALD de acuerdo con la elastografía transitoria, evaluación del consumo de alcohol y criterios cardiometabólicos. Se evaluó la composición corporal por bioimpedancia eléctrica y cuantificación IGFBP-3, -5, -6 y -7 mediante Milliplex (Merck) en CT (n = 126), MASLD (n = 60), ALD (n = 89) y MetALD (n = 19). El análisis estadístico se realizó en SPSS v27 y se consideró significativa una $p < 0,05$.
Resultados: En el análisis de composición corporal, ALD mostró menor IMC, adiposidad y mayor porcentaje de agua corporal frente a MASLD y MetALD ($p < 0,05$), sin diferencias entre MASLD y MetALD. IGFBP-3 mostró reducción frente a CT: 24,9 veces en MASLD, 25,8 veces en ALD y 23,9 veces en MetALD (mediana 737,3 *vs.* 29,7, 28,6 y 30,9 ng/mL; $p < 0,001$). IGFBP-5 mostró una reducción aproximada de 100 veces respecto de CT (mediana 139,8 *vs.* 1,4 ng/mL en los tres grupos; $p < 0,001$), y fue la única proteína que además distinguió MASLD de ALD ($p < 0,05$). IGFBP-6 fue menor: 34,1 veces en MASLD, 27,5 veces en ALD y 30,4 veces en MetALD respecto de CT (mediana 105,7 *vs.* 3,1, 3,9 y 3,5 ng/mL; $p < 0,001$), sin diferencias significativas entre las tres enfermedades, como IGFBP-3. IGFBP-7 fue 1,2 veces menor en MASLD, 2 veces menor en ALD y 1,7 veces menor en MetALD respecto de CT (mediana 3,6 *vs.* 3,0, 1,8 y 2,2 ng/mL), con ALD significativamente distinto de CT y de MASLD ($p < 0,01$).
Conclusiones: Las IGFBP constituyen biomarcadores séricos prometedores para la caracterización de los fenotipos de enfermedad hepática esteatósica. En particular, IGFBP-5 eIGFBP-7 mostraron capacidad para discriminar entre etiologías, mientras que la evaluación antropométrica aportó información complementaria sobre las diferencias fenotípicas entre los grupos.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar331

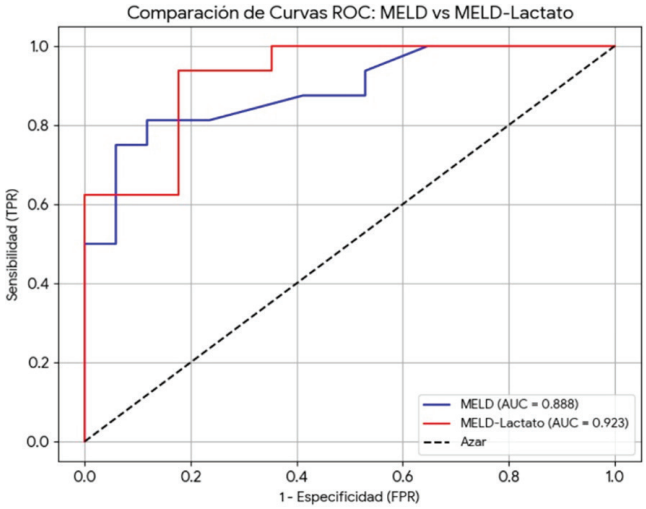
COMPARACIÓN DE LA ESCALA MELD-LACTATO CONTRA MELD PARA PREDECIR MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA

N. M. Castellanos-Palacios, L. F. Rubio-Acosta, M. E. Hernández-Ortega, Hospital General Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua, ISSSTE

Introducción: La hepatitis alcohólica es un síndrome inflamatorio agudo asociado a una alta morbimortalidad, particularmente en su presentación grave. Es crucial determinar y predecir qué grupo de pacientes poseen el mayor riesgo de tener un desenlace desfavorable relacionado con esta enfermedad, por lo que se han estudiado diversos scores como MELD, CPT, GAHS y ABIC para dicho fin. En especial MELD, el score más comúnmente usado, tiene un desempeño excelente en pacientes estables, no hospitalizados, pero no incluye otras condiciones que se vinculan con un peor pronóstico como marcadores de hipoperfusión tisular, sobre todo en pacientes críticamente enfermos. El MELD-lactato como predictor de mortalidad se ha estudiado en población con enfermedad hepática crónica y diversas condiciones como sepsis y sangrado de tubo digestivo variceal; sin embargo, no existen estudios que hayan evaluado el MELD-lactato como predictor de mortalidad en población mexicana con hepatitis alcohólica.
Objetivo: Comparar la capacidad predictiva de mortalidad a 30 días de MELD-lactato y MELD.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo en el que se revisaron expedientes de pacientes atendidos en el servicio de medicina interna del hospital ISSSTE Tláhuac, en el período comprendido entre el 1 marzo del 2022 y el 31 diciembre del 2025 y que cumplieron con la definición de hepatitis alcohólica (inicio de ictericia en 8 semanas previas, con consumo actual de más de 40 g de alcohol en mujeres y 60 g en hombres al día por 6 meses o más, con menos de 60 días de abstinencia antes del inicio de la ictericia, AST > 50, AST/ALT > 1,5, con ambos valores < 400 UI/L, bilirrubina total > 3,0 mg/dL). Se excluyó a los pacientes con enfermedad renal crónica, infecciones no controladas al momento del ingreso, patologías de resolución quirúrgica, traumatismos y falla multiorgánica por otra causa. Se calcularon MELD y MELD-lactato con parámetros bioquímicos obtenidos en las primeras 24 h de ingreso y se comparó la capacidad predictiva de mortalidad a 30 días de ambos scores mediante curva ROC y AUC, y asimismo se calculó el punto de corte óptimo para cada score mediante prueba de Youden.
Resultados: Se incluyó a un total de 31 pacientes, con un predominio total del sexo masculino, media de edad de 48 años, 77,4% con datos bioquímicos y por imagen de enfermedad hepática crónica, de los cuales 15 se clasificaron como Child-Pugh C, 7 como CP-B y 1 como CP-A. Se excluyó a 3 por presentar falla multiorgánica por otra causa y politraumatismo y 2 por no contar con medición de lactato sérico en las primeras 24 h. Se administró tratamiento con glucocorticoides al 92% de los pacientes fallecidos y al 70% de los no fallecidos. La causa de muerte más frecuente fue ACLF, seguida de infecciones nosocomiales y sangrado del tubo digestivo alto.
En cuanto a MELD, se calculó un AUC de 0,88 (IC95%, 0,75-1) con un punto de corte óptimo de 26,5, MELD-lactato con AUC de 92 (IC95%, 0,81-1) y punto de corte óptimo de 17,5 (**Figura 1**).
Conclusiones: El MELD-lactato mostró una mejor capacidad discriminativa para predecir mortalidad a 30 días en comparación con el MELD convencional, según lo mostró un mayor AUC. Esto sugiere que la incorporación del lactato sérico en las primeras 24 h al cálculo de MELD puede contribuir a

mejorar la estratificación y la identificación temprana y oportuna de los pacientes con mayor riesgo de complicaciones y mortalidad.
Financiamiento: Este trabajo no contó con ningún tipo de financiamiento.

Figura 1. Curva ROC y AUC de MELD y MELD-lactato. (**Mar331**)



Mar332

INFLAMA-OXIDACIÓN: PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DAÑO HEPÁTICO ALCOHÓLICO

A. Flores-Sánchez, A. Hernández-Barragán, M. Martínez-Castillo, I. Chaparro-De-La-Cruz, M. Hernández-Santillán, J. Córdova-Gallardo, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-La-Tijera, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El consumo de alcohol induce estrés oxidativo (EO) y promueve la translocación de endotoxinas, lo que activa células inmunitarias y desregula la respuesta inflamatoria, mecanismos que subyacen al daño hepático alcohólico.
Objetivo: Evaluar el estado rédox y la respuesta inflamatoria en el consumo de alcohol y la enfermedad hepática alcohólica.
Material y métodos: Estudio transversal y multicéntrico; los participantes se clasificaron de acuerdo con AUDIT, DSM-5, encuesta personalizada, datos clínicos y bioquímicos y se formaron 6 grupos: riesgo (Ri), trastorno por consumo de alcohol (TCA)-leve, TCA moderado-grave (m-s), cirrosis por alcohol (CiOH), hepatitis alcohólica (HA) y control (CT). Se determinó el glutatión reducido (GSH) y el oxidado (GSSG) y se calculó el cociente GSH/GSSG, así como los niveles de carbonilos proteicos (CP) y malondialdehído (MDA). Las citocinas de IL-6, CXCL-8/IL-8, IL-10 y CCL2/MCP-1 se cuantificaron mediante Milliplex. Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico SPSS v.27 y se consideró significancia una $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyeron: Ri (46), TCA-l (23), TCA m-s (30), CiOH (74), HA (101) y CT (392). El GSH aumentó en el grupo de TCA-l, CiOH y HA. El GSSG en los sujetos con CiOH y HA fue menor, pero la relación GSH/GSSG fue la más baja en HA. Los CP se incrementaron en TCA-l, TCA m-s y HA respecto de CT, Ri y CiOH. Además, los niveles de MDA aumentaron en CiOH y HA frente a los demás grupos de estudio. Se encontró IL-6 aumentada en CiOH 26,6 veces con respecto al CT, al igual que HA en 32 veces, IL-8 en HA 114 con respecto al CT, IL-10 en HA 9,5 con respecto al CT y CCL2/MCP-1 en CiOH 1,7 con respecto al CT, todos con $p < 0,05$.
Conclusiones: El consumo excesivo de alcohol, con o sin daño hepático, favorece el estrés oxidativo, según lo revela la oxidación de proteínas y lípidos, y ello favorece el GSSG (oxidado); además, los niveles elevados de IL-6, IL-8, y CCL2/MCP-1 sugieren un ambiente inflamatorio en etapas avanzadas, y por ello el término de inflama-oxidación; estos marcadores pueden ser útiles en el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar333

DISLIPIDEMIA Y FACTORES METABÓLICOS ASOCIADOS A LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

A. L. González-García, A. J. Berzunza-Casanova, R. Sandoval-Salas, A. Triana-Romero, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática autoinmune y colestásica crónica que afecta principalmente a mujeres de 40 a 70 años. Se caracteriza por la destrucción progresiva de los conductos biliares intrahepáticos pequeños, lo que puede derivar en cirrosis e insuficiencia hepática si no se trata adecuadamente. El ácido ursodeoxicólico (AUDC) es el tratamiento estándar de primera línea; sin embargo, entre el 20% y el 40% de los pacientes presentan una respuesta bioquímica incompleta. Aunque la CBP se asocia frecuentemente con dislipidemia y otros factores del síndrome metabólico (obesidad, hipertensión, diabetes), el papel de estas condiciones en la respuesta terapéutica se ha explorado poco hasta fecha reciente.
Objetivo: Evaluar la influencia de los factores metabólicos como predictores independientes de la respuesta clínica al tratamiento a los 12 meses en una cohorte de pacientes con CBP.
Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a 50 pacientes, de los cuales 21 alcanzaron respuesta clínica y 29 no. La respuesta se definió según los criterios de Toronto a los 12 meses. Se empleó un modelo de regresión logística binaria para identificar predictores independientes, y se ajustó el análisis por las siguientes variables:
dislipidemia, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, IMC > 25 kg/m² y presencia de ≥ 2 comorbilidades metabólicas.
Resultados: El modelo de regresión resultó globalmente significativo (= 19,77; $p = 0,001$), con una capacidad de clasificación del 80% y un adecuado ajuste estadístico (Hosmer-Lemeshow, $p = 0,220$). Los hallazgos principales fueron: la dislipidemia fue el único predictor independiente asociado con la respuesta clínica a los 12 meses tras el ajuste multivariado. La dislipidemia fue el único factor asociado independientemente con la respuesta al tratamiento; su presencia se relacionó con una reducción del 92% en las *odds* de alcanzar respuesta bioquímica (ORa, 0,076; IC95%, 0,011–0,526; $p = 0,009$). La ausencia de dislipidemia se asoció con unas 13 veces más de *odds* de respuesta. Las variables como la diabetes y la hipertensión no mostraron una asociación estadísticamente significativa con la respuesta en este modelo específico, aunque se observó una tendencia de inestabilidad en las estimaciones para la diabetes debido al tamaño de la muestra, como se observa en la **Tabla 1**.
Conclusiones: La dislipidemia demostró ser un factor independiente para una menor probabilidad de respuesta al AUDC en pacientes con CBP; la hipótesis propuesta es que el hígado elimina parte del exceso del colesterol por las sales biliares y en la CBP la colestasis provoca que no puedan eliminarse correctamente y, además, existe una desregulación en el receptor X farnesoide del eje intestino-hepático. Aunque los estudios en otras regiones sugieren que la hiperlipidemia podría indicar un curso clínico más benigno en términos de supervivencia a largo plazo, los datos de esta cohorte subrayan su efecto negativo inmediato en la efectividad del tratamiento estándar.
Financiamiento: Este trabajo no recibió patrocinio gubernamental ni comercial.

Tabla 1. Modelo de regresión logística multivariable para la respuesta bioquímica al AUDC a los 12 meses. (**Mar333**)

Variable	OR ajustado	IC95%	p
Dislipidemia	0,076	0,011–0,526	0,009
IMC > 25 kg/m²	1,705	0,199–14,630	0,627
Diabetes mellitus tipo 2	6,616	0,415–105,561	0,181
Hipertensión arterial	0,414	0,037–4,610	0,473
≥ 2 factores metabólicos	1,199	0,069–20,922	0,901

OR, *odds ratio*; IC95%, intervalo de confianza del 95%; IMC, índice de masa corporal; AUDC, ácido ursodeoxicólico. El modelo incluyó simultáneamente las cinco variables mostradas. R^2 de Nagelkerke = 0,439; clasificación correcta = 80%. Tabla de elaboración propia.

Mar334

SUPERVIVENCIA DE LA FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA SEGÚN GRAVEDAD CLÍNICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA EN MÉXICO

D. H. Acosta-Sandoval, F. Arreola-Banda, J. I. Carrillo-Rojas, K. A. Miyagui-Adame, M. Castillo-Barradas, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMS

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF, por sus siglas en inglés) es un síndrome devastador caracterizado por la descompensación aguda de la cirrosis, falla orgánica sistémica y una elevada mortalidad a corto plazo. Aunque el puntaje MELD-Na es el estándar de oro para evaluar el pronóstico en la enfermedad hepática terminal y priorizar el trasplante, su precisión en pacientes con ACLF es limitada al no capturar integralmente el efecto de las fallas extrahepáticas. La escala CLIF-C ACLF se diseñó específicamente para superar esta limitación; sin embargo, su validación en la población mexicana, la cual presenta un perfil epidemiológico transicional con alta carga de enfermedad metabólica (MASLD), es escasa.
Objetivo: Comparar la capacidad predictiva de CLIF-C ACLF y MELD-Na para mortalidad a 7, 30 y 90 días en pacientes con ACLF.
Material y métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes adultos con ACLF atendidos en un hospital de tercer nivel en México entre 2022–2026. Se recopilaron variables demográficas, etiología, precipitantes y escalas pronósticas. El desenlace principal fue mortalidad a 7, 30 y 90 días. La capacidad discriminativa de CLIF-C ACLF Score y MELD-Na se evaluó mediante curvas ROC y área bajo la curva (AUC).
Resultados: Se incluyó a 170 pacientes. La mediana de edad fue de 60 años (RIC, 49–66) y 48,8% correspondió a hombres. Las etiologías principales fueron MASLD (31,8%), autoinmune (22,4%) y alcohol (20%). La infección fue el precipitante más frecuente (46,5%). Las fallas orgánicas predominantes fueron la renal (81,8%) y la neurológica (51,8%). El 37,1% presentó ACLF grado 3. La mortalidad fue de 40% a 7 días, 60,4% a 30 días y 71,8% a 90 días (**Tabla 1**). El puntaje CLIF mostró mejor desempeño pronóstico comparado con MELD-Na para mortalidad a 7 días (AUC, 0,795 *vs.* 0,592), 30 días (0,762 *vs.* 0,635) y 90 días (0,759 *vs.* 0,588).

Tabla 1. Características clínicas y desempeño pronóstico de CLIF-C ACLF Score y MELD-Na en pacientes con ACLF. Valores expresados como mediana (RIC) o frecuencia (%). (**Mar334**)

Variable	Total (n = 170)		
Edad, mediana (RIC)	60 (49–66)		
Hombres, n (%)	83 (48,8)		
Etiología MASLD, n (%)	54 (31,8)		
Etiología alcohol, n (%)	34 (20)		
Etiología autoinmune, n (%)	38 (22,4)		
Infección precipitante, n (%)	79 (46,5)		
Falla neurológica, n (%)	88 (51,8)		
Falla renal, n (%)	139 (81,8)		
Falla de coagulación, n (%)	46 (27,1)		
Falla circulatoria, n (%)	57 (33,5)		
Falla hepática, n (%)	70 (41,2)		
Falla respiratoria, n (%)	31 (18,2)		
ACLF grado 1, n (%)	50 (29,4)		
ACLF grado 2, n (%)	57 (33,5)		
ACLF grado 3, n (%)	63 (37,1)		
Mortalidad a 7 días, n (%)	68 (40)		
Mortalidad a 30 días, n (%)	103 (60,4)		
Mortalidad a 90 días, n (%)	122 (71,8)		
Score	**AUC 7 días (IC95%)**	**AUC 30 días (IC95%)**	**AUC 90 días (IC95%)**
CLIF-C	0,795 (0,71–0,88)	0,762 (0,68–0,84)	0,759 (0,68–0,83)
MELD-Na	0,592 (0,49–0,69)	0,635 (0,54–0,73)	0,588 (0,49–0,68)

AUC, área bajo la curva ROC; ACLF, *acute-on-chronic liver failure*; CLIF-C ACLF, *Chronic liver failure consortium acute-on-chronic liver failure score*; MELD-Na, *Model for end-stage liver disease-sodium*; RIC, rango intercuartílico.

Conclusiones: En pacientes mexicanos con ACLF, la escala CLIF-C ACLF demuestra una capacidad predictiva significativamente superior al MELD-Na para estimar la mortalidad a corto y mediano plazos (7, 30 y 90 días). Este estudio destaca un cambio en el paradigma etiológico y sitúa al MASLD y la etiología autoinmune por encima de las causas habituales, en particular los procesos infecciosos que son el principal precipitante. Dada la letalidad extrema del síndrome, especialmente en estadios avanzados (ACLF grado 3), la integración rutinaria del CLIF-C ACLF en centros de referencia es imperativa para la estratificación temprana, la toma de decisiones en cuidados intensivos y la potencial evaluación para trasplante hepático.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar335

ENFERMEDADES AUTOINMUNES CONCOMITANTES EN PACIENTES CON HEPATITIS AUTOINMUNE TIPO 1

S. Méndez-Ventura, M. Cervantes-Garduño, M. Sosa-Arce, Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La hepatitis autoinmune es una enfermedad hepática inflamatoria cuya patogénesis está influida por la interacción de factores genéticos, ambientales e inmunológicos, lo que favorece la asociación con otras enfermedades autoinmunes. Se ha reportado que la prevalencia de hepatitis autoinmune asociada con otras enfermedades oscila entre 20 y 40%, además de que el número de enfermedades asociadas se ha relacionado con el desarrollo de complicaciones; no obstante, la información en la edad pediátrica es limitada, lo que resalta la importancia de esta serie de casos.
Objetivo: Describir la evolución, tratamiento y complicaciones de los pacientes con hepatitis autoinmune tipo 1 y enfermedades autoinmunes concomitantes.
Reporte de casos: Se incluyó a 7 mujeres con diagnóstico de hepatitis autoinmune tipo 1, con un rango de edad al diagnóstico de 2 a 16 años. Se encontró a 4 con un estado nutricional adecuado, 2 con desnutrición crónica grave y 1 con sobrepeso. Todas desarrollaron al menos una enfermedad autoinmune asociada, pero predominaron 3 con enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa) y 2 con sobreposición de colangitis esclerosante primaria. Otras enfermedades identificadas fueron miastenia grave, vitíligo, psoriasis, enfermedad de Graves, tiroiditis de Hashimoto, anemia hemolítica autoinmune, síndrome hipereosinofílico, granulomatosis con poliangeítis y síndrome linfoproliferativo autoinmune. Durante el seguimiento 3 pacientes presentaron falla al tratamiento, 2 remisión incompleta y 2 remisión completa; además se identificaron en 4 pacientes complicaciones como hipertensión portal e insuficiencia hepática crónica (**Tabla 1**).
Discusión: Todas las pacientes fueron de sexo femenino, como lo descrito en las publicaciones médicas. En esta serie, todas presentaron al menos una enfermedad autoinmune concomitante y más de la mitad sufrieron dos o más enfermedades asociadas. Se identificó la enfermedad inflamatoria intestinal como la más frecuente, además de la sobreposición con colangitis esclerosante primaria, hallazgo que difiere de la bibliografía internacional, en la que se reporta mayor asociación con la tiroiditis autoinmune y el síndrome de Sjögren. A diferencia de lo publicado, en 3 pacientes se detectó seronegatividad y 4 positividad a ANA, cANCA, AML y ATG. En promedio tuvieron 3 fármacos (rango de 2-6) en su tratamiento y sólo una requirió tratamiento con rituximab y ciclofosfamida. Se observó durante el seguimiento que más de la mitad de las pacientes presentaron falla al tratamiento y remisión incompleta, lo que podría sugerir una asociación con el número de enfermedades concomitantes, así como el desarrollo de complicaciones como hipertensión portal e insuficiencia hepática crónica. Aunque el reducido número de casos impide establecer asociaciones concluyentes, estos hallazgos destacan la importancia de un diagnóstico oportuno de las enfermedades autoinmunes concomitantes, así como del seguimiento multidisciplinario y optimización de tratamiento con la finalidad de disminuir la progresión de la enfermedad y sus complicaciones.
Conclusiones: El diagnóstico oportuno de otras enfermedades autoinmunes favorece la optimización de decisiones terapéuticas, reduce las complicaciones y mejora la calidad de vida.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con hepatitis autoinmune tipo 1 y enfermedades autoinmunes concomitantes. (**Mar335**)

Paciente	Edad al diagnóstico	Edad actual	Sexo	Estado nutricional	Anticuerpos	Enfermedad autoinmune concomitante	Tratamiento de inducción a la remisión	Tratamiento actual	Respuesta al tratamiento	Complicaciones
1	2 años 7 meses	12 años 11 meses	Femenino	Sobrepeso	Seronegativa	Colangitis esclerosante primaria, síndrome hipereosinofílico, colitis ulcerativa	Prednisona	Prednisona + azatioprina + mesalazina	Falla al tratamiento	Hipertensión portal
2	5 años 5 meses	8 años	Femenino	Normopeso	Seronegativa	Miastenia grave	Prednisona	Prednisona + azatioprina	Remisión completa	Ninguna
3	16 años 6 meses	17 años 6 meses	Femenino	Desnutrición crónica grave	ATG (+)	Vitíligo, Enfermedad de Graves, anemia hemolítica	Prednisona + azatioprina	Prednisona + micofenolato	Remisión incompleta	Insuficiencia hepática crónica
4	11 años 4 meses	17 años 9 meses	Femenino	Normopeso	ANA (+)	Tiroiditis de Hashimoto, psoriasis	Prednisona + azatioprina	Prednisona + micofenolato	Remisión completa	Ninguna
5	12 años 9 meses	16 años 5 meses	Femenino	Normopeso	Seronegativa	Colangitis esclerosante primaria, granulomatosis con poliangeítis, enfermedad de Crohn	Prednisona + azatioprina	Prednisona + azatioprina + micofenolato + tacrolimus + rituximab + ciclofosfamida	Falla al tratamiento	Hipertensión portal
6	2 años 7 meses	5 años 2 meses	Femenino	Normopeso	AML (+) cANCA (+)	Colangitis esclerosante primaria, enfermedad de Crohn	Prednisona	Prednisona + azatioprina + micofenolato	Remisión incompleta	Ninguna
7	8 años 8 meses	17años 11 meses	Femenino	Desnutrición crónica grave	cANCA (+)	Síndrome linfoproliferativo autoinmune	Prednisona + azatioprina + micofenolato	Prednisona + azatioprina + micofenolato	Falla al tratamiento	Insuficiencia hepática crónica, hipertensión portal

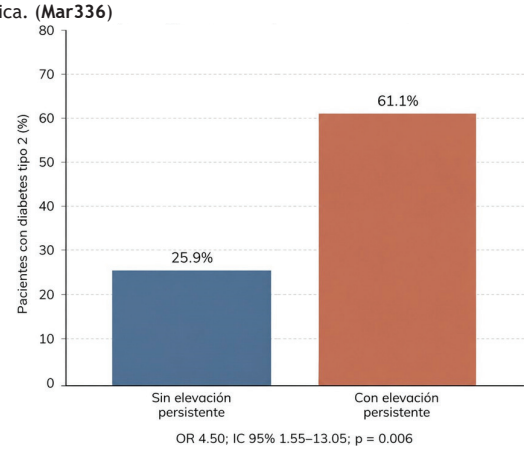
Mar336

ELEVACIÓN PERSISTENTE DE AMINOTRANSFERASAS EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA NO CIRRÓTICA: ASOCIACIÓN CON EL PERFIL METABÓLICO EN UNA COHORTE MEXICANA

R. Toledo-Galván, V. López-Ladrón-De-Guevara, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La esteatosis hepática es un motivo frecuente de referencia a hepatología y suele coexistir con obesidad, diabetes tipo 2, dislipidemia e hipertensión arterial. Sin embargo, los pacientes presentan perfiles clínicos y bioquímicos heterogéneos. La elevación persistente de aminotransferasas puede identificar mayor actividad metabólica o inflamatoria, aunque no necesariamente fibrosis avanzada, por lo que resulta relevante caracterizar los factores asociados con este patrón en pacientes sin cirrosis.
Objetivo: Describir el perfil clínico y metabólico de pacientes con esteatosis hepática no cirrótica e identificar factores asociados con elevación persistente de aminotransferasas.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico en adultos valorados en la consulta de hepatología por esteatosis hepática no cirrótica o sospecha de enfermedad hepática esteatósica asociada con disfunción metabólica. Se incluyó a pacientes con esteatosis documentada por imagen o parámetro de atenuación controlada, sin datos clínicos, endoscópicos o radiológicos de cirrosis. Se excluyó a pacientes con cirrosis establecida, hipertensión portal clínicamente significativa, hepatitis virales, hepatopatía autoinmune, enfermedad biliar obstructiva, consumo significativo de alcohol u otra etiología hepática predominante. La elevación persistente se definió como ALT o AST por arriba del límite superior normal en al menos dos determinaciones separadas por ≥ 3 meses, después de descartar causas transitorias documentadas. Se analizaron variables demográficas, antropométricas, metabólicas, bioquímicas e imagenológicas. Las variables categóricas se compararon con x^2 o prueba exacta de Fisher y se calcularon razones de momios (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%).
Resultados: Se incluyó a 116 pacientes; 96 (82,8%) fueron mujeres y la mediana de edad fue de 51 años. La carga cardiometabólica fue elevada: 100/105 (95,2%) tenían sobrepeso u obesidad, 59/100 (59,0%) dislipidemia, 37/108 (34,3%) diabetes tipo 2 y 38/105 (36,2%) hipertensión arterial; 108/116 (93,1%) presentaron al menos un factor metabólico documentado. Entre 107 pacientes con seguimiento bioquímico, 60 tuvieron aminotransferasas normales, 29 elevación transitoria o aislada y 18 elevación persistente. Como se muestra en la **Figura 1**, la diabetes tipo 2 fue más frecuente en los

Figura 1. Frecuencia de diabetes tipo 2 según la presencia de elevación persistente de aminotransferasas en pacientes con esteatosis hepática no cirrótica. (**Mar336**)



pacientes con elevación persistente de aminotransferasas que en aquéllos sin elevación persistente (61,1% *vs.* 25,9%; OR, 4,50; IC95%, 1,55–13,05; p = 0,006). FIB-4 ≥ 1,3 mostró una asociación no significativa (OR, 2,17; IC95%, 0,76-6,24; p = 0,163). La elastografía estuvo disponible en 42 pacientes; 7 (16,7%) tuvieron rigidez ≥ 8 kPa y 1 (2,4%) > 12 kPa, sin asociación significativa con elevación persistente.

Conclusiones: En esta cohorte mexicana con esteatosis hepática no cirrótica, más del 90% presentó al menos un factor metabólico. La elevación persistente de aminotransferasas se asoció de manera significativa con diabetes tipo 2, lo que permite reconocer un subgrupo con mayor vulnerabilidad metabólica. No se demostró una asociación concluyente con FIB-4 o rigidez hepática elevada; estos resultados deben interpretarse tras considerar la disponibilidad parcial de elastografía.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Mar337

LA SOBRECARGA HÍDRICA Y LA DESNUTRICIÓN IDENTIFICAN UN FENOTIPO DE ALTO RIESGO ASOCIADO CON MAYOR INFLAMACIÓN SISTÉMICA Y PEORES DESENLACES CLÍNICOS EN LA CIRROSIS

A. Carranza-Carrasco, O. Méndez-Guerrero, C. López-López, R. Guerrero-Guerrero, F. Tejeda-Domínguez, G. Castro-Narro, L. Castillo-Martínez, N. Navarro-Álvarez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

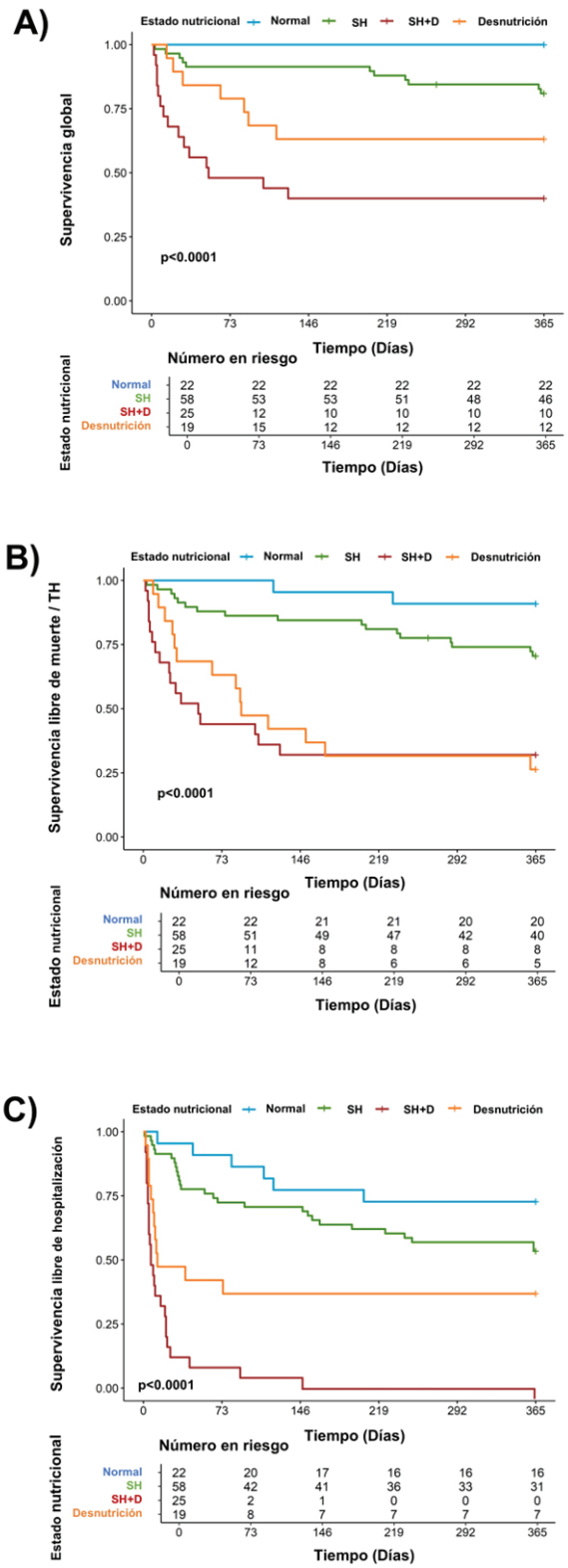
Introducción: La sobrecarga hídrica y la desnutrición coexisten frecuentemente en la cirrosis y ambas se asocian con inflamación sistémica y desenlaces adversos; sin embargo, suelen evaluarse como complicaciones separadas. El análisis vectorial de impedancia bioeléctrica (BIVA) permite valorar simultáneamente el estado nutricional y de hidratación. Se desconoce si la coexistencia de ambas alteraciones identifica un fenotipo clínicamente distinto, asociado con mayor inflamación sistémica y peores desenlaces clínicos.

Objetivo: Evaluar si la coexistencia de sobrecarga hídrica y desnutrición, definida mediante BIVA, identifica a un fenotipo asociado con mayor inflamación sistémica y peores desenlaces clínicos a 12 meses en pacientes con cirrosis.

Material y métodos: Se realizó una cohorte prospectiva de 124 pacientes con cirrosis, seguidos durante 12 meses. El estado nutricional y de hidratación se evaluó mediante BIVA, y los pacientes se clasificaron en cuatro fenotipos: normal, sobrecarga hídrica (SH), sobrecarga hídrica más desnutrición (SH+D) y desnutrición. La gravedad de la enfermedad hepática se evaluó mediante las escalas de Child-Pugh y MELD-Na. Al inicio, la galectina-3 sérica se midió mediante ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) y el índice neutrófilos/linfocitos (NLR) se calculó a partir de la biometría hemática, como marcadores de inflamación sistémica. La capacidad discriminatoria de la galectina-3, el NLR y su modelo combinado para identificar el fenotipo SH+D se evaluó con curvas ROC. La supervivencia global, la supervivencia libre de muerte o trasplante hepático (TH) y la supervivencia libre de hospitalización se estimaron mediante Kaplan-Meier y se compararon entre fenotipos con la prueba de *log-rank*.

Resultados: Se incluyó a 124 pacientes con cirrosis, con una mediana de edad de 53 años (RIC, 47–60), de los cuales 75 (60,48%) fueron mujeres. Las etiologías más frecuentes fueron la hepatitis viral y la enfermedad hepática autoinmune (24,19% cada una), seguidas de la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (16,93%) y la enfermedad hepática relacionada con el alcohol (16,13%). Mediante BIVA, los pacientes se clasificaron en cuatro fenotipos nutricionales y de hidratación: normal (n = 22; 17,74%), sobrecarga hídrica (SH; n = 58; 46,77%), sobrecarga hídrica más desnutrición (SH + D; n = 25; 20,16%) y desnutrición (n = 19; 15,32%). El grupo SH + D mostró mayor gravedad de la enfermedad hepática, con 72% de los pacientes en clase C de Child-Pugh y el MELD-Na más alto (26 [18–30]), así como valores significativamente menores de ángulo de fase, grosor del pliegue tricipital y circunferencia muscular del brazo que los grupos normal y con SH aislada. Este fenotipo también mostró los niveles más elevados de galectina-3 (25,35 [20,08–39,87] ng/mL) y NLR (11,15 [5,85–18,27]) en comparación con los demás grupos (p < 0,001). La galectina-3 y el NLR discriminaron el fenotipo SH + D con AUC de 0,772 y 0,880, respectivamente, mientras que el modelo combinado alcanzó un AUC de 0,893 (IC95%, 0,831–0,954). A los 12 meses, el grupo SH + D presentó la menor supervivencia global, la menor supervivencia libre de muerte o TH y la menor supervivencia libre de hospitalización (*log-rank* p < 0,001 en los tres análisis) (**Figura 1**).

Figura 1. Desenlaces clínicos a 365 días según el estado nutricional. Curvas de Kaplan-Meier de: A) supervivencia global; B) supervivencia libre de muerte o trasplante hepático; y C) supervivencia libre de hospitalización. Los pacientes se clasificaron en estado normal, sobrecarga hídrica (SH), sobrecarga hídrica más desnutrición (SH + D) o desnutrición. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba de *log-rank*. Las tablas muestran el número de pacientes en riesgo. (**Mar337**)



Asimismo, los pacientes que fallecieron tuvieron mayores concentraciones basales de galectina-3 (23,54 *vs*. 18,61 ng/mL; p < 0,001) y valores de NLR más altos (8,29 *vs*. 2,37; p < 0,0001) que los supervivientes.
Conclusiones: La coexistencia de sobrecarga hídrica y desnutrición, evaluada mediante BIVA, identifica un fenotipo clínico de alto riesgo en la cirrosis, asociado con mayor inflamación sistémica y peores desenlaces clínicos a 12 meses.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar338

LOS CAMBIOS DINÁMICOS EN MELD-Na, MELD 3.0 Y CLIF-OF PREDICEN LA SUPERVIVENCIA POSTRASPLANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA

F. Rodríguez-Álvarez, E. J. Medina-Ávalos, D. Rodríguez-Álvarez, M. Martínez-Castillo, G. Gutiérrez-Reyes, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-La-Tijera, J. Colmenero, G. Castro-Narro, Grupo Colaborativo: Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF) se asocia con una elevada mortalidad a corto plazo. Aunque MELD, MELD-Na, MELD 3.0 y CLIF-OF se utilizan para evaluar la gravedad y priorizar el trasplante hepático, se desconoce el valor pronóstico de los cambios dinámicos de estas escalas en los días previos al trasplante.
Objetivo: Evaluar el efecto de los cambios dinámicos de ΔCLIF-OF, ΔMELD, ΔMELD-Na, ΔMELD-Lactato y ΔMELD 3.0 entre el diagnóstico de ACLF y la evaluación pretrasplante sobre la supervivencia postrasplante, así como comparar su capacidad predictiva para mortalidad a 1, 3 y 6 meses.
Material y métodos: Estudio bicéntrico ambispectivo realizado en los servicios de gastroenterología y hepatología del INCMNSZ y el HGM que incluyó a pacientes con ACLF sometidos a trasplante hepático entre enero de 2015 y diciembre de 2024. Se incluyó a 121 pacientes. Se evaluaron los cambios dinámicos de ΔCLIF-OF, ΔMELD, ΔMELD-Na, ΔMELD-lactato y ΔMELD 3.0 entre el diagnóstico de ACLF y la evaluación pretrasplante. Los pacientes se clasificaron en mejoría, estabilidad o deterioro según la variación observada en cada escala. La supervivencia postrasplante se analizó mediante curvas de Kaplan-Meier y prueba de *log-rank*. Se realizaron curvas ROC para predecir mortalidad postrasplante a 1, 3 y 6 meses.
Resultados: Se incluyó a 121 pacientes con ACLF sometidos a trasplante hepático. La mediana de tiempo entre el diagnóstico de ACLF y el trasplante fue de 5 días. Los pacientes con mejoría de ΔMELD-Na presentaron una supervivencia significativamente superior respecto de los grupos estable y deterioro (*log-rank* x^2 = 15,861; p < 0,001). De manera similar, ΔMELD 3.0 discriminó adecuadamente a grupos con diferente pronóstico postrasplante (*log-rank* x^2 = 14,369; p < 0,001). ΔMELD-Lactato mostró una tendencia hacia peor supervivencia en pacientes con deterioro clínico, sin alcanzar significación estadística (p = 0,059).
En el análisis ROC para mortalidad al mes, ΔMELD-Na mostró la mayor capacidad discriminativa (AUC = 0,641; IC95%, 0,539–0,742; p = 0,007). A los tres meses, todas las escalas presentaron un rendimiento similar (AUC = 0,604–0,617). Para mortalidad a seis meses, ΔCLIF-OF tuvo el mejor desempeño predictivo (AUC = 0,629; IC95%, 0,524–0,733; p = 0,016).
Conclusiones: Los cambios dinámicos pretrasplante de ΔMELD-Na y ΔMELD 3.0 identifican a receptores con diferente riesgo de mortalidad postrasplante, mientras que ΔCLIF-OF mostró el mejor rendimiento para predecir mortalidad a seis meses. La evaluación dinámica del ACLF aporta información pronóstica adicional para la selección de candidatos a trasplante hepático.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Revista de Gastroenterología de México 2026;**91(Supl 1):**230-240

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx

Sesión de trabajos libres en cartel

Martes 24 de noviembre de 2026

INTESTINO DELGADO Y COLON

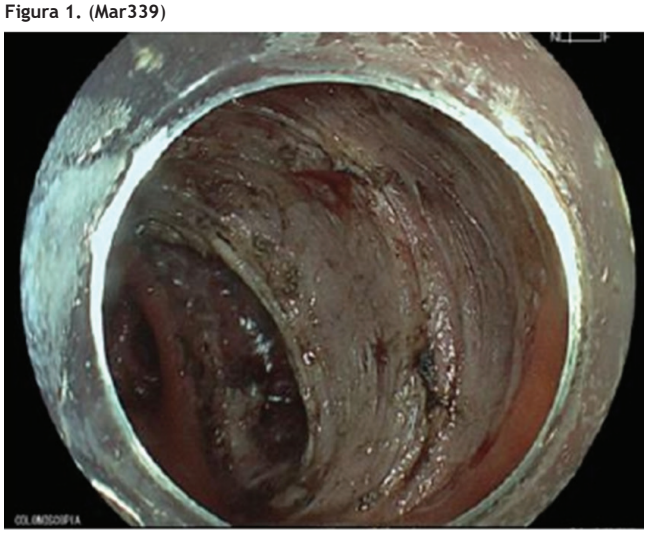
Mar339

SUTURA ENDOSCÓPICA CON SISTEMA OVERSTITCH™ PARA EL CIERRE DE DEFECTOS RECTALES COMPLEJOS TRAS DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA: PRIMERA EXPERIENCIA EN EL NOROESTE DE MÉXICO

M. S. Cuevas-Maldonado, R. Plomozo-Román, O. D. Castro-Rodríguez, M. González-Villarreal, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California

Introducción: La disección endoscópica de la submucosa (DES) es una técnica de avanzada que permite resecar en bloque lesiones mayores de 20 mm con riesgo de neoplasia; estos defectos de gran tamaño elevan el riesgo de sangrado diferido y perforación, especialmente en lesiones con fibrosis considerable. El cierre del defecto mediante sistemas de sutura endoscópica como OverStitch™ surge como una alternativa eficaz para prevenir complicaciones posteriores al procedimiento.
Objetivo: Describir la factibilidad y la eficacia técnica del cierre completo mediante sutura endoscópica tras DES de lesiones rectales complejas.
Reporte de casos: Caso 1: paciente femenino de 62 años, con defecto en recto a 7 cm del margen anal. LST-G mixta, París IIa + Is, JNET 2B. Tras DES (DualKnife™ J) presentó defecto mural profundo de 10 mm (Sídney III), manejado con cierre primario mediante endosutura continua horizontal (OverStitch™) (**Figura 1**). Caso 2: paciente masculino de 65 años, con recto a 10 cm del margen anal. Lesión de 30 mm, París IIa, Kudo IIIL, JNET 2A con fibrosis submucosa. Tras DES en bloque (DualKnife™ J + tracción con clip-banda) presentó defecto muscular de 43 mm (Sídney II), cerrado en su totalidad con endosutura continua oral-anal (OverStitch™). Caso 3: paciente masculino de 51 años, con recto inferior a 5 mm del margen anal. Lesión sésil de 13 mm, París Is, Kudo IV-V, JNET 2B-3. Se realizó DES con HybridKnife™, que produjo solución de continuidad de 7 mm con exposición de grasa mesorrectal (Sídney V) y cierre de espesor completo con OverStitch™.
Discusión: En esta serie, el uso del sistema OverStitch™ permitió la aproximación completa de los bordes mucosos mediante un patrón continuo en defectos hasta de 43 mm y una evolución clínica favorable, caracterizada por sintomatología posprocedimiento leve, sin eventos adversos como fiebre y con adecuado control del dolor, tenesmo y prurito, y egreso a domicilio en las primeras 24 horas. Es importante destacar que estos resultados se observaron a pesar de tratarse de defectos de tamaño considerable, los cuales habitualmente representan un mayor reto técnico para el cierre endoscópico. Una posible explicación es que la sutura endoscópica permite distribuir la tensión de manera homogénea sobre todo el defecto, lo que evita múltiples puntos de tracción focal. Además, la restitución más completa de la continuidad mucosa podría disminuir la exposición del lecho de resección al contenido fecal y reducir la respuesta inflamatoria local, factores que potencialmente contribuyen a una mejor recuperación clínica y una menor sintomatología posterior, ya que actúa como una barrera protectora efectiva frente a la peritonitis química o bacteriana.
Conclusiones: En esta serie corta de casos, primera en México, el cierre mediante sutura endoscópica demostró ser una técnica factible y segura que permite el cierre completo del defecto y preserva la calidad de la resección. Los pacientes presentaron una evolución clínica favorable, con baja intensidad de dolor, tenesmo y prurito durante el seguimiento inmediato, incluso en defectos de mayor tamaño.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. (Mar339)



0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A.

Mar340

¿CÁNCER COLORRECTAL MÁS TEMPRANO Y MÁS DISTAL? ANÁLISIS DE EDAD AL DIAGNÓSTICO Y LOCALIZACIÓN ANATÓMICA EN UN HOSPITAL PRIVADO DEL NORESTE DE MÉXICO, 2015-2026

C. E. Calvache-Benavides, O. B. Medina-Macías, H. Treviño-Gaitán, A. Casillas-Romo, O. E. Sánchez-Dávila, M. A. Paz-González, O. Zavala-Sánchez, Christus Muguerza Alta Especialidad

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias del tracto digestivo de mayor incidencia y mortalidad. En las últimas décadas se ha descrito a nivel mundial un incremento del CCR de inicio temprano (menores de 50 años) y cambios en la distribución anatómica del tumor, con mayor proporción de lesiones distales. Se desconoce si estas tendencias se reproducen en la población mexicana.
Objetivo: Comparar la edad de diagnóstico y la localización anatómica del CCR entre dos periodos (2015-2020 y 2021-2026) en un hospital privado de alta especialidad del noreste de México, bajo la hipótesis de un diagnóstico en edades más tempranas en años recientes.
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Se incluyó a pacientes con diagnóstico histopatológico de CCR atendidos entre 2015 y 2026. Se registraron sexo, edad, año y periodo de diagnóstico, localización anatómica, grado y tipo histológico, además de agrupar a los pacientes en dos periodos: 2015-2020 y 2021-2026. La normalidad se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables continuas se compararon con t de Student y las categóricas con x^2; la edad según la localización con ANOVA de un factor y *post hoc* de Tukey, y la tendencia temporal con correlación de Spearman. Se consideró significativo un valor p < 0,05. El análisis estadístico se efectuó en SPSS v27.
Resultados: Se analizó a 268 pacientes, 160 hombres (59,7%) y 108 mujeres (40,3%); 117 (43,7%) del periodo 2015-2020 y 151 (56,3%) de 2021-2026. La edad media global fue 61,7 años (DE, 14,2; rango, 22-99) y el 21,0% tenía menos de 50 años. No hubo diferencia en la edad media entre periodos (61,8 *vs.* 61,6 años; p = 0,941) ni en la proporción de casos menores de 50 años (21,5% *vs.* 19,9%; p = 0,881), y no se observó tendencia a edades más tempranas a lo largo de los años (Rho = -0,023; p = 0,709). La localización más frecuente fue el sigmoides (33,6%), seguida del colon ascendente (20,9%) y el recto (16,4%); la distribución por región no difirió de forma significativa entre periodos (p = 0,061), aunque la proporción de tumores rectales aumentó de 9,8% a 21,1%. Predominó el adenocarcinoma convencional (87,3%) moderadamente diferenciado (84,8%), sin diferencias entre periodos. La edad varió de forma significativa según la localización anatómica (ANOVA p < 0,001), y osciló entre 57,2 años en el colon descendente y 71,5 años en el ángulo hepático; el análisis *post hoc* de Tukey mostró que los tumores distales (colon descendente, sigmoides y recto) afectaron a pacientes significativamente más jóvenes que los proximales (ciego y colon transverso) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Distribución de hallazgos clínico-patológicos de pacientes con cáncer colorrectal (n = 268): comparación 2015-2020 *vs.* 2021-2026. (**Mar340**)

Característica	Periodo 2015-2020 (n = 117)	Periodo 2021-2026 (n = 151)
Total de pacientes	**117 (100,0%)**	**151 (100,0%)**
Sexo		
Femenino	47 (40,2%)	61 (40,4%)
Masculino	70 (59,8%)	90 (59,6%)
Edad		
Edad promedio ± DE	61,8 ± 14,1	61,6 ± 14,4
Rango de edad (mín - máx)	25 - 91	22 - 99
Localización anatómica		
Ciego	7 (6,0%)	16 (10,6%)
Ascendente	25 (21,4%)	26 (17,2%)
Ángulo hepático	2 (1,7%)	4 (2,6%)
Colon transverso	10 (8,5%)	6 (4,0%)
Ángulo esplénico	1 (0,9%)	1 (0,7%)
Descendente	11 (9,4%)	13 (8,6%)
Sigmoides	36 (30,8%)	46 (30,5%)
Recto	10 (8,5%)	30 (19,9%)
No especificada	15 (12,8%)	9 (6,0%)
Grado histológico		
Bien diferenciado	13 (11,1%)	13 (8,6%)
Moderadamente diferenciado	90 (76,9%)	116 (76,8%)
Poco diferenciado	6 (5,1%)	5 (3,3%)
No especificado	8 (6,8%)	17 (11,3%)
Tipo histológico		
Carcinoma *in situ*	0 (0,0%)	1 (0,7%)
Adeno usual/convencional	97 (82,9%)	136 (90,1%)
Adenocarcinoma + cél. en anillo de sello	2 (1,7%)	3 (2,0%)
Mucinoso	18 (15,4%)	9 (6,0%)
Mixto	0 (0,0%)	1 (0,7%)
No especificado	0 (0,0%)	1 (0,7%)

DE, desviación estándar. Los porcentajes se calcularon sobre el total de pacientes por grupo. Los valores de 'No especificado' se incluyen para reflejar la totalidad de la muestra recolectada.

Conclusiones: En esta población del noreste de México, la edad media de diagnóstico del CCR se mantuvo estable entre 2015 y 2026 y no se observó un diagnóstico en edades más tempranas en años recientes, con una proporción constante de casos de inicio temprano. La distribución anatómica no cambió de forma significativa, aunque se observó una tendencia al incremento de tumores rectales. El hallazgo más consistente fue el gradiente de edad según la localización: los tumores proximales afectaron a pacientes de mayor edad. Estos resultados respaldan mantener las estrategias de tamizaje vigentes y justifican estudios prospectivos con mayor tamaño muestral.
Financiamiento: Este trabajo no contó con financiamiento de ningún tipo.

Mar341

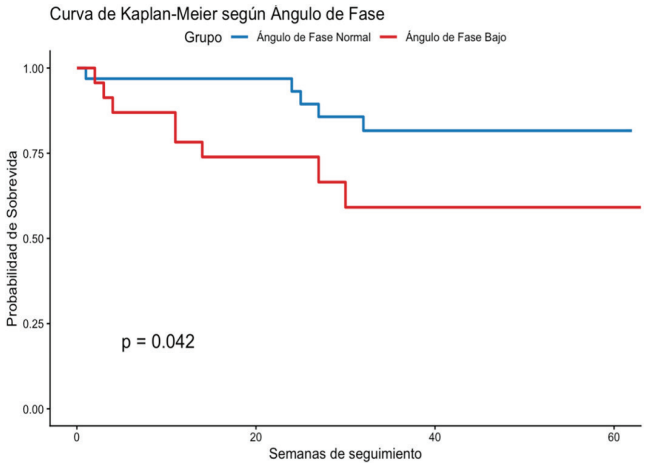
ASOCIACIÓN DE LA SOBREVIDA Y EL ÁNGULO DE FASE EN PACIENTES DE CÁNCER COLORRECTAL DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

M. A. Santoyo-Chávez, R. Baños-Vázquez, S. Yarza-Regalado, I. Pedroza-Pacheco, J. L. De-León-Rendón, N. Bueno-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más prevalentes y una de las principales causas de mortalidad a nivel global. La evaluación nutricional y de composición corporal en oncología es crucial, ya que la desnutrición afecta negativamente la tolerancia al tratamiento y la supervivencia. El análisis de impedancia bioeléctrica (BIA) es una técnica no invasiva que calcula el ángulo de fase (AF) a partir de la reactancia y la resistencia, lo cual refleja la integridad celular y el estado de hidratación. El AF ha emergido como un excelente indicador pronóstico en pacientes con cáncer. Las revisiones sistemáticas confirman que un AF bajo se asocia de forma independiente con una menor sobrevida global en diversas neoplasias. Específicamente en el CCR avanzado se ha reportado que un AF ≤ 5,57° predice una supervivencia mediana significativamente menor, lo que demuestra su utilidad como factor pronóstico independiente de las variables clínicas y nutricionales.
Objetivo: Evaluar la asociación entre el ángulo de fase medido por BIA y la sobrevida global en pacientes con cáncer colorrectal de reciente diagnóstico.
Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte, analítico y longitudinal en 55 pacientes de ambos sexos, con diagnóstico recientemente confirmado de CCR. Se realizaron mediciones antropométricas y de BIA para determinar el AF y se registraron la edad, el sexo y el estadio clínico. Adicionalmente se realizó un seguimiento periódico para cuantificar las semanas de sobrevida. Las curvas de supervivencia se estimaron mediante el método de Kaplan-Meier y se compararon con la prueba de *log-rank* según los puntos de corte de AF bajo (≤ 5,57°) y AF normal (> 5,57°).

Resultados: Se evaluó a 55 pacientes en el estudio, con una edad promedio de 55,51 ± 12,04 años, una representación femenina del 27,3%, un peso de 66,6 ± 14 kg, una talla de 1,64 ± 0,1 m e IMC de 24,70 ± 4,66 kg/m². En la bioimpedancia eléctrica se registró una resistencia media de 534,34 ± 112,93 Ω, una reactancia de 51,81 ± 23,02 Ω y un AF basal de 5,34 ± 1,63°. Respecto de la gravedad, se distribuyeron principalmente en estadios IV (40,0%) y III (38,2%), seguidos del estadio II (9,1%), el estadio I (1,8%) y el 10,9% sin especificar. Al estratificar la muestra, el 43,6% mostró un AF bajo y el 56,4% un AF normal. En la **Figura 1** se observa el análisis de sobrevida mediante curvas de Kaplan-Meier y se demostró que el grupo con AF bajo presentó una probabilidad de sobrevida significativamente menor durante las 60 semanas de seguimiento en comparación con el grupo con AF normal (p = 0.042, prueba de *log-rank*), con defunciones más tempranas en los pacientes con AF bajo.
Conclusiones: Un AF bajo se asoció significativamente con una menor probabilidad de sobrevida y una aparición más temprana de defunciones. Estos hallazgos sugieren que el AF obtenido mediante BIA funciona como un indicador pronóstico objetivo y de gran utilidad clínica para la estratificación del riesgo y el seguimiento a largo plazo en pacientes con CCR de reciente diagnóstico.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Curva de sobrevida por ángulo de fase. (**Mar341**)



Mar342

CÁNCER COLORRECTAL DE INICIO TEMPRANO: DESAFIANDO EL PARADIGMA DE SUS FACTORES ASOCIADOS

M. J. Muñoz-Jiménez, E. C. Morel-Cerda, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, L. F. Gutiérrez-Sánchez, D. Lagos-Prieto, R. Corona-Prieto, S. García-Jiménez, J. M. Aldana-Ledesma, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) en pacientes menores de 50 años (*early-onset colorectal cancer*) ha mostrado un incremento preocupante a nivel mundial en las últimas décadas. A diferencia del CCR clásico en adultos mayores, se ha postulado que las variantes de inicio temprano podrían presentar características clínicas, factores de riesgo y vías biológicas distintas. Sin embargo, el peso de los factores de riesgo modificables (estilo de vida) y los antecedentes heredofamiliares en la diferenciación de ambas poblaciones aún son objeto de debate.
Objetivo: Comparar la prevalencia de factores de riesgo clásicos y antecedentes heredofamiliares oncológicos entre pacientes con cáncer colorrectal < 50 años y ≥ 50 años.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico histopatológico de cáncer de colon o recto que proporcionaron su consentimiento. Se excluyó a los pacientes con resultados histopatológicos no concluyentes. La población se dividió en dos grupos según la edad al momento del diagnóstico: < 50 años (inicio temprano) y ≥ 50 años (inicio tardío). Se recopilaron variables demográficas, comorbilidades, índice de masa corporal (obesidad), hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas) y antecedentes familiares (cáncer general y CCR). El análisis estadístico se realizó mediante la prueba exacta de Fisher debido al tamaño de la muestra. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa si p < 0,05.
Resultados: Se analizó a un total de 40 pacientes diagnosticados entre abril del 2021 y junio del 2026, de los cuales 11 (27,5%) correspondieron al grupo de menores de 50 años y 29 (72,5%) al grupo de 50 años o mayores. Se encontró obesidad en 18,1% (2/11) contra 0% (0/29) (p = 0,071); tabaquismo en 45,4% (5/11) frente a 41,3% (12/29) (p = 1,000); alcoholismo en 36,3% (4/11) contra 48,2% (14/29) (p = 0,723); consumo de drogas en 9,0% (1/11) frente a 3,4% (1/29) (p = 0,479); antecedentes familiares de cualquier cáncer en 54,5% (6/11) contra 31,0% (9/29) (p = 0,273); y antecedente familiar de CCR en 18,1% (2/11) frente a 10,3% (3/29) (p = 0,603). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas, incluida la distribución general de comorbilidades asociadas entre ambos grupos (p = 0,374). Debido al limitado tamaño de la muestra (n = 40), se realizó un análisis de proyección estadística para evaluar el efecto del poder muestral sobre la tendencia observada en la variable obesidad. Al mantener las proporciones exactas actuales (18,1% *vs.* 0%), un incremento teórico de la cohorte a un n = 120 otorgaría el poder estadístico suficiente para alcanzar una diferencia significativa (p = 0,002). Esto demuestra que la ausencia de significancia actual puede ser dependiente del tamaño muestral.
Conclusiones: En la muestra estudiada, los factores de riesgo modificables y la carga heredofamiliar no difirieron de manera significativa entre los pacientes con cáncer colorrectal temprano y tardío. Aunque se observa una tendencia clínica hacia una mayor proporción de obesidad y antecedente de cáncer familiar en el grupo de inicio temprano, estos hallazgos sugieren que, estadísticamente, ambos grupos comparten una exposición similar a los factores evaluados. Es necesario ampliar el tamaño de la muestra e incorporar biomarcadores moleculares para esclarecer si existen determinantes biológicos independientes de los factores de riesgo comunes en esta población joven.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar343

DISTRIBUCIÓN SUBNACIONAL DE AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR CÁNCER COLORRECTAL EN MÉXICO, 2023: ANÁLISIS DE 32 ENTIDADES FEDERATIVAS Y CORRELACIÓN CON EL ÍNDICE DE DESARROLLO SOCIOECONÓMICO

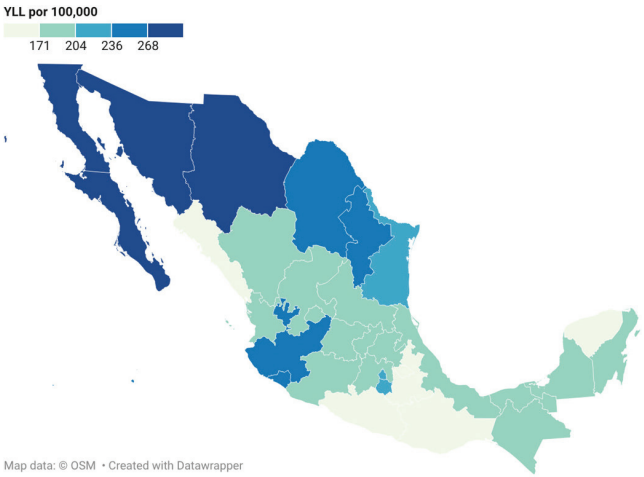
M. F. Pasos-Lara, F. J. Avilés-Murguía, Universidad Marista de Mérida

Introducción: El cáncer colorrectal duplicará su incidencia en México en 2050, con una distribución desigual en la que los estados de menor desarrollo socioeconómico registran hasta 13% más mortalidad. Los análisis disponibles han evaluado la mortalidad bruta, sin visibilizar cómo varía la pérdida de vida prematura por entidad federativa. Los años de vida perdidos (YLL, *years of life lost*) capturan ese costo con mayor precisión, especialmente en una enfermedad en la que más del 90% de su carga corresponde a muertes en edad productiva.
Objetivo: Describir la distribución subnacional de las tasas de YLL por cáncer colorrectal en las 32 entidades federativas de México en 2023 y analizar su correlación con el índice de desarrollo socioeconómico (SDI) estatal.
Material y métodos: Estudio ecológico transversal. Se obtuvieron tasas de YLL estandarizadas por edad para cáncer de colon y recto (ambos sexos, 2023) del *Global burden of disease 2023* (GBD 2023, IHME) para las 32 entidades federativas de México, con sus IC95%. Con estos valores se elaboró un mapa coroplético en Datawrapper. Los valores del SDI estatal para 2023 se obtuvieron del mismo repositorio y se emparejaron con las tasas de YLL por entidad. La correlación entre SDI y YLL se analizó mediante el coeficiente de Spearman. Los análisis se realizaron en R (versión 4.6.0) y se reportaron un valor p e IC95%.
Resultados: Las tasas de YLL por cáncer colorrectal en 2023 variaron de 138,7 (Oaxaca) a 300,8 (Baja California) por 100 000 habitantes, con mayor carga en los estados del norte (**Figura 1**). La correlación entre SDI y YLL fue positiva (Spearman ρ = 0,56; p < 0,001; IC95%, 0,28–0,75).
Conclusiones: Existe heterogeneidad subnacional en la carga de CCR en México, con mayor mortalidad prematura en el norte y tasas más bajas en el sur. La correlación positiva con el SDI apunta a que el desarrollo socioeconómico influye en esta distribución, aunque determinar si responde a mayor

detección, cambios en la dieta o la transición epidemiológica requiere estudios con otro diseño.
Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Tasa de YLL por cáncer colorrectal, México 2023. (**Mar343**)

Tasa estandarizada por edad por 100,000 habitantes, población general. Fuente: GBD 2023, IHME.



Elaboración propia. Fuente: GBD 2023, IHME.

Mar344

MÁS ALLÁ DEL ÍLEON TERMINAL: ALTA FRECUENCIA DE AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL ALTA SUGESTIVA DE ENFERMEDAD DE CROHN EN ENTERORRESONANCIA

A. D. J. Vargas-Monzalvo, B. P. Rivas-Gallardo, A. Ángeles-Labra, A. Garcés-Alanís, D. Jiménez-García, K. Montes-Salcedo, Hospital Ángeles Metropolitano

Introducción: La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria crónica, transmural y segmentaria, con distribución clásica ileocólica. La afectación gastrointestinal alta (estómago, duodeno y yeyuno) es menos habitual y puede subestimarse si la revisión de la enterorresonancia no es sistemática. La resonancia magnética permite valorar extensión, actividad, fenotipo y complicaciones sin radiación ionizante.
Objetivo: Determinar la frecuencia de hallazgos sugestivos de enfermedad de Crohn por enterorresonancia y describir la afectación gastrointestinal alta en una cohorte de un centro de referencia.
Material y métodos: Estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo. Se analizaron 50 expedientes de pacientes sometidos a resonancia magnética de abdomen o enterorresonancia por sospecha, control o caracterización de enfermedad inflamatoria intestinal. Se registraron sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, Crohn sugerido por imagen, actividad, fenotipo, segmentos afectados, engrosamiento y realce mural, restricción a la difusión, edema, estenosis o seudoestenosis, fístula, dilatación preestenótica, signo del peine, adenopatías mesentéricas y cirugía previa. Se definió afectación gastrointestinal alta como compromiso gástrico, duodenal o yeyunal identificado por resonancia. Se realizó estadística descriptiva.
Resultados: Se incluyeron 50 casos. La resonancia sugirió enfermedad inflamatoria intestinal en 42/50 casos (84,0%) y enfermedad de Crohn en 38/50 (76,0%). La enfermedad activa por resonancia se documentó en 32/50 casos (64,0%) y en 27/38 pacientes con Crohn sugerido (71,1%). La distribución segmentaria mostró predominio yeyunal en 33/50 casos (66,0%), seguida de afección ileal en 29/50 (58,0%), colónica en 25/50 (50,0%), válvula ileocecal en 22/50 (44,0%), recto/canal anal en 22/50 (44,0%), gástrica en 21/50 (42,0%), íleon terminal en 20/50 (40,0%) y duodenal en 14/50 (28,0%). Dentro del subgrupo con Crohn sugerido por resonancia, 34/38 casos (89,5%) presentaron afectación digestiva alta y 17/38 (44,7%) tuvieron compromiso combinado gástrico-yeyunal. El fenotipo más frecuente fue inflamatorio en 24/50 casos, seguido de inflamatorio con componente estenosante/fibroestenótico en 11/50 e inflamatorio-estenosante-fistulizante en 4/50. Los hallazgos predominantes fueron engrosamiento mural en 48/50 (96,0%), adenopatías mesentéricas en 37/50 (74,0%), realce mural aumentado en 36/50 (72,0%), restricción a la difusión en 27/50 (54,0%), edema mural en 22/50 (44,0%), distensibilidad disminuida en 20/50 (40,0%), estenosis/pseudoestenosis en 16/50 (32,0%) y fístula en 5/50 (10,0%). El grosor mural máximo promedio fue 9,36 mm, con máximo de 18 mm. Treinta y siete pacientes (74,0%) mostraron afectación multisegmentaria de tres o más segmentos.
Conclusiones: En esta cohorte seleccionada, la enterorresonancia mostró una alta frecuencia de hallazgos sugestivos de Crohn y una distribución inusualmente elevada de afectación gastrointestinal alta, particularmente yeyunal y gástrico-yeyunal. La revisión intencionada de estómago, duodeno y yeyuno puede mejorar la caracterización de la extensión y el fenotipo. El tamaño muestral, el diseño retrospectivo y la escasa correlación endoscópica/histológica limitan la generalización; se requieren estudios prospectivos de validación.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar345

CUANDO EL INTESTINO NO DA LA PISTA: MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE LA ENFERMEDAD CELIACA

K. G. Barroso-Pineda, L. Cantorán-Ramírez, C. Morales-Limón, R. A. Cruz-Nieves, M. López-Sánchez, A. Ramírez-Anzaldo, D. A. Olivares-González, J. L. Acosta-Pineda, UMAE Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La enfermedad celiaca es una enfermedad autoinmune desencadenada por las gliadinas del trigo. En México tiene una prevalencia del 0,7%. Hasta la mitad de los pacientes presenta manifestaciones extraintestinales, como anemia, osteoporosis o alteraciones dermatológicas, que pueden preceder a los síntomas digestivos y retrasar el diagnóstico. Reconocer estas formas de presentación es fundamental para iniciar un tratamiento oportuno.
Objetivo: Presentar tres casos de enfermedad celiaca con diferentes manifestaciones extraintestinales.
Reporte de casos: Caso 1: paciente femenino de 31 años con antecedente de hipotiroidismo que inicia con diarrea crónica, distensión abdominal y pérdida ponderal. Durante el abordaje se solicitaron pruebas serológicas para enfermedad celiaca, las cuales resultaron positivas; la histopatología reveló atrofia de vellosidades duodenales y linfocitosis intraepitelial. Estudio bioquímico: anemia; se solicitó cinética de hierro y se reportaron resultados de ferropenia, además de deficiencia de vitamina D. Se indicó dieta libre de gluten y suplementación con hierro. Caso 2: paciente masculino de 69 años en abordaje por hipertransaminasemia acompañada de diarrea crónica y distensión abdominal. Durante el abordaje se detectaron anticuerpos antitransglutaminasa positivos y se realizó endoscopia que señaló linfocitosis intraepitelial y atrofia moderada de vellosidades. Además, el paciente presentó anemia macrocítica y para continuar con el abordaje se solicitó vitamina B_{12}, que se encontró disminuida. Se inició dieta libre de gluten y suplementación con vitamina B_{12}. Caso 3: paciente femenino de 61 años con antecedente de hipotiroidismo que inició con lesiones dérmicas pruriginosas en la espalda, constituidas por pápulas y pequeñas vesículas; la valoración identificó excoriaciones secundarias al rascado. Posteriormente se agregó diarrea y pérdida ponderal. La endoscopia mostró duodenitis crónica y la biopsia duodenal documentó linfocitosis intraepitelial y atrofia vellosa tipo Marsh 3A. Se diagnosticó enfermedad celiaca con probable dermatitis herpetiforme y se indicó dieta libre de gluten.
Discusión: La enfermedad celiaca tiene una prevalencia de 0,7% y es mayor en pacientes con enfermedades autoinmunes concomitantes; es efecto de la exposición al gluten en individuos con predisposición genética. Los datos clínicos son diarrea, esteatorrea, dolor abdominal y pérdida de peso; en otros casos, las manifestaciones extraintestinales pueden predominar sobre los síntomas digestivos y retrasar el diagnóstico. Los tres casos presentados ilustran diferentes formas de expresión clínica: anemia ferropénica y deficiencia de vitamina D; hipertransaminasemia, anemia por deficiencia de vitamina B_{12}; y dermatitis herpetiforme. Hasta el 62% de los pacientes presenta manifestaciones extraintestinales que probablemente se asocian a mimetismo molecular. Otras manifestaciones extraintestinales incluyen cefalea en 26%, neuropatía periférica, trastornos de ansiedad y dermatitis herpetiforme en 4%. Estos casos resaltan la importancia de considerar la enfermedad celiaca en pacientes con anemia inexplicada, alteraciones hepáticas persistentes, neuropatía periférica o dermatitis herpetiforme, aun

en presencia de síntomas gastrointestinales leves o inespecíficos, con el fin de evitar retrasos diagnósticos.
Conclusiones: La heterogeneidad clínica de la enfermedad celiaca exige considerar el diagnóstico más allá de la diarrea crónica. La presencia de anemia inexplicada, deficiencias de micronutrientes, hipertransaminasemia o dermatitis herpetiforme debe motivar un abordaje dirigido, especialmente en pacientes con enfermedades autoinmunes. El diagnóstico temprano e institución de una dieta libre de gluten son fundamentales para prevenir complicaciones.
Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar346

USO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA MUCOSA (*ENDOCUFF VISION* Y *AMPLIFEYE*) Y SU ASOCIACIÓN CON LA DETECCIÓN DE PÓLIPOS COLORRECTALES: MÁS ALLÁ DE LA TASA GLOBAL DE DETECCIÓN DE ADENOMAS

R. Plomozo-Román, M. S. Cuevas-Maldonado, O. D. Castro-Rodríguez, M. González-Villarreal, F. A. Félix-Tellez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: La tasa de detección de adenomas (ADR) ha sido el indicador de calidad por excelencia durante las colonoscopias, que vincula una reducción drástica de la incidencia de cáncer colorrectal y la mortalidad a largo plazo. Se han desarrollado dispositivos de asistencia acoplados al extremo distal del colonoscopio que mejoran la ADR, entre ellos el *Endocuff Vision* y el *AmplifEYE*. No obstante, la ADR representa una medida global que no permite determinar las características de las lesiones detectadas.
Objetivo: Comparar el patrón de detección de pólipos colorrectales entre *Endocuff Vision* y *AmplifEYE* y evaluar la localización, el tamaño y el subtipo de las lesiones detectadas durante la colonoscopia diagnóstica.
Material y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal de pacientes en los que se realizaron colonoscopias con técnica de inmersión como parte de un programa de tamizaje de cáncer colorrectal entre diciembre de 2025 y mayo de 2026 en el noroeste de México. Se recabaron datos sociodemográficos, clínicos y endoscópicos de los pacientes. Todos los estudios se realizaron con *EndoCuff Vision* y *AmplifEYE*. Se realizó un análisis comparativo entre ambos dispositivos utilizando x^2 para las variables dicotómicas, así como t de Student o U de Mann-Whitney para las variables continuas, según fueran su distribución y su cedasticidad.
Resultados: Se incluyó a 121 pacientes, de los cuales 80 (66,1%) se evaluaron con *Endocuff Vision* y 41 (33,9%) con *AmplifEYE*. El tiempo de inserción menor de 5 minutos fue más frecuente con *AmplifEYE* que con *Endocuff Vision* (43,9% *vs.* 26,3%; p = 0,049), sin diferencias en los tiempos de inserción mayores a 5 min. Tampoco hubo diferencias en el tiempo de intubación ileal < 1 minuto (90,2% *vs.* 82,5%; p = 0,257), así como en el tiempo de retirada > 10 minutos (97,6% *vs.* 100%; p = 0,161). La tasa de detección de pólipos fue similar entre ambos dispositivos (82,5% *vs.* 87,8% p = 0,448), al igual que la detección de adenomas (63,8% *vs.* 58,5%; p = 0,576) y de pólipos serrados proximales (20,0% *vs.* 29,3%; p = 0,253). No se observaron diferencias en la morfología de las lesiones; sésiles (21,3% *vs.* 19,5%; p = 0,747), planos (18,8% *vs.* 26,8%; p = 0,306) o pediculados (3,8% *vs.* 2,4%; p = 0,703). Respecto de la localización anatómica, la detección fue comparable en ciego/colon ascendente (46,8% *vs.* 39,0%; p = 0,414), colon transverso (28,8% *vs.* 34,1%; p = 0,542), colon descendente/sigmoides (20,0% *vs.* 22,0%; p = 0,802) y recto (5,0% *vs.* 2,4%; p = 0,503). Asimismo, no hubo diferencias en la detección de adenomas < 5 mm (21,3% *vs.* 24,4%; p = 0,695), 5–10 mm (56,3% *vs.* 47,5%; p = 0,365) o > 10 mm (10,0% *vs.* 2,4%; p = 0,134). Un hallazgo significativo fue una mayor detección de pólipos hiperplásicos con *AmplifEYE* en comparación con *Endocuff Vision* (65,9% *vs.* 38,8%; p = 0,005).
Conclusiones: Ambos dispositivos de asistencia mucosa mostraron un patrón de detección similar de lesiones colorrectales, lo que sugiere un rendimiento diagnóstico comparable en cuanto a la distribución anatómica, tamaño y subtipo de lesiones. Sin embargo, en las colonoscopias realizadas con técnica de inmersión, *AmplifEYE* favoreció una inserción más eficiente y alcanzó el ciego en menor tiempo.
Financiamiento: Este trabajo no cuenta con ningún tipo de financiamiento externo.

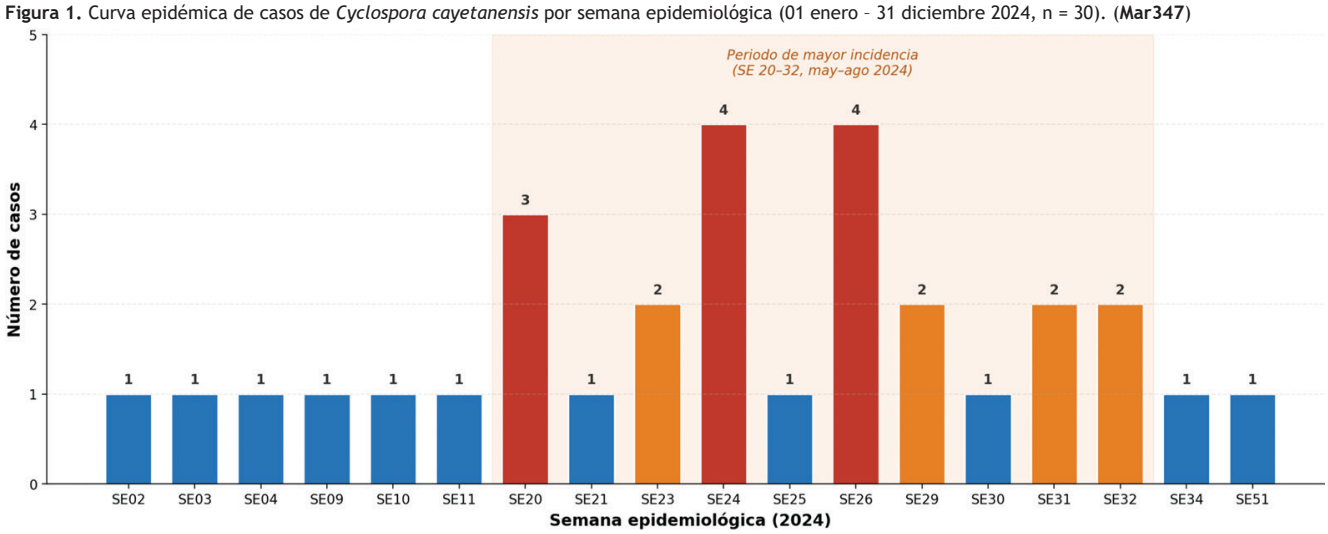
Mar347

COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE *CYCLOSPORA CAYETANENSIS*: UNA INFECCIÓN EMERGENTE

A. S. Ríos-Del-Río, F. Zamarripa-Dorsey, F. A. Lajud-Barquín, J. L. Hernández-Lecona, A. Jasqui-Bucay, D. L. Núñez-Elizondo, R. Rodríguez-Sandoval, M. D. P. Escamilla-Llano, M. E. López-Acosta, Grupo Colaborativo: Servicio de Gastroenterología, Hospital Ángeles Lomas

Introducción: La *Cyclospora cayetanensis* es un protozoario coccidio de transmisión fecal-oral, adquirido al consumir agua o alimentos contaminados con ooquistes esporulados; los CDC la reconocen como patógeno emergente de notificación obligatoria. Su ciclo de esporulación depende de la temperatura y la humedad ambientales, lo que explica su comportamiento estacional. En México los primeros casos pediátricos se describieron en los años noventa y el antecedente más sólido proviene del Hospital Infantil de Morelia, Michoacán, donde se halló entre 2000 y 2009 una prevalencia de 0,67% en casi 9 000 muestras fecales, con 93,3% de los casos entre junio y agosto. Además, se han descrito casos en viajeros. Aun así, su comportamiento estacional y expresión clínica en México siguen poco caracterizados.
Objetivo: Describir el comportamiento epidemiológico de la infección por *Cyclospora cayetanensis*, su distribución por semana epidemiológica y las características coprológicas y de laboratorio en pacientes con diarrea aguda diagnosticados por panel molecular gastrointestinal (PGI).
Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal a partir de una base de 701 pacientes con diarrea aguda estudiados

Figura 1. Curva epidémica de casos de *Cyclospora cayetanensis* por semana epidemiológica (01 enero – 31 diciembre 2024, n = 30). (**Mar347**)



mediante panel molecular gastrointestinal durante 2024. Se identificaron los episodios positivos para *Cyclospora cayetanensis* y se analizó su distribución por semana epidemiológica, junto con los hallazgos de biometría hemática, función hepática, proteína C reactiva y examen coprológico, comparados contra los valores de referencia del laboratorio.
Resultados: En 2024 se identificaron 30 episodios de *Cyclospora cayetanensis*, 4,28% (30/701) de los casos de diarrea aguda evaluados por PGI. Los casos se concentraron entre las semanas epidemiológicas 20 a la 32 (73%; 22/30) (**Figura 1**), de mayo a agosto, con un máximo de cuatro casos en las semanas 24 y 26. La PCR fue la alteración sérica más frecuente (68%), la leucocitosis periférica se observó en 14% y la función hepática se mantuvo normal en la mayoría. El coprológico mostró un patrón inflamatorio: leucocitos fecales (57%), sangre oculta (50%), moco (43%) y eritrocitos escasos (36%); el sangrado macroscópico fue infrecuente (7%), lo que sugiere daño mucoso sobre todo microscópico.
Conclusiones: La infección por *Cyclospora cayetanensis* mostró un patrón estacional entre mayo y agosto, con PCR elevada como hallazgo predominante y biometría hemática y función hepática mayormente normales; el coprológico fue compatible con inflamación intestinal, con leucocitos fecales y sangre oculta por encima del sangrado macroscópico. Estos resultados amplían lo que se sabe sobre la ciclosporiasis en este medio y pueden ayudar a sospecharla oportunamente en los meses de mayor incidencia, lo cual es relevante porque su tratamiento (trimetoprim-sulfametoxazol) difiere del manejo empírico habitual de las diarreas agudas.
Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento para este estudio.

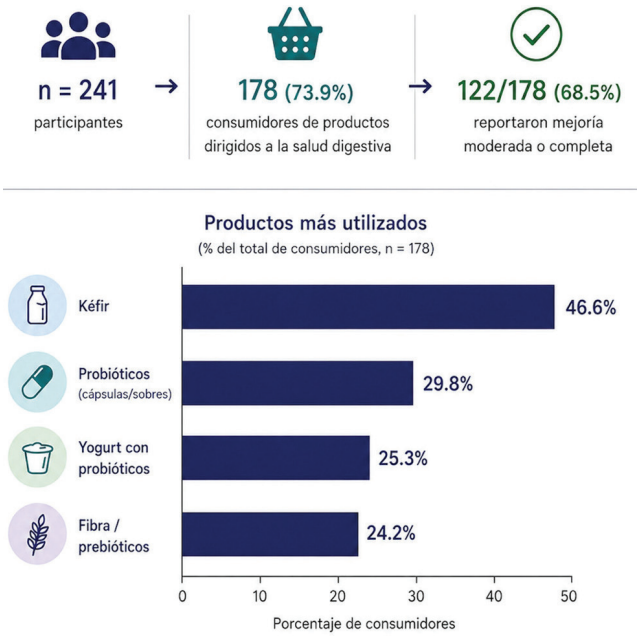
Mar348

USO DE PROBIÓTICOS Y PRODUCTOS DIRIGIDOS A LA SALUD DIGESTIVA EN POBLACIÓN MEXICANA

N. F. Córdova-Valenzuela, Y. M. Velasco-Santiago, M. G. Chaires-Navarro, F. Valenzuela-Ibarra, A. M. Del-Río-Chacón, F. Higuera-De-La-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El uso de probióticos, alimentos fermentados y otros productos dirigidos a la salud digestiva ha aumentado de forma notoria durante los últimos años. Sin embargo, existe información limitada sobre los patrones de consumo, los síntomas que llevan a su utilización, el conocimiento de estos productos y la percepción de beneficio obtenida en la población mexicana.
Objetivo: Describir las características clínicas de los consumidores de productos dirigidos a la salud digestiva, caracterizar sus patrones de consumo y explorar los factores asociados con la percepción de mejoría.
Material y métodos: Estudio transversal mediante una encuesta electrónica autoaplicada en 241 adultos. Se recolectó información sociodemográfica, síntomas digestivos, enfermedades, consumo de productos dirigidos a la salud digestiva, frecuencia, motivos de uso, fuente de recomendación, gasto asociado al consumo, conocimiento sobre probióticos, percepción de mejoría y eventos adversos. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias y porcentajes. Para el análisis exploratorio se comparó la mejoría moderada o completa frente a poca o ninguna mejoría mediante la prueba exacta de Fisher, con ajuste por Benjamini-Hochberg para comparaciones múltiples.
Resultados: Se incluyó a 241 participantes; 74,3% correspondió a mujeres, 67,2% tenía entre 18 y 40 años y 89,6% contaba con licenciatura o posgrado. El acceso a información digital fue casi universal (99,6%) y 83,0% utilizaba redes sociales para buscar información relacionada con salud.
Los síntomas más frecuentes fueron distensión/gases (57,7%), acidez o reflujo (38,6%) y estreñimiento (29,5%). En total, 178 participantes (73,9%) reportaron consumo de algún producto dirigido a la salud digestiva, principalmente kéfir (46,6%), probióticos en cápsulas o sobres (29,8%), yogur con probióticos (25,3%) y fibra/prebióticos (24,2%), según se muestra en la **Figura 1**. El médico, la iniciativa propia y el nutriólogo fueron las principales fuentes de recomendación, mientras que el motivo más común de consumo fue mejorar la microbiota intestinal.
El conocimiento sobre aspectos fundamentales del uso de probióticos fue limitado: 72,6% desconocía o no estaba seguro de las cepas contenidas en el producto consumido, 57,3% desconocía la dosis recomendada y 71,8% la duración sugerida del tratamiento. A pesar de ello, 68,5% de los consumidores refirió una mejoría moderada o completa tras el consumo de estos productos. No se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre los síntomas digestivos o el tipo de producto consumido y la probabilidad de presentar una respuesta favorable, incluso después del ajuste por comparaciones múltiples.
Conclusiones: El consumo de productos dirigidos a la salud digestiva fue elevado y coexistió con amplias brechas de conocimiento sobre su uso. Aunque la mayoría de los consumidores refirió mejoría sintomática, no se identificaron características clínicas ni tipos de producto asociados con una respuesta favorable. El kéfir fue el producto más utilizado, lo que justifica su evaluación en estudios prospectivos y resalta la necesidad de fortalecer la educación y orientación profesional para promover un uso más informado y basado en evidencia.
Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Principales hallazgos de la encuesta sobre consumo de productos dirigidos a la salud digestiva. (**Mar348**)



Mar349

FENOTIPADO INFLAMATORIO-NUTRICIONAL MEDIANTE CONUT, PROTEÍNA C REACTIVA Y ÁNGULO DE FASE EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL (FIN-CRC)

E. A. Rivera-Silva, M. A. Santoyo-Chávez, R. Baños-Vázquez, J. L. De-León-Rendón, N. Bueno-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

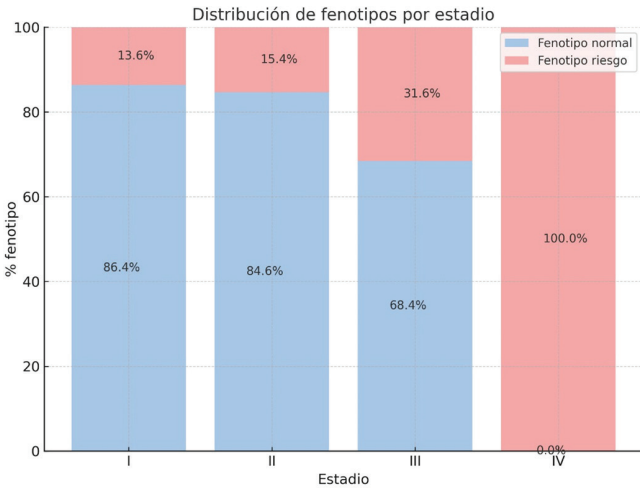
Introducción: El deterioro inflamatorio-nutricional influye de manera significativa en el pronóstico del cáncer colorrectal (CCR) y afecta la tolerancia al tratamiento, la respuesta inmunitaria y la sobrevida. El índice CONUT, que combina albúmina, linfocitos y colesterol, refleja la reserva proteica e inmunológica; la proteína C reactiva (PCR) es un marcador sensible de inflamación sistémica y catabolismo; y el ángulo de fase (PhA) muestra la integridad celular. Sin embargo, estos marcadores suelen evaluarse de forma aislada. Su integración mediante técnicas multivariadas permite una aproximación funcional al estado nutricional del paciente oncológico.
Objetivo: Identificar y caracterizar fenotipos inflamatorios-nutricionales mediante la integración de CONUT, PCR y PhA, y analizar su relación con el estadio clínico del CCR.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal con pacientes de CCR atendidos en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se calcularon los puntajes z de CONUT, PCR y PhA, aplicando el análisis de agrupamiento de K-means (k = 3). Se compararon grupos mediante ANOVA y x^2 y se evaluó la validez interna mediante el índice de silueta.
Resultados: Se seleccionó a 70 pacientes, de los cuales 57 se incluyeron en el estudio; de éstos, la mayoría correspondió a hombres (54,4%). La

edad promedio fue de 59 ± 12 años, el peso de 65,9 ± 13,2 kg, el IMC de 24,3 ± 3,6 kg/m² y el PhA de 6,0 ± 1,6°. El índice CONUT mostró alteraciones inmunonutricionales en el 73,7% de los casos (31,6% leve, 24,6% moderado, 17,5% grave). El análisis multivariado mediante K-means (k = 3) permitió identificar tres fenotipos: fenotipo normal (n = 43): CONUT bajo, PCR moderada, PhA alto; el fenotipo riesgo nutricional/inflamatorio (n = 13): CONUT y PCR elevados, PhA bajo; y un fenotipo atípico (n = 1): caso extremo sin interpretación clínica (**Figura 1**). Las diferencias fueron significativas para PCR (F = 42,0; p < 0,001), CONUT (F = 27,4; p < 0,001) y PhA (F = 19,1; p < 0,001. El fenotipo riesgo nutricional/inflamatorio presentó valores significativamente mayores de PCR (p < 0,001), CONUT (p < 0,001) y menores de PhA (p < 0,001), con tendencia lineal significativa entre el deterioro fenotípico y estadios TNM avanzados (*linear-by-linear association*, x^2 = 4,707, p = 0,030)), con mayor frecuencia de estadios III-IV en el fenotipo riesgo nutricional/inflamatorio (61,5% *vs.* 30,2% en el fenotipo normal), lo cual mostró un gradiente progresivo de deterioro nutricional con el avance tumoral. La relación entre el fenotipo y las categorías de CONUT fue significativa (x^2 = 31,79; p < 0,001). El índice de silueta promedio fue 0,495 y confirmó una separación adecuada y coherente entre grupos.

Conclusiones: El fenotipado multivariable basado en CONUT, PCR y PhA permite identificar perfiles nutricio-inflamatorios clínicamente diferenciables y aplicables a la práctica clínica. La tendencia lineal entre el fenotipo de riesgo nutricional/inflamatorio y los estadios avanzados refleja progresión entre inflamación sistémica y deterioro celular. En conjunto, estos marcadores ofrecen una herramienta complementaria, económica y aplicable para la estratificación del riesgo y la personalización del soporte nutricional en oncología. Se recomienda validar el modelo en estudios prospectivos para confirmar su valor pronóstico y su efecto en la supervivencia. Desde el punto de vista nutricional, este modelo ofrece una herramienta práctica para reconocer de forma temprana a pacientes en riesgo inflamatorio-nutricional, individualizar el soporte proteico y antiinflamatorio, y optimizar la monitorización del estado celular mediante PhA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Distribución porcentual de los estadios TNM por fenotipo inflamatorio-nutricional. Los fenotipos se identificaron mediante análisis de agrupamiento K-means utilizando el índice CONUT, la proteína C reactiva (PCR) y el ángulo de fase (PhA). El fenotipo de riesgo presentó una mayor proporción de pacientes en estadios III y IV en comparación con el fenotipo normal. (**Mar349**)



Mar350

FENOTIPO INFLAMATORIO-NUTRICIO-METABÓLICO ASOCIADO AL ÁNGULO DE FASE EN CUCI: ANÁLISIS EXPLORATORIO

E. A. Rivera-Silva, M. A. Santoyo-Chávez, R. Baños-Vázquez, J. L. De-León-Rendón, N. Bueno-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) cursa con alteraciones inflamatorias, nutricias y metabólicas. Se ha descrito que los pacientes con CU presentan cambios significativos en el perfil lipídico asociados a gravedad clínica, incluida la disminución de colesterol total, HDL-C y LDL-C, con utilidad diagnóstica combinada con VSG para identificar CU grave. El síndrome metabólico y la activación inflamatoria sistémica también se vinculan con mayor gravedad de CU y disfunción inmunometabólica. De la misma forma, la resistencia a la insulina aumenta en brotes graves de CUCI, con incrementos significativos de HOMA-IR. El ángulo de fase (AF) es un indicador de integridad celular y metainflamación y se ha asociado con inflamación metabólica, PCR elevada y alteraciones cardiometabólicas. En CU se ha reportado un AF disminuido comparado con controles sanos. Sin embargo, no se ha explorado si el AF identifica un fenotipo conjunto inflamatorio-nutricio-metabólico en CUCI.

Objetivo: Identificar diferencias en los perfiles inflamatorio, nutricio y metabólico entre pacientes con CUCI con AF bajo y AF normal, y explorar si estas dimensiones conforman un fenotipo clínico integrado.

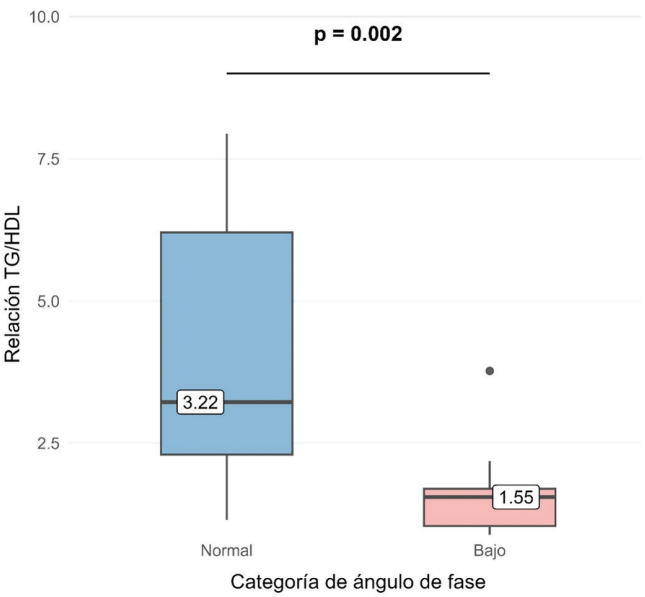
Material y métodos: Estudio transversal en 26 pacientes con CUCI. Se clasificó AF según los puntos de corte por sexo: < 6,1° en hombres y < 5,6° en mujeres. Se compararon biomarcadores inflamatorios (PCR, VSG, PLR, PCR/ALB), nutricios (IMC, hemoglobina, albúmina) y metabólicos (TG, HDL, LDL, TG/HDL, HOMA-IR). Se usaron la prueba U de Mann-Whitney y las correlaciones de Spearman (SPSS v27).

Resultados: El 50% presentó AF bajo. En comparación con el grupo AF normal, los pacientes con AF bajo mostraron IMC significativamente menor (20,98 *vs.* 27,74 kg/m²; p = 0,022) y hemoglobina más baja (13,85 *vs.* 14,90 g/dL; p = 0,033). También presentaron valores marcadamente menores de TG (76 *vs.* 138 mg/dL; p = 0,002) y TG/HDL (1,55 *vs.* 3,22; p = 0,002) (**Figura 1**). No se observaron diferencias significativas en PCR, VSG, albúmina, PLR, PCR/ALB ni HOMA-IR. El AF se correlacionó positivamente con hemoglobina (rs = 0,599, p = 0,001), TG (rs = 0,466, p = 0,017) y TG/HDL (rs = 0,567, p = 0,003), y negativamente con HDL (rs = −0,392, p = 0,047).

Conclusiones: El AF bajo en CUCI se asocia principalmente con un fenotipo nutricio-metabólico caracterizado por menor IMC, menor hemoglobina y un perfil lipídico menos aterogénico (TG y TG/HDL más bajos), sin diferencias en biomarcadores inflamatorios clásicos. Estos hallazgos sugieren que el AF podría funcionar como un marcador del eje nutricio-metabólico en CUCI más que de inflamación sistémica. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral y estratificación por actividad clínica para determinar su utilidad en la identificación de fenotipos metabólicos e inflamatorios dentro de la CUCI.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Comparación de la razón TG/HDL entre pacientes con CUCI según la categoría de ángulo de fase. El grupo con ángulo de fase bajo presentó una razón TG/HDL significativamente menor que el grupo con ángulo de fase normal (mediana: 1,55 *vs.* 3,22; p = 0,002, prueba U de Mann-Whitney). Las cajas representan el rango intercuartílico; la línea central, la mediana; y los bigotes, los valores mínimo y máximo. (**Mar350**)



Mar351

ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS Y LA PRESENCIA METASTÁSICA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN ADULTOS JÓVENES

R. Baños-Vázquez, M. A. Santoyo-Chávez, J. L. Carrillo-Rojas, S. Yarsa-Regalado, J. L. De-León-Rendón, I. Pedroza-Pacheco, N. Bueno-Hernández, Dirección de Investigación, Hospital General de México

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una neoplasia maligna originada en el epitelio del colon o recto, cuya progresión hacia adenocarcinoma ocurre de forma gradual durante un periodo de 10 a 15 años. Es una enfermedad multifactorial influida por factores genéticos, enfermedades inflamatorias intestinales y estilos de vida poco saludables. Actualmente constituye una de las principales causas de muerte por cáncer a nivel mundial y ocupa el tercer lugar en incidencia en México. En los últimos años se ha observado un incremento de la incidencia de CCR de inicio temprano, el cual suele presentar un comportamiento clínico más agresivo y diagnosticarse en estadios avanzados; en la cohore estadounidense SEER (*Surveillance, epidemiology, and end results*), hasta el 17,9% de los pacientes menores de 50 años presentó metástasis a distancia al momento del diagnóstico. Entre los factores de riesgo modificables destacan los alimentos ultraprocesados (AUP), que aportan entre el 16,9% y el 26,4% de la energía de la dieta de la población mexicana y cuyo elevado consumo se ha asociado con un incremento hasta del 26% en el riesgo de CCR (6–8); si bien se ha descrito la asociación entre el consumo de AUP y el riesgo de presentar CCR, la relación entre la frecuencia de consumo de AUP y la progresión metastásica del CCR es escasa, por lo cual se pretende identificar factores modificables que se asocien con una presencia metastásica más avanzada.
Objetivo: Evaluar la asociación entre el consumo de AUP y la presencia de metástasis en pacientes con CCR.
Material y métodos: Estudio transversal en adultos jóvenes (< 50 años) con diagnóstico histopatológico de cáncer colorrectal. Se comparó a pacientes con enfermedad ganglionar (estadio III) y metastásica (estadio IV) mediante pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y exacta de Fisher). La asociación entre el consumo de AUP y el porcentaje de grasa corporal se evaluó con el coeficiente de Spearman. Se construyó un modelo de regresión logística binaria ajustado por sexo y porcentaje de grasa corporal para evaluar la asociación entre el consumo de AUP y la presencia de metástasis, expresando los resultados como OR e IC95%. Se consideró significancia estadística un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se evaluó a 44 pacientes, de los cuales 14 presentaron enfermedad ganglionar (estadio III) y 30 enfermedad metastásica (estadio IV). El consumo de AUP categorizado en terciles no mostró asociación con la presencia de metástasis (exacto de Fisher, $p = 0,095$). Al analizar el consumo de AUP como variable continua, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, aunque se identificó una tendencia hacia un mayor consumo en los pacientes con enfermedad ganglionar ($U = 77,5$; $Z = -1,82$; $p = 0,060$). Asimismo, el consumo de AUP no mostró correlación con el porcentaje de grasa corporal ($p = 0,677$). En el modelo de regresión logística binaria ajustado por sexo y porcentaje de grasa corporal, únicamente el consumo total de AUP se asoció con la presencia de enfermedad metastásica (OR = 0,920; IC95%; $p = 0,027$), mientras que el porcentaje de grasa corporal (OR = 0,986; IC95%; $p = 0,700$) y el sexo (OR = 1,423; IC95%; $p = 0,707$) no mostraron asociación significativa (**Figura 1**).
Conclusiones: El consumo de AUP se asoció de forma negativa con la presencia de metástasis, tanto en la comparación entre grupos como en el modelo de regresión logística binaria ajustado por sexo y porcentaje de grasa corporal; sin embargo, dado el tamaño reducido de la muestra, estos hallazgos deben interpretarse como un resultado preliminar que requiere confirmación en cohortes más amplias.
Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

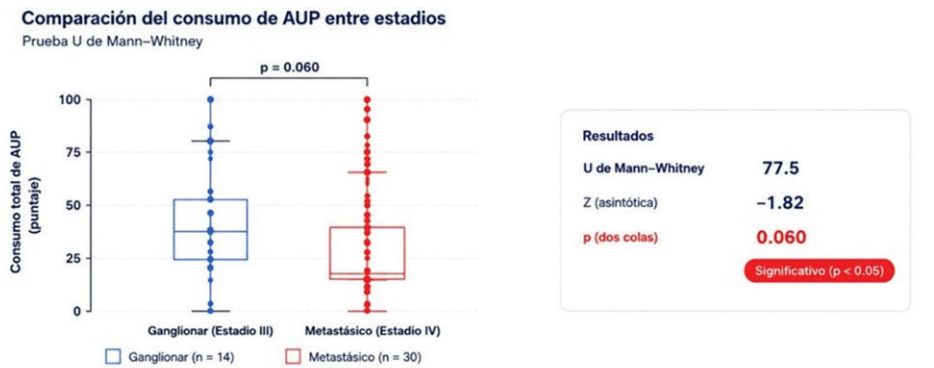
Mar352

¿ES SÓLO LA LACTOSA? PAPEL DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LÁCTEOS

N. B. Noriega-García, M. R. Francisco, R. Silva-Bravo, M. M. Pérez-Guzmán, A. D. Cano-Contreras, B. A. Priego-Parra, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Los síntomas gastrointestinales por consumo de lácteos son frecuentes y pueden deberse tanto a alteraciones objetivas de la digestión de lactosa como a mecanismos relacionados con el síndrome de intestino

Figura 1. Comparación del consumo total de alimentos ultraprocesados (AUP) entre pacientes con enfermedad ganglionar (estadio III) y metastásica (estadio IV) mediante la prueba U de Mann-Whitney. La asociación independiente entre el consumo de AUP y la presencia de enfermedad metastásica se evaluó con un modelo de regresión logística binaria ajustado por sexo y porcentaje de grasa corporal (FAT_TW). Se presentan los coeficientes del modelo, *odds ratios* (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%) y el bosque de estimaciones correspondientes. (**Mar351**)



Modelo de regresión logística binaria ajustado

Ajustado por: Sexo y % de grasa corporal (FAT_TW)

Variable	Coeficiente (β)	Error estándar (SE)	Wald z	p-valor	Odds Ratio (OR) (IC 95%)	Gráfico de bosque (OR e IC 95%)
ConsumoTotal_AUP	−0.0830	0.0376	−2.2072	0.0273	0.920 (0.855 – 0.991)	
Sexo (Hombre = 1)	0.3524	0.9369	0.3762	0.7068	1.423 (0.227 – 8.924)	
FAT_TW (% grasa corporal)	−0.0141	0.0365	−0.3859	0.6996	0.986 (0.918 – 1.059)	
Intercepto	2.6841	1.5765	1.7026	0.0886	14.645 (0.666 – 321.855)	

irritable (SII). La hipersensibilidad visceral, factores psicológicos y consumo de carbohidratos fermentables pueden modificar la expresión clínica.
Objetivo: Comparar la frecuencia de hipolactasia, mala digestión e intolerancia a la lactosa, así como la carga sintomática, psicológica y dietética, en sujetos con síntomas asociados al consumo de lácteos, con y sin SII.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y analítico en pacientes con síntomas relacionados con la ingesta de lácteos (distensión, flatulencia, cólico y diarrea). Se evaluaron de acuerdo con los criterios de Roma IV para SII y la prueba de orina de xilosa y la prueba de aliento con lactosa para caracterizar alteraciones de la digestión de lactosa. La hipolactasia se definió como una deficiencia de la actividad enzimática de la lactasa y la mala digestión como una deficiente digestión evidenciada por la prueba de aliento con hidrógeno y metano; el estado intolerante a la lactosa se consideró el conjunto de síntomas clínicos. Se aplicaron los cuestionarios IBS-SSS, PAGI-SYM, frecuencia de consumo de alimentos, HADS y SF-12 para evaluar la gravedad del SII, los síntomas gastrointestinales, los patrones dietéticos, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida. Las variables numéricas se reportaron con medidas de tendencia central y dispersión, y las categóricas con frecuencias y porcentajes. Las comparaciones entre grupos se realizaron con las pruebas U de Mann-Whitney o t de Student, según fuera la distribución de los datos, y las correlaciones mediante la prueba de Spearman. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis se efectuó en SPSS versión 27.
Resultados: Se incluyó a 45 participantes, la mayoría mujeres (64,4%) y la mediana de edad fue de 28 años (RIQ, 23-44). Se dividieron en dos grupos: grupo 1 con 21 sujetos con diagnóstico de SII; grupo 2 con 24 sujetos con síntomas de intolerancia a la lactosa que no cumplían los criterios de Roma IV. No se observaron diferencias significativas entre los grupos en la edad ($p = 0,638$) ni en la distribución por sexo ($p = 0,919$). En relación con los trastornos vinculados con la lactosa, los sujetos con SII presentaron mayor frecuencia de hipolactasia (80% *vs.* 41,7%, $p = 0,010$), intolerancia a la lactosa (94,4% *vs.* 66,7%, $p = 0,030$) y mala digestión de lactosa (94,4% *vs.* 58,3%, $p = 0,008$) en comparación con el grupo 2. Los individuos con SII mostraron mayores puntajes de IBS-SSS ($p < 0,0001$), síntomas gastrointestinales evaluados con PAGI-SYM ($p < 0,0001$) y ansiedad ($p = 0,009$), en comparación con el grupo 2. La gravedad de los síntomas gastrointestinales se correlacionó con el diagnóstico de intolerancia a la lactosa ($r = 0,372$, $p = 0,015$), mala digestión de lactosa ($r = 0,381$, $p = 0,013$), hipolactasia ($r = 0,452$, $p = 0,001$) y menor calidad de vida ($r = -0,369$, $p = 0,021$). Finalmente, en el análisis dietético, los gramos totales de cereales altos en FODMAP se correlacionaron positivamente con el diagnóstico de SII ($r = 0,321$, $p = 0,032$) (**Figura 1**).
Conclusiones: Los sujetos con SII presentaron mayor frecuencia de hipolactasia, mala digestión e intolerancia a la lactosa, mayor carga de síntomas gastrointestinales y ansiedad, respecto de aquéllos sin SII. La gravedad de los síntomas se asoció con alteraciones de la digestión de lactosa y menor calidad de vida. Los resultados sugieren que los síntomas atribuidos a los lácteos en pacientes con SII son multifactoriales y requieren una evaluación que integre pruebas objetivas de digestión de lactosa, factores psicológicos y otros componentes dietéticos fermentables.
Financiamiento: Ninguno.

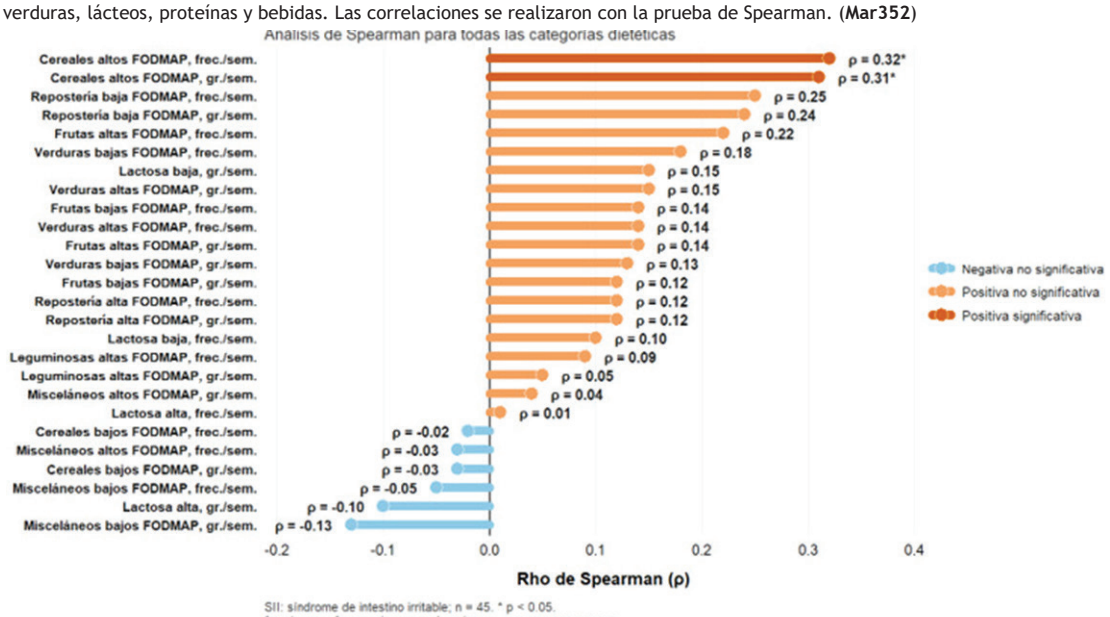
Mar353

ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO; INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS: EVIDENCIA DESDE LA PRÁCTICA CLÍNICA

B. E. Meléndez-Acosta, J. R. Gámez-Díaz, E. López-Díaz, A. C. Soria-Olivas, P. Maggiani-Aguilera, Hospital General de Mazatlán

Introducción: El estreñimiento intrahospitalario es una complicación frecuente en pacientes hospitalizados y se asocia con prolongación de la estancia hospitalaria, incremento de complicaciones, mayor consumo de recursos y deterioro de la calidad de vida. Su desarrollo es multifactorial e incluye inmovilidad, uso de opioides, cambios en la alimentación y enfermedades subyacentes; sin embargo, la evidencia sobre los factores asociados en población hospitalaria general aún es limitada, particularmente en Latinoamérica.
Objetivo: Determinar la prevalencia del estreñimiento intrahospitalario e identificar los factores clínicos asociados con su desarrollo en pacientes adultos hospitalizados.
Material y métodos: Estudio observacional analítico de cohorte prospectiva realizado en un hospital de segundo nivel. Se incluyó de manera consecutiva a pacientes adultos hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía con una estancia mayor de 72 horas. El estreñimiento intrahospitalario se definió como la ausencia de evacuaciones durante ≥ 3 días o la presencia de evacuaciones con consistencia Bristol tipo 1-2 acompañadas de esfuerzo evacuatorio. Al ingreso se registraron variables demográficas y clínicas (uso de opioides, grado de movilidad, ayuno, antecedente de estreñimiento y cirugía abdominal), así como la consistencia de las heces según la escala de Bristol. Se realizó un análisis bivariado seguido de un modelo de regresión logística multivariada para identificar factores asociados independientes. La discriminación y calibración del modelo se evaluaron mediante el área bajo la curva ROC (AUC) y la prueba de Hosmer-Lemeshow, respectivamente, y se descartó multicolinealidad mediante el factor de inflación de la varianza (VIF).
Resultados: Se analizó a 101 pacientes con una edad media de 49, 9 ± 1,5 años; el 58,4% correspondió a hombres. La prevalencia de estreñimiento intrahospitalario fue del 59,4%. En el análisis bivariado, el uso de opioides (84,6% *vs.* 50,7%; $p = 0,005$), el reposo absoluto ($p = 0,008$) y la presencia de heces Bristol tipo 1-2 al ingreso (77,8% *vs.* 52,7%; $p = 0,041$) se asociaron significativamente

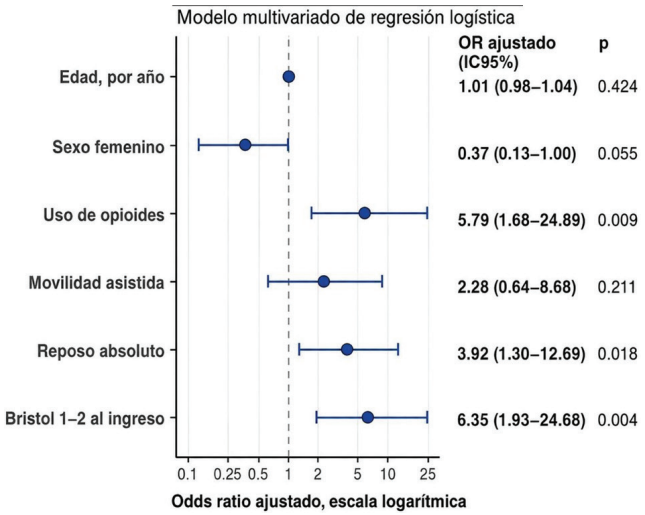
Figura 1. Correlaciones dietéticas con el diagnóstico de síndrome de intestino irritable. Los componentes dietéticos evaluados incluyeron cereales, leguminosas, frutas y verduras, lácteos, proteínas y bebidas. Las correlaciones se realizaron con la prueba de Spearman. (**Mar352**)



SII: síndrome de intestino irritable; n = 45. * p < 0.05.
frec./sem. = frecuencia semanal; gr./sem. = gramos por semana.

con estreñimiento. En el análisis multivariado (**Figura 1**), el uso de opioides (ORa, 5,79; IC95%, 1,68-24,9; p = 0,009), el reposo absoluto (ORa, 3,92; IC95%, 1,30-12,69; p = 0,018) y la presencia de heces Bristol tipo 1-2 al ingreso (ORa, 6,35; IC95%, 1,93-24,68; p = 0,004) permanecieron como factores asociados independientes. El modelo mostró adecuada calibración (Hosmer-Lemeshow, p = 0,758) y buena capacidad discriminativa (AUC = 0,802).
Conclusiones: El estreñimiento intrahospitalario representa una complicación frecuente y potencialmente prevenible, con una prevalencia cercana al 60% en pacientes hospitalizados. El uso de opioides, el reposo absoluto y la presencia de heces Bristol tipo 1-2 al ingreso se asociaron de manera independiente con su desarrollo. Estos hallazgos respaldan la identificación temprana de pacientes de alto riesgo y la implementación de estrategias de tamizaje y prevención desde el ingreso hospitalario, con el potencial de reducir la carga de esta complicación y optimizar la calidad de la atención médica.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Factores asociados con estreñimiento hospitalario. (**Mar353**)



Mar354

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN UNA POBLACIÓN PENITENCIARIA MEXICANA: PREVALENCIA, DIFERENCIAS POR SEXO Y ASPECTOS BIOPSICOSOCIALES

M. D. R. Francisco, N. B. Noriega-García, K. D. González-Gómez, R. Silva-Bravo, A. D. Cano-Contreras, F. D. Roesch-Dietlen, A. M. Autrán-Gómez, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Hasta donde saben los autores, no existen estudios publicados que evalúen la prevalencia del síndrome de intestino irritable (SII) mediante criterios de Roma ni sus aspectos biopsicosociales en personas privadas de la libertad. Esta ausencia de información es particularmente relevante, ya que la población penitenciaria presenta una elevada exposición a estrés crónico, vulnerabilidad social y experiencias traumáticas, factores potencialmente relacionados con somatización, ansiedad, hipervigilancia visceral y trastornos de la interacción intestino-cerebro. Por ello, estudiar el SII en este entorno constituye un enfoque novedoso y clínicamente relevante.
Objetivo: Determinar la prevalencia de SII en personas privadas de la libertad, comparar su frecuencia entre mujeres y hombres y explorar sus aspectos biopsicosociales
Material y métodos: Estudio transversal en adultos recluidos en el Penal de Pacho Viejo, Veracruz. El SII se identificó mediante criterios de Roma IV. Se aplicaron las escalas SS-8, IBS-SSS, *Visceral sensitivity index* (VSI), Escala de resiliencia de Connor-Davidson, *Hospital anxiety and depression scale*, cuestionario de 10 experiencias adversas en la infancia (ACE) y EQ-5D-3L. Las variables continuas se compararon con U de Mann-Whitney y las categóricas con prueba exacta de Fisher. Se estimaron *odds ratios* (OR) con intervalos de confianza de 95% (IC95%), se corrigieron comparaciones múltiples mediante Benjamini-Hochberg y se construyó un modelo logístico exploratorio.
Resultados: Hasta el momento se ha incluido a 125 participantes: 82 hombres y 43 mujeres. El SII se identificó en 23 sujetos (18,4%; IC95%, 12,6-26,1) y fue más frecuente en mujeres que en hombres (3,2% *vs.* 12,2%; OR, 3,12; IC95%, 1,23-7,89; p = 0,027). Entre los casos, 73,9% presentó SII con estreñimiento, 17,4% con diarrea y 8,7% mixto. En comparación con los sujetos sin SII, quienes presentaron SII tuvieron mayor carga de síntomas somáticos (SS-8, 12,0 [7,0-20,5] *vs.* 4,5 [1,0-9,0]), mayor gravedad gastrointestinal (IBS-SSS, 201,6 [162,4-255,7] *vs.* 100,0 [33,3-135,8]) y mayor sensibilidad visceral (VSI, 51,0 [32,5-65,0] *vs.* 7,0 [1,0-39,5]); todas con q ≤ 0,002. También mostraron mayor ansiedad (12,0 [9,0-16,0] *vs.* 9,0 [4,2-13,0]; q = 0,042) y menor calidad de vida (EQ-5D-3L: 0,71 [0,67-0,95] *vs.* 0,81 [0,71-1,00]; q = 0,042). La presencia de cualquier comorbilidad (OR 11,43), síntomas somáticos altos/muy altos (OR 5,68) y sensibilidad visceral aumentada (OR 6,35) permanecieron asociados tras corrección por comparaciones múltiples (**Tabla 1**). El puntaje ACE fue mayor en los hombres con SII que en aquéllos sin SII (5,0 [3,0-6,0] *vs.* 2,0 [0,0-4,0]; p = 0,041), diferencia no observada en mujeres. En el modelo ajustado, cualquier comorbilidad (ORa, 7,76; IC95%, 1,53-39,38; p = 0,013) y el VSI (ORa, 2,24 por desviación estándar; IC95%, 1,19-4,21; p = 0,013) permanecieron asociados con SII.
Conclusiones: Casi uno de cada cinco participantes cumplió criterios para SII y la prevalencia fue aproximadamente tres veces mayor en mujeres. La comorbilidad, la somatización, y sobre todo la sensibilidad visceral, fueron los correlatos más sólidos. La mayor carga de ACE observada únicamente en hombres con SII sugiere una posible interacción diferencial por sexo que deberá confirmarse. Estos hallazgos apoyan una evaluación biopsicosocial y sensible al trauma en los servicios de salud penitenciarios.
Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Tabla 1. Factores asociados con SII en la muestra combinada. (**Mar354**)

Factor	SII con factor	SII sin factor	OR (IC95%)	p	q
Cualquier comorbilidad	32,3%	4,0%	11,43 (2,52-51,81)	< 0,001	< 0,001
Sobrepeso u obesidad	22,4%	4,0%	6,92 (0,87-54,91)	0,039	0,058
Síntomas somáticos altos/muy altos	40,6%	10,8%	5,68 (2,17-14,88)	< 0,001	0,001
Sensibilidad visceral aumentada	37,2%	8,5%	6,35 (2,36-17,11)	< 0,001	< 0,001
Ansiedad probable	27,3%	11,6%	2,86 (1,11-7,37)	0,036	0,058
Depresión probable	26,1%	14,1%	2,15 (0,86-5,37)	0,150	0,169
Al menos una ACE	17,7%	15,4%	1,18 (0,36-3,88)	1,000	1,000
Más de cuatro ACE	25,0%	12,8%	2,27 (0,87-5,87)	0,132	0,169
Calidad de vida moderada/baja	26,3%	10,9%	2,91 (1,09-7,76)	0,035	0,058

OR, *odds ratio*; IC95%, intervalo de confianza de 95%; q, valor de p corregido mediante Benjamini-Hochberg; ACE, experiencias adversas en la infancia.

Mar355

CARACTERÍSTICAS SEGÚN ROMA IV DE LOS SUJETOS QUE AUTORREPORTAN «COLITIS NERVIOSA» O «COLON IRRITABLE» EN EL ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA CIUDAD DE MÉXICO: LA MAYORÍA NO TIENE SII

G. Mendoza-Domínguez, A. S. Morales-Guzmán, J. Alegre-Díaz, J. F. Zárate-Villazón, S. A. Zaragoza-Galicia, A. Alarcón-Aguilar, A. Luna-López, M. Schmulson, Laboratorio de Trastornos Neurogastroenterológicos, Unidad de Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo (UME), Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: En México, los términos "colitis nerviosa" y "colon irritable" se utilizan comúnmente por personas que autorreportan síndrome de intestino irritable (SII). Más aún, en el contexto médico, los pacientes con síntomas

gastrointestinales suelen catalogarse como SII sin pasar por mayor exploración; sin embargo, pueden corresponder a otros trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC). Los criterios estandarizados de Roma permiten reducir la clasificación fenotípica errónea de TIIC.

Objetivo: Caracterizar clínica y demográficamente a los participantes del Estudio prospectivo de la Ciudad de México (EPCM) que autorreportaron "colitis nerviosa"/"colon irritable" y describir su clasificación de acuerdo con los criterios de Roma IV.

Material y métodos: Análisis transversal preliminar de una cohorte comunitaria actualmente reclutados. Se analizó a 46 participantes de las alcaldías Coyoacán e Iztapalapa incluidos del 30-04 al 30-06 de 2026. Mediante criterios de Roma IV se identificó a aquéllos con: A, SII; B, sin SII pero con otro TIIC; C, sin criterios para ningún TIIC (controles). El análisis principal comparó A *vs.* C; la comparación entre los tres grupos (A, B, C) fue exploratoria. Se evaluaron edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), rasgos de ansiedad (HADS-A) y depresión (HADS-D); y en SII la prevalencia de SII-posinfección (PI) y gravedad por IBS-SSS. Se verificaron normalidad, homocedasticidad y valores extremos; se utilizaron U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y pruebas exactas de Fisher según correspondiera, y se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se identificó a 21 participantes con criterios para SII y 25 sin SII. Aquéllos con SII se clasificaron en SII-E: 33,3%, SII-D: 19%, SII-M: 33,3%, y SII-NC: 14,3%; y 38,1% satisfizo criterios para SII-PI. El puntaje del IBS-SSS fue 206,7 ± 72,8, leve: 40%, moderado: 50%, grave: 10%. Entre los sujetos con SII, 19 cumplieron exclusivamente criterios para SII y 2 sobreposición con otro TIIC (uno SII-E + distensión abdominal funcional, y otro SII-E + dispepsia funcional). Entre los 25 sin SII, 18 no cumplieron criterios para ningún TIIC, y 7 se clasificaron con otros TIIC. No se detectaron diferencias entre SII y controles en edad, sexo, IMC, HADS-A, HADS-D (**Tabla 1**). El análisis exploratorio de los tres grupos tampoco mostró diferencias.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas: SII *vs.* controles sin SII. Datos continuos: media ± DE; variables categóricas: n (%). El grupo control sin SII incluye 18 controles puros y 7 participantes con otro TIIC. Valores p: U de Mann-Whitney o prueba exacta de Fisher, según correspondió. Datos del corte preliminar del Estudio SII-EPCM hasta junio de 2026. (**Mar355**)

Variable	SII (n = 21)	Controles sin SII (n = 25)	p
Edad, años	34,3 ± 10,5	36,0 ± 12,2	0,834
Sexo femenino, n (%)	17 (81,0%)	16 (64,0%)	0,325
IMC, kg/m²	25,1 ± 4,9	26,2 ± 6,0	0,644
HADS-A, puntaje	6,2 ± 3,7	4,8 ± 4,1	0,114
Rasgos de ansiedad, n (%)	6 (30,0%)	6 (26,1%)	1,000
HADS-D, puntaje	3,6 ± 2,5	3,0 ± 2,8	0,375
Rasgos de depresión, n (%)	3 (15,0%)	4 (17,4%)	1,000

Conclusiones: Esta evaluación preliminar confirma que el autorreporte de "colitis nerviosa" o "colon irritable" sólo corresponde a la verdadera presencia de SII en menos de la mitad de los sujetos. Éstos tienen en su mayoría SII leve a moderado como se espera en pacientes en población abierta. La elevada prevalencia de SII-PI es congruente con los hallazgos de México recientemente publicados en el Estudio epidemiológico de Roma IV.

Financiamiento: Se recibió financiamiento parcial de la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). G. Mendoza-Domínguez recibe beca de posgrado por parte de la SECI.

Mar356

EL RECEPTOR TLR4, POSIBLE VÍNCULO ENTRE LA ACTIVACIÓN INMUNITARIA Y EL DESEQUILIBRIO RÉDOX EN SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)

A. S. Morales-Guzmán, G. Mendoza-Domínguez, A. Alarcón-Aguilar, A. Luna-López, R. Librado-Osorio, S. A. Zaragoza-Galicia, A. Noble-Lugo, M. Schmulson, Unidad de Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: El SII es un trastorno de la interacción intestino-cerebro asociado con disbiosis intestinal, inflamación de bajo grado y alteraciones del estado rédox. El receptor tipo Toll-4 (TLR4), componente clave de la inmunidad innata que reconoce señales derivadas de microorganismos, podría participar en el vínculo entre la disbiosis, la activación inmunitaria y el desequilibrio rédox. Sin embargo, los mecanismos que integran estos procesos en la fisiopatología del SII aún no se conocen completamente.

Objetivo: Evaluar la relación entre la activación de la inmunidad innata, perfil de citocinas y estado rédox en pacientes con SII.

Material y métodos: Se estudió a ocho pacientes con SII-Roma IV y seis controles sanos. Se excluyó a los individuos con enfermedades crónicas, consumo de suplementos antioxidantes o dietéticos, y mujeres embarazadas. En sangre periférica se determinaron la expresión de TLR4 mediante *Western blot*; las concentraciones séricas de IL-12 e IL-1ß mediante ELISA; los niveles de glutatión reducido (GSH) y oxidado (GSSG) con HPLC; el malondialdehído (MDA) mediante el ensayo TBARS; y la actividad de superóxido dismutasa (SOD) y catalasa (CAT) con cinética enzimática. Los datos se expresaron como media ± DE. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante t de Student o prueba U de Mann-Whitney, según correspondiera. Asimismo, se efectuaron análisis exploratorios de correlación por pares. Se consideró significativa una $p \leq 0,05$.

Resultados: Los pacientes con SII y los controles fueron comparables en edad (33,1 ± 8,6 *vs.* 31,8 ± 13 años; p = 0,8) y sexo (4 mujeres y 4 hombres *vs.* 3 y 3). El SII mostró mayor expresión de TLR4 (0,930 ± 0,150 *vs.* 0,718 ± 0,096 UA; p = 0,011), y mayor concentración de IL-12 (870,50 ± 166,05 *vs.* 183,50 ± 59,75 pg/mL; p < 0,01) (**Figura 1**) sin diferencias en IL-1ß. Asimismo, en SII hubo menor GSH (377,05 ± 195,68 *vs.* 833,98 ± 303,59 µM; p = 0,05), mayor GSSG (174,00 ± 55,05 *vs.* 45,93 ± 14,82 µM; p < 0,01) y menor relación GSH/GSSG (2,44 ± 1,48 *vs.* 20,21 ± 9,62; p < 0,01) (**Figura 1**). El MDA también fue mayor en SII (0,59 ± 0,13 *vs.* 0,44 ± 0,12 nmol/mg de proteína; p < 0,05). En contraste, la actividad de SOD (75,11 ± 6,64 *vs.* 64,84 ± 8,71%; p < 0,05) y CAT (599,00 ± 90,30 *vs.* 469,73 ± 49,33 µmol·min^{-1}·mg de proteína^{-1}; p < 0,01) fue mayor en SII. No se observaron correlaciones significativas entre los biomarcadores evaluados.

Conclusiones: Los hallazgos sugieren que el SII-Roma IV se asocia con una activación coordinada de la inmunidad innata dada por TLR4, y el desequilibrio rédox sistémico, acompañada de un incremento de las concentraciones séricas de IL-12, aumento de la peroxidación lipídica e incremento compensatorio de la actividad enzimática antioxidante.

Financiamiento: Fondos de la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Figura 1. Alteraciones coordinadas del eje inmuno-rédox en pacientes con SII-Roma IV. Expresión relativa de TLR4 (A), concentraciones séricas de IL-12 (B) y relación GSH/GSSG (C) en SII (n = 8) y controles (n = 6). Los datos están expresados en media ± DE. *p < 0,05; **p < 0,01. (**Mar356**)

