



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 17 de noviembre de 2024

### Endoscopia

#### Dom052

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

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

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

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

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

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

**Tabla 1.** Resultados principales y secundarios. (Dom052)

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

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

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

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom053

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

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

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

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

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

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

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

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

**Financiamiento:** Ninguno.

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

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

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

## Dom054

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

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

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

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

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

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

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

**Financiamiento:** Ninguno.

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

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

## Dom055

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Dom056

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

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

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

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

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

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

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

**Financiamiento:** Ninguno.

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

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

## Dom057

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

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

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

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

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

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

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

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

## Dom058

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Dom059

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

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

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

Tabla 1. (Dom057)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

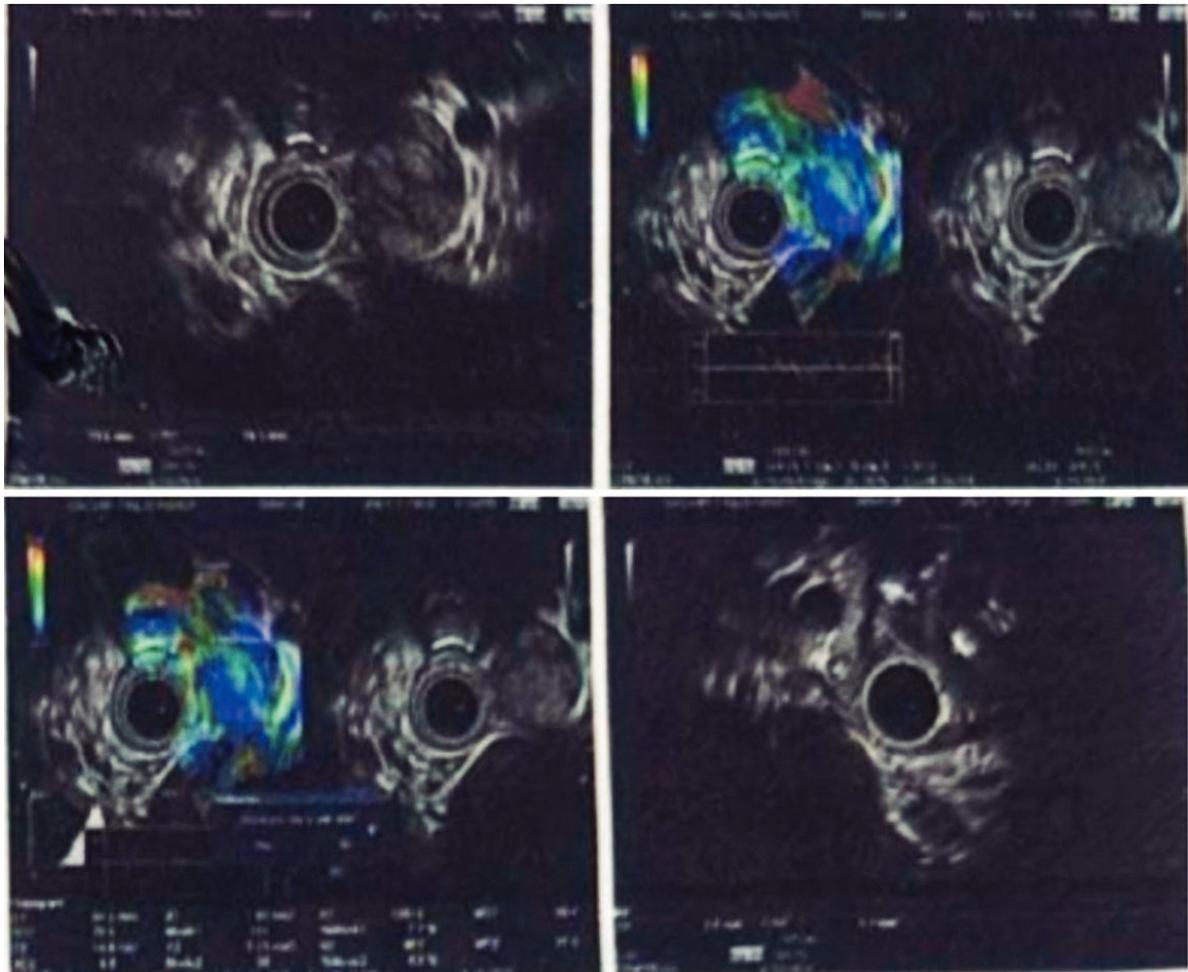
## Dom060

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Tabla 1. Datos demográficos. (Dom060)

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

UA, ultrasonido abdominal; DE, desviación estándar.

## Dom061

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

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

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

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

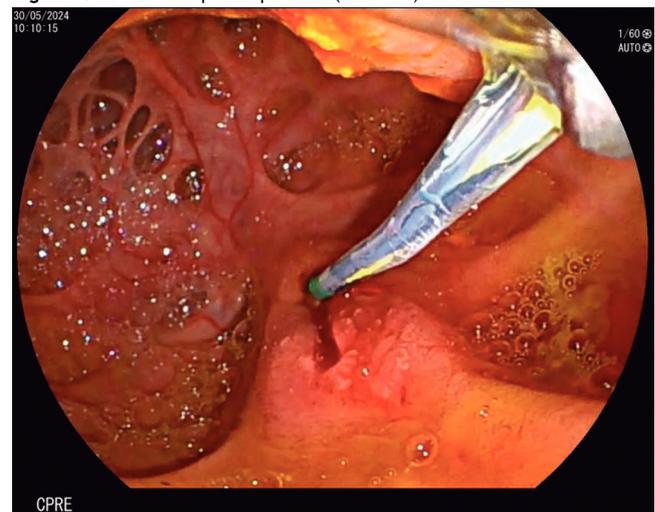
**Reporte de casos:** En el hospital ISSSTE León, Guanajuato, durante el periodo de 2017 a julio 2024 se han realizado 1 044 CPRE, 54 (5,17%) de las cuales correspondieron a divertículos duodenales: ampulas yuxtadiverticulares en 61,1% (33) (Figura 1) e intradiverticulares en 38,8% (21). Hasta 16 cumplieron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

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

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

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

Figura 1. Divertículos periampulares. (Dom061)



## Dom062

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

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

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

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

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

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

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

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

## Dom063

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

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

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

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

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

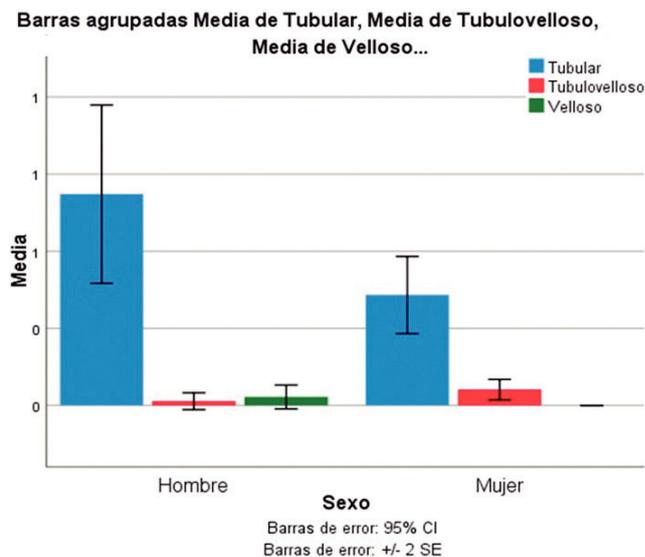
**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y analítico en pacientes con riesgo promedio de cáncer de colon sometidos a colonoscopia de tamizaje en el servicio de endoscopia gastrointestinal en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Análisis estadístico: se realizó una prueba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

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

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

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

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



## Dom064

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

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

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

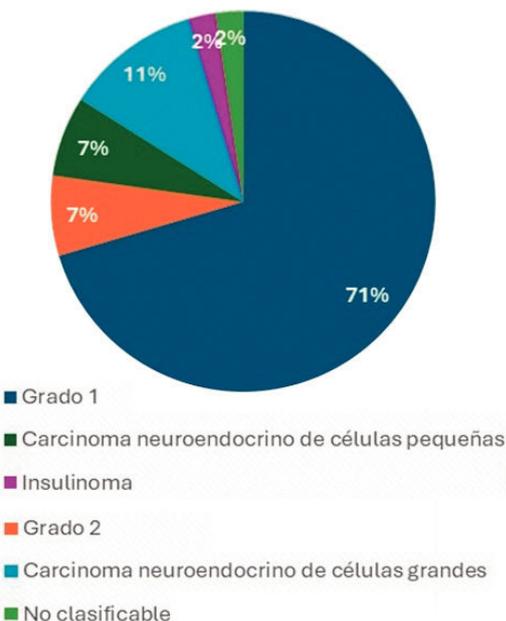
neuroendocrinas dispersadas a lo largo del sistema digestivo. Estas células, que poseen características tanto de las células nerviosas como de las endocrinas, dan lugar a la producción de diversas hormonas y neurotransmisores que regulan funciones fisiológicas esenciales. Los TNE-GI pueden desarrollarse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

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

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

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

### GRADO HISTOLOGICO DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS



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

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom065

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Dom066

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Dom067

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Tabla 1.** DTS (Decision to scope score). (Dom067)

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

## Dom068

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

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

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

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

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

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

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

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

**Financiamiento:** Ninguno.

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

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

## Dom069

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

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

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

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

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

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

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

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

## Dom070

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

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

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

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

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

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

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

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

## Dom071

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Dom072

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

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

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

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

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

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

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

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

## Dom073

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Dom074

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

A. G. Rivera-Flores, Unigastro

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

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

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

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

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

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

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom075

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

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

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

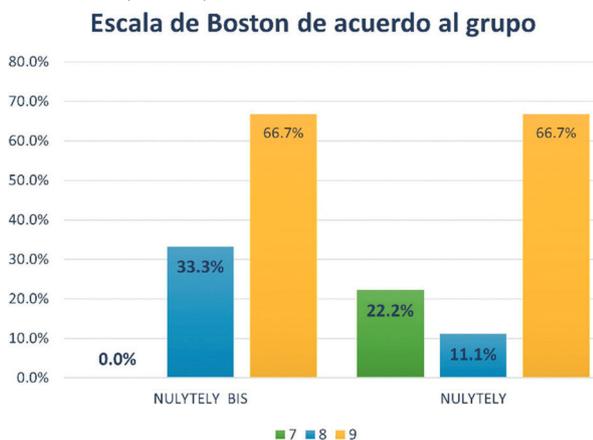
preparación con bisacodilo que requiere menos volumen y probablemente sea más adecuado su uso en este tipo de pacientes.

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

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

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

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



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

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom076

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

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

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

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

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

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

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

**Financiamiento:** Ninguno.

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

