



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 19 de noviembre de 2024

Misceláneos II

Mar290

INCIDENCIA DE COMORBILIDADES AUTOINMUNES, INFLAMATORIAS, NEUROLÓGICAS Y CRÓNICO-DEGENERATIVAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ACALASIA

D. P. Méndez-Hernández, M. Moreno-Fuentes, A. M. Villa-González, J. Furuza-wa-Carballeda, E. Coss-Adame, L. R. Valdovinos-García, M. Valdovinos-Díaz, L. O. González-Alcocer, G. Torres-Villalobos, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La acalasia es un trastorno de la motilidad esofágica caracterizada por aperistalsis y relajación incompleta del esfínter esofágico inferior. Su causa sugiere un origen autoinmunitario y la superposición con otras enfermedades autoinmunitarias o inflamatorias.

Objetivo: Evaluar la incidencia de enfermedades autoinmunitarias, inflamatorias, neurológicas y crónico-degenerativas en una cohorte de pacientes con acalasia.

Material y métodos: Se incluyó a 167 pacientes con acalasia de un centro de tercer nivel entre 2013 y 2024. El diagnóstico se estableció mediante manometría esofágica de alta resolución, esofagograma y endoscopia. Los datos demográficos, tipo de acalasia, enfermedades autoinmunitarias, inflamatorias o neurológicas y la fecha de diagnóstico se extrajeron del expediente clínico. Para el análisis estadístico, los pacientes se separaron por el sexo. Se realizó estadística descriptiva y se compararon variables categóricas mediante la prueba χ^2 o la prueba exacta de Fisher. Un valor de $p < 0,05$ se consideró como significativo.

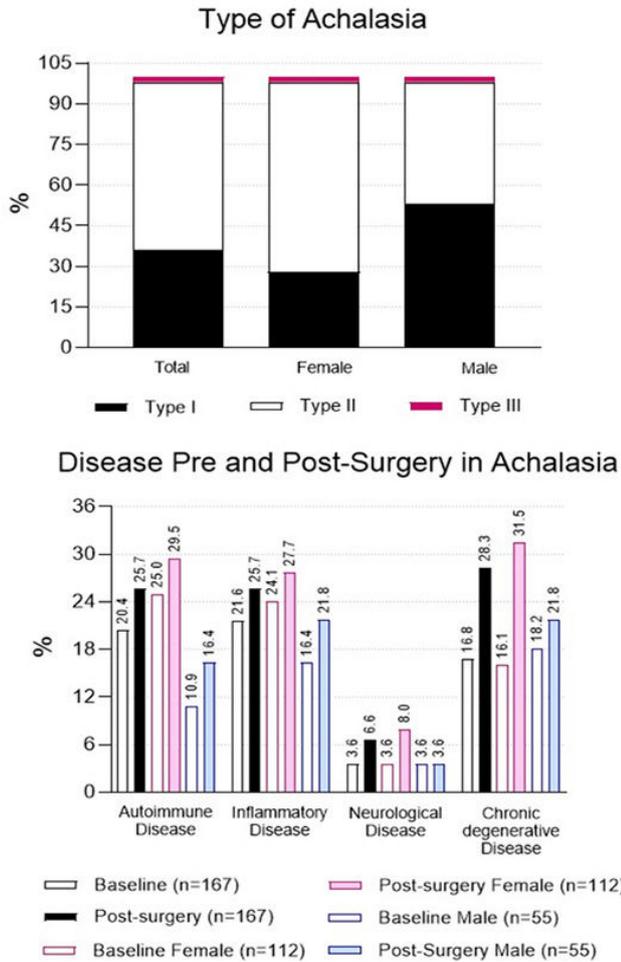
Resultados: Hasta 77% de los pacientes ($n = 112$) correspondió a mujeres (edad, $48,4 \pm 15,2$ años; duración de la enfermedad, $29,5 \pm 35,0$ meses) y 33%

a hombres (edad, $47,6 \pm 14,9$ años; duración de la enfermedad, $32,7 \pm 52,7$ meses). El 28% del grupo de mujeres y el 53% del de hombres tenían acalasia tipo I ($p = 0,002$), mientras que el 70% y 45% el tipo II ($p = 0,0038$). Los pacientes con tipo III correspondían al 2% en ambos grupos (Figura 1, panel superior). El 20,4% de los enfermos con acalasia sufría una enfermedad autoinmunitaria, el 21,6% inflamatoria, el 3,6% neurológica y el 16,8% crónico-degenerativa. Después de cinco años, estos porcentajes aumentaron al 25,7% (1,3 veces, tasa de incidencia = 5,03%), 25,7% (1,2 veces, tasa de incidencia = 3,5%), 6,6% (1,8 veces, tasa de incidencia = 1,2%) y 28,3% (1,7 veces), respectivamente (Figura 1, panel inferior). El 25,0% de las mujeres con acalasia padecía una enfermedad autoinmunitaria, el 24,1% inflamatoria, el 3,6% neurológica y el 16,1% crónico-degenerativa. Después de cinco años, estos porcentajes aumentaron a 29,5% ($p < 0,0001$), 27,7%, 8,0% y 31,5%, respectivamente. El 10,9% de los hombres con acalasia tenía una enfermedad autoinmunitaria, el 16,4% inflamatoria, el 3,6% neurológica y el 18,2% crónico-degenerativa. Luego de cinco años, estos porcentajes se elevaron a 16,4%, 21,8%, 3,6% y 21,8%, respectivamente. Las enfermedades autoinmunitarias más prevalentes en la población con acalasia fueron hipotiroidismo (10,2%), artritis reumatoide (3,6%), vitiligo (2,4%) y síndrome de Sjögren (1,8%). Después de cinco años, estos porcentajes se incrementaron a 11,4%, 6%, 4% y 6%, respectivamente. El hipotiroidismo (12,5%), la artritis reumatoide (4,5%), el vitiligo (4%) y el síndrome de Sjögren (3%) fueron más frecuentes en las mujeres que en los hombres (5,5%, 1,8%, 0% y 0%).

Conclusiones: En este estudio de cohorte se observó una prevalencia significativa de enfermedades autoinmunitarias entre los pacientes con acalasia. Las mujeres con acalasia mostraron una mayor incidencia de enfermedades autoinmunitarias en comparación con los hombres. Estos hallazgos sugieren una posible conexión patogénica entre la acalasia y las enfermedades autoinmunitarias.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Tipos de acalasia (panel superior). Porcentaje de enfermedades autoinmunitarias, inflamatorias, neurológicas y crónico-degenerativas en el grupo total, en mujeres con acalasia (barras rosas) y hombres con acalasia (barras azules) antes de la miotomía (barras sin color) y cinco años después de la miotomía (barras con color) (panel inferior). (Mar290)



Mar291

VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DE LA VERSIÓN CORTA DE LA ESCALA DE HIPERVIGILANCIA ESOFÁGICA Y ANSIEDAD ESPECÍFICA “EHAS-7” EN POBLACIÓN MEXICANA

M. Vieyra-Vega, B. A. Priego-Parra, A. P. Vázquez-Cruz, K. R. García-Zermeño, M. Amieva-Balmori, F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, M. Palacios-Cruz, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La hipervigilancia y ansiedad esofágica, muy prevalentes en individuos con síntomas esofágicos, intensifican la actividad del sistema nervioso autónomo y exacerban las comorbilidades neuropsicológicas al amplificar el efecto clínico en los pacientes. La escala de hipervigilancia esofágica y ansiedad específica (EHAS) se utiliza para valorar procesos cognitivo-afectivos y se ha evaluado en distintas afecciones. Para mejorar su utilidad clínica se desarrolló una versión corta de siete reactivos (EHAS-7-Mx) que se completa en dos minutos y mantiene las propiedades psicométricas del original.

Objetivo: Desarrollar la versión corta del cuestionario EHAS que elimina reactivos subóptimos y selecciona los que preservan la consistencia y fiabilidad interna.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se integró una muestra de pacientes consecutivos que fueron objeto de manometría o pH-metría esofágica entre noviembre de 2018 y abril de 2024 en el

Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Se recolectaron variables sociodemográficas. Todos los individuos contestaron las escalas para evaluar disfagia, intensidad de síntomas, estrés, ansiedad, depresión, catastrofización e hipervigilancia esofágica (BEDQ, escala de Eckardt, GERD-Q, RSI, HAD, PCS, PSS, PAGI-SYM, y EHAS). Para identificar los reactivos a excluir se efectuó un análisis factorial de componentes principales (PCFA) con todas las preguntas del EHAS y se estableció un punto de corte para la correlación reactivo-escala > 0,69. Los reactivos con una carga factorial inferior a este umbral se consideraron para eliminación. Luego se repitió el PCFA con los reactivos retenidos que tuvieron un valor propio > 1. La consistencia interna se midió con el alfa de Cronbach y la fiabilidad dividida por mitades con la prueba de Guttman. En las correlaciones se utilizó la prueba de Spearman. Se realizó un modelo de regresión lineal generalizado. Se utilizó la escala de ansiedad (HAD-A) como predictor y se realizó una curva ROC para determinar el punto de corte óptimo para la derivación a evaluación psicológica. La significancia estadística se estableció con $p < 0,05$. Los datos se analizaron con SPSS v.26, R Studio y JMP v.17.

Resultados: De 1 978 pacientes, 331 cumplieron los criterios de inclusión. La mayoría correspondió a mujeres (54,1%) (mediana de edad de 51 años, RIQ 50-52). Hasta 60% de los individuos sufrió regurgitación como síntoma principal. La ERGE fue el diagnóstico más común (26,4%). Según la CCV4, la motilidad esofágica inefectiva predominó en el 9,6% de los casos. El PCFA identificó ocho reactivos del EHAS por debajo del punto de corte. Al repetir el PCFA se encontró una estructura de un solo factor de siete reactivos con intervalo de 0 a 28 en el EHAS7-Mx (Tabla 1). Las correlaciones fueron moderadas a sólidas entre preguntas (0,491 a 0,670, $p < 0,0001$). El EHAS tuvo un α de Cronbach de 0,92, y el EHAS-7-Mx de 0,90. Ambos cuestionarios se correlacionaron significativamente de forma moderada a sólida con BEDQ, GERDQ, RSI, Eckardt, PAGI-SYM, HAD, PSS y PCS. Los análisis de regresión mostraron que EHAS y EHAS-7-MX fueron predictores significativos de las variables neuropsicológicas ($p < 0,001$). El punto de corte identificado fue 15 para la derivación a evaluación psicológica, con una sensibilidad de 0,76 y una especificidad de 0,62.

Conclusiones: El EHAS-7-Mx tiene fiabilidad y validez excelentes. Los cuestionarios más breves optimizan resultados al reducir la carga para pacientes y profesionales de la salud, lo que facilita su uso en la práctica clínica diaria. No obstante, es necesaria una validación externa adicional que confirme estos hallazgos en diferentes poblaciones y entornos clínicos.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Tabla 1. Análisis factorial de los componentes principales para EHAS y EHAS-7-Mx con estadísticas de fiabilidad. (Mar291)

| Reactivo del EHAS | Subescala del EHAS | PCFA 1 EHAS | PCFA 2 EHAS-7-Mx |
|---|--------------------|-------------|------------------|
| <i>Conservados para EHAS-7-MX</i> | | | |
| 4. No puedo dejar de pensar en estas molestias | ESA | 0,775 | 0,789 |
| 6. Estoy frecuentemente preocupado por mis problemas de la garganta/pecho/esófago | ESA | 0,785 | 0,808 |
| 7. Se me hace difícil disfrutar la vida ya que no logro dejar de pensar en los síntomas de garganta/pecho/esófago | ESA | 0,745 | 0,830 |
| 8. Tan pronto me despierto, me siento preocupado de si tendré molestias de garganta/pecho/esófago durante ese día | ESA | 0,769 | 0,836 |
| 11. Me concentro en las sensaciones provenientes de mi esófago | EHV | 0,730 | 0,716 |
| 14. Me asusto cuando experimento síntomas de garganta/pecho/esófago | ESA | 0,709 | 0,751 |
| 15. Estos síntomas son terribles y me siento agobiado/superado por ellos | ESA | 0,789 | 0,828 |
| <i>Eliminados</i> | | | |
| 1. Estos síntomas son terribles y creo que las cosas nunca van a mejorar | ESA | 0,608 | |
| 2. Soy muy sensible a síntomas del esófago como acidez (ardor) o dolor torácico | EHV | 0,491 | |

| | | | |
|--|-----|-------|-------|
| 3. Deseo ansiosamente que los síntomas desaparezcan | ESA | 0,602 | |
| 5. No hay nada que yo pueda hacer para reducir la intensidad de estos síntomas | ESA | 0,639 | |
| 9. Me doy cuenta de los cambios repentinos o transitorios que ocurren en mi esófago | EHV | 0,635 | |
| 10. Rápidamente me doy cuenta de cambios en la ubicación o gravedad de mis síntomas esofágicos | EHV | 0,631 | |
| 12. Me doy cuenta de mis síntomas mientras estoy ocupado en otra cosa | EHV | 0,614 | |
| 13. Estoy atento al nivel de intensidad de mis síntomas | EHV | 0,708 | 0,689 |
| <i>Fiabilidad estadística</i> | | | |
| Alfa de Cronbach | | 0,920 | 0,903 |
| Fiabilidad dividida por mitades | | 0,866 | 0,867 |

EHAS, escala de Hipervigilancia Esofágica y Ansiedad Específica; EHAS-7-Mx, versión corta de la escala de Hipervigilancia Esofágica y Ansiedad Específica para población mexicana; PCFA, análisis factorial de componentes principales; ESA, ansiedad esofágica específica; EHV, hipervigilancia esofágica.

Mar292

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

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

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) afecta significativamente la función sexual debido a síntomas como diarrea, fatiga y dolor abdominal. Estos efectos negativos en la sexualidad e intimidad son una de las principales preocupaciones de los pacientes. Sin embargo, son limitados los datos sobre la prevalencia y características de la disfunción sexual y la disfunción eréctil en esta población, lo que resalta la necesidad de realizar más investigaciones en este campo.

Objetivo: Evaluar la función sexual en pacientes de ambos géneros con diagnóstico de EII.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal en el que se incluyó a 45 pacientes consecutivos atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Para la evaluación de la función sexual femenina se seleccionó a 19 pacientes del sexo femenino, de las cuales 14 tenían diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y cinco enfermedad de Crohn (EC). Para la evaluación de la función sexual masculina se incluyó a 26 pacientes del sexo masculino, de los que 21 tenían diagnóstico de CUCI y cinco EC. Se utilizó el índice de función sexual femenina para evaluar la función sexual en mujeres, el cual examina seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Para los hombres se usó el índice internacional de función eréctil que evalúa cinco dominios: función eréctil, satisfacción sexual, deseo sexual, satisfacción global y función orgásmica. Además de los cuestionarios se recolectaron datos clínicos y demográficos de cada paciente para una caracterización completa de la muestra. Esta información se recopiló y analizó para identificar la prevalencia de disfunción sexual en la población estudiada. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 29.

Resultados: En el estudio sobre la función sexual en pacientes con EII se encontró que el 63,2% de las mujeres no sufrió disfunción sexual, mientras que el 36,8% experimentó algún grado de disfunción. En cuanto a los hombres, el 73,1% presentó algún tipo de disfunción eréctil y superó de forma significativa al 26,9% que no tuvo ninguna disfunción. El 73,7% de las mujeres tenía CUCI. La mayoría se hallaba en fase inactiva (58,33%) y tenían una extensión E3 de la clasificación de Montreal (47,4%). El 26,3%, padecía EC con la clasificación de Montreal, sobre todo en A3, B2, L3. El 80,8% de los hombres tenía CUCI, con un 57,6% en fase inactiva y la mayoría mostró una extensión E3

(47,36%). El 19,2% sufría EC, con mayor gravedad de disfunción sexual, en particular los pacientes clasificados con la escala de Montreal A2, B2, L4.

Conclusiones: Este estudio muestra que mientras una mayoría de las mujeres con EII no presentaba disfunción sexual, una elevada proporción de hombres, en especial aquellos con EC, sufría disfunción eréctil. Estos hallazgos subrayan la importancia de evaluar y tratar la disfunción sexual en pacientes con EII para mejorar su calidad de vida. Además, la variabilidad en la gravedad y el tipo de disfunción sexual entre los diferentes subgrupos de EII señalan la necesidad de efectuar abordajes personalizados en el control clínico de estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Mar293

RESULTADOS DE UNA CAMPAÑA DE PRUEBAS PIF PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL

R. N. Domínguez-Barradas, R. Aguirre-Lázaro, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: El cáncer colorrectal es la tercera neoplasia más común en el mundo, con más de 1,9 millones de nuevos casos diagnosticados en 2022, lo que representa aproximadamente el 10% de todos los casos de cáncer y es la segunda causa de mortalidad por cáncer. En las últimas dos décadas ha aumentado la incidencia entre pacientes menores de 50 años, lo cual señala la necesidad urgente de implementar programas de tamizaje para diagnósticos y tratamientos más tempranos. El tamizaje está recomendado para pacientes asintomáticos de 45 a 75 años, con consideraciones individuales hasta los 85 años, y ha demostrado ser efectivo en la prevención y reducción de la mortalidad adjunta. La prueba inmunológica fecal (PIF) y la colonoscopia son los métodos más empleados, pero la colonoscopia es la preferida para el tamizaje y el diagnóstico. El PIF detecta sangre oculta en heces con alta sensibilidad y especificidad, con uso de anticuerpos contra la fracción de globina del hem. La sensibilidad para neoplasia colorrectal avanzada varía entre 25% y 27% y para el cáncer colorrectal entre 74% y 81%. Se recomiendan pruebas anuales, aunque algunos grupos se inclinan por intervalos bianuales. Este tamizaje no solo mejora las oportunidades de diagnóstico temprano, sino que también reduce en grado significativo la morbilidad y mortalidad por cáncer colorrectal.

Objetivo: Informar de manera clara y detallada los resultados obtenidos durante la campaña de pruebas PIF realizada en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, incluido el número de personas participantes y los resultados de las pruebas (positivos y negativos), así como emitir recomendaciones basadas en los resultados obtenidos.

Material y métodos: El estudio fue prospectivo y observacional, conducido en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara entre abril y junio de 2023. Incluyó a pacientes mayores de 40 años, con y sin factores de riesgo para cáncer colorrectal. Se implementó un protocolo de tamizaje con pruebas de inmunquímica fecal (PIF). Los participantes llenaron un cuestionario sobre factores de riesgo relacionados con cáncer colorrectal. En aquellos con una prueba PIF positiva se indicó colonoscopia como estudio de confirmación. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media y desviación estándar.

Resultados: Se realizaron 173 pruebas PIF, con 103 mujeres (59,5%) y 70 hombres (40,5%) y edad media de 59,2 años. Se obtuvieron 19 pruebas PIF positivas (13,19%) y 154 negativas (89,01%). Los factores de riesgo más frecuentes fueron los antecedentes familiares de cáncer (61,8%), el sedentarismo (45,7%) y el consumo de alcohol (38,2%). De los 19 positivos, 13 eran mujeres (68,4%). En 13 pacientes con prueba positiva se identificaron pólipos en 6 (46,2%) y adenocarcinoma en 1 (7,7%). Los factores de riesgo más importantes reconocidos en este grupo de pacientes fueron la obesidad y el antecedente familiar de cáncer colorrectal, como se muestra en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Los resultados de la prueba PIF en este estudio revelan su utilidad como una herramienta efectiva para la detección inicial de alteraciones como pólipos, tumores malignos y enfermedades benignas del tracto intestinal, y permite establecer un diagnóstico y una intervención temprana en combinación con la colonoscopia. Los pacientes con resultados positivos mostraron una gran prevalencia de obesidad, hipertensión arterial sistémica y antecedentes familiares de cáncer colorrectal, por lo que informar a la población sobre los factores de riesgo modificables y promover hábitos de vida saludables puede reducir la incidencia del cáncer colorrectal.

Financiamiento: La Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y la Sociedad de Gastroenterología del Estado de Jalisco suministraron las pruebas PIF.

| Variable | Pacientes que participaron en la campaña n = 173 | | Pacientes con prueba PIF negativa n = 154 | | Pacientes con prueba PIF positiva n = 19 | | p |
|-------------------------------|---|------|--|------|---|------|--------------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sexo | | | | | | | |
| Hombres | 70 | 40,5 | 64 | 41,6 | 6 | 31,6 | 0,4035 |
| Mujeres | 103 | 59,5 | 90 | 58,4 | 13 | 68,4 | 0,4035 |
| Edad | | | | | | | |
| 40-50 años | 11 | 6,4 | 11 | 7,2 | 0 | 0 | 0,2280 |
| 41-60 años | 92 | 53,2 | 82 | 53,2 | 10 | 52,6 | 0,9607 |
| 61-70 años | 45 | 26 | 40 | 26 | 5 | 26,3 | 0,9776 |
| > 80 años | 25 | 14,5 | 21 | 13,6 | 4 | 21,1 | 0,3814 |
| Media | 59,2 | - | 58,5 | - | 62,1 | - | - |
| Factores de riesgo | | | | | | | |
| IMC | | | | | | | |
| Peso normal | 51 | 29,5 | 51 | 33,1 | 0 | 0 | 0,0029 |
| Sobrepeso | 87 | 50,3 | 81 | 52,6 | 6 | 31,6 | 0,0850 |
| Obesidad tipo 1 | 27 | 15,6 | 21 | 13,6 | 6 | 31,6 | 0,0418 |
| Obesidad tipo 2 | 6 | 3,5 | 0 | 0 | 6 | 31,6 | < 0,0001 |
| Obesidad tipo 3 | 2 | 1,1 | 1 | 0,7 | 1 | 5,3 | 0,0839 |
| HAS | 47 | 27,2 | 38 | 24,7 | 9 | 47,4 | 0,0364 |
| Diabetes mellitus | 36 | 20,8 | 31 | 20,1 | 5 | 26,3 | 0,5309 |
| Consumo de alcohol | 66 | 38,2 | 60 | 38,9 | 6 | 31,6 | 0,5376 |
| Tabaquismo | 35 | 20,2 | 29 | 18,8 | 6 | 31,6 | 0,1911 |
| Ejercicio | | | | | | | |
| Sedentarios | 81 | 46,8 | 70 | 45,5 | 11 | 57,9 | 0,3082 |
| 1 a 3 días/sem | 47 | 27,2 | 43 | 27,9 | 4 | 21,1 | 0,5307 |
| 4 a 6 días/sem | 36 | 20,8 | 33 | 21,4 | 3 | 15,8 | 0,5714 |
| Diario | 9 | 5,2 | 8 | 5,2 | 1 | 5,3 | 0,9853 |
| Antecedentes de cáncer | | | | | | | |
| AHF de cáncer | 107 | 61,8 | 92 | 59,7 | 15 | 78,9 | 0,1051 |
| Colorrectal | 35 | 20,2 | 27 | 17,5 | 8 | 42,1 | 0,0120 |
| Mama | 17 | 9,8 | 16 | 10,4 | 1 | 5,3 | 0,4826 |
| Gástrico | 16 | 9,2 | 15 | 9,7 | 1 | 5,3 | 0,5328 |
| Pulmón | 9 | 5,2 | 7 | 4,5 | 2 | 10,5 | 0,2660 |
| Útero | 7 | 4 | 6 | 3,9 | 1 | 5,3 | 0,7710 |
| Ovario | 5 | 2,9 | 5 | 3,2 | 0 | 0 | 0,4302 |
| Linfoma | 4 | 2,3 | 3 | 1,9 | 1 | 5,3 | 0,3496 |
| Melanoma | 4 | 2,3 | 3 | 1,9 | 1 | 5,3 | 0,3496 |
| Hígado | 3 | 1,7 | 3 | 1,9 | 0 | 0 | 0,5457 |
| Sarcoma | 2 | 1,2 | 2 | 1,3 | 0 | 0 | 0,6182 |
| Testículo | 2 | 1,2 | 2 | 1,3 | 0 | 0 | 0,6182 |
| EI | 5 | 2,9 | 5 | 3,2 | 0 | 0 | 0,4302 |
| CUCI | 4 | 2,3 | 4 | 2,6 | 0 | 0 | 0,4783 |
| Enfermedad de Crohn | 1 | 0,6 | 1 | 0,6 | 0 | 0 | 0,7357 |
| Colonoscopia | | | | 13 | | 68,4 | |
| Hallazgo | | | | | | | |
| Pólipos | - | - | - | - | 6 | 46,2 | |
| Divertículos | - | - | - | - | 4 | 30,7 | |
| Tumor | - | - | - | - | 1 | 7,7 | |
| Normal | - | - | - | - | 3 | 23,1 | |
| Informe de biopsias | | | | | | | |
| Adenocarcinoma | - | - | - | - | 1 | 7,7 | |
| Adenoma tubular | - | - | - | - | 6 | 46,2 | |
| Normal | - | - | - | - | 7 | 53,8 | |

HAS, hipertensión arterial sistémica; AHF, antecedentes hereditarios; EI, enfermedad inflamatoria intestinal; CUCI, colitis ulcerosa crónica inespecífica.

Mar294

BIOMARCADORES EN SALIVA MEDIANTE ESPECTROSCOPIA EITF Y UN SENSOR DE LÁSER DE CASCADA CUÁNTICA DE HEMORRAGIA VARICEAL

A. Martínez-Cuazitl, C. E. Coronel-Castillo, G. J. Vázquez-Zapién, M. M. Mata-Miranda, E. Cerda-Reyes, Hospital Central Militar

Introducción: El hígado es el sitio de síntesis de la mayor parte de las proteínas circulantes; desde el inicio de la transcripción hasta las modificaciones postraduccionales (MPT), estas últimas pueden alterarse en diversas anomalías. La cirrosis hepática (CH) puede deberse a múltiples causas, como el alcoholismo, infecciones virales y enfermedad esteatótica relacionada con la disfunción metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*). En etapas iniciales de la cirrosis, el hígado puede compensar y los pacientes no presentar síntomas; sin embargo, en individuos con cirrosis descompensada ésta puede reconocerse por hemorragia variceal, ascitis, encefalopatía y síndrome hepatorenal. La trombocitopenia (plaquetas < 150 000 /L) es un predictor de mal pronóstico, así como su nexa con hipertensión portal y hemorragia variceal; las MPT de las proteínas se afectan, aumenta la oxidación del fibrinógeno y disminuye la glucosilación de la ferritina. Esta última es un marcador de necroinflamación hepática y ha demostrado una relación con muerte temprana en pacientes cirróticos descompensados.

Objetivo: Determinar los biomarcadores de hemorragia variceal mediante espectrometría infrarroja con la transformada de Fourier (EITF) en saliva.

Material y métodos: Pacientes con diagnóstico de cirrosis compensada y descompensada atendidos en el Hospital Central Militar entre mayo y junio

del 2024. Tipo de estudio: prospectivo, de cohorte transversal, observacional y analítico. Variables analizadas: cambios espectrales mediante EITF y sensor de láser de cascada cuántica en la región de la amida I en saliva de pacientes con cirrosis compensada y descompensada, plaquetas y sangrado variceal. Análisis estadístico: los resultados se analizaron mediante correlación de Pearson o rho de Spearman, así como U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyó a 42 pacientes, 20 compensados y 22 descompensados, de los cuales ocho sufrieron hemorragia variceal. De los sujetos con hemorragia variceal, 5 (62,5%) tenían plaquetas < 150 000. De las variables analizadas mediante EITF se realizó el análisis de la segunda derivada de diversas regiones espectrales y se reconocieron diferencias estadísticamente significativas en la región de la amida I y la región de proteínas fosforiladas y glucosiladas entre los pacientes con y sin hemorragia variceal, SD 1 657 cm⁻¹-1 653 cm⁻¹ (p = 0,348), SD 1 653 cm⁻¹-1 646 cm⁻¹ (p = 0,002), SD 1 107 cm⁻¹-1 091 cm⁻¹ (p = 0,009), SD 1 063 cm⁻¹-1 042 cm⁻¹ (p = 0,006), SD 1 036 cm⁻¹-1 029 cm⁻¹ (p = 0,057), SD 993 cm⁻¹-977 cm⁻¹ (p = 0,01), SD 952 cm⁻¹-920 cm⁻¹ (p = 0,01); la región de la amida I se analizó con un sensor de láser de cascada cuántica y se identificaron de igual manera diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con hemorragia variceal y sin ella, SNV 390 (p = 0,026), además de correlación entre las regiones de la segunda derivada con los valores de plaquetas.

Conclusiones: La segunda derivada de la amida I vinculada con la estructura de la hélice alfa de las proteínas se correlaciona con la hemorragia variceal en pacientes cirróticos, lo cual se vincula con el valor detectado mediante el sensor de láser de cascada cuántica. Esto refleja la hipertensión portal relacionada con la cirrosis y la descompensación; además, en la segunda derivada se evidencian las alteraciones de la glucosilación de las proteínas como la ferritina, que también se acompaña de un mal pronóstico en pacientes con cirrosis.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.