

# Trabajos libres en cartel

DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES SEGÚN CRITERIOS ROMA II (No. de trabajo: 41)  
Fragoso Arbelo T, Rivas DD, Díaz Lorenzo T, Llorian Aucar ME, Benech Jiménez Y.  
Hospital Pediátrico Universitario. La Habana Plaza, Cuba.

**Introducción:** los trastornos funcionales gastrointestinales son motivo de consulta frecuente en la infancia y adolescencia, presentando un serio problema social y en la dinámica familiar. **Objetivo:** Conocer la frecuencia e identificar y validar las características clínicas de los diferentes grupos de los trastornos funcionales gastrointestinales según los criterios de Roma II. **Método:** durante un periodo de dos años a los pacientes atendidos en consulta de Gastroenterología con diagnóstico probable de trastorno funcional gastrointestinal se les realizó una encuesta de los síntomas a pacientes y/o padres o tutores y el examen físico completo en la primera visita. Los resultados se vertieron en una base de datos confeccionada al respecto y procesada por el sistema estadístico Epiinfo 6 a través de frecuencias absolutas y relativas con un intervalo de confianza de 95%. **Resultados:** se consideraron 227 pacientes con trastornos funcionales gastrointestinales según los criterios de Roma II menores de 17 años, distribuidos de la siguiente forma: síndrome de vómitos cíclicos 19 (8.4%), entre 2-10 años (media 5 años), 57.9% del sexo femenino. Migraña seis (31.5%) y síndrome intestino irritable dos (10.5%) como enfermedad asociada. Dolor abdominal 90 (39.6%), entre 5-16 años (media 10 años): dispepsia funcional 31 (34.5%), entre 6.5-16 años (media 12 años), 64.5% sexo masculino, síndrome de intestino irritable 32 (35.6%), entre 5-15 años (promedio 9.5 años), 53.2% femeninos; dolor abdominal funcional 17 (18.8%), entre 5-14 años (media 8 años), 76.5% femeninos; migraña abdominal nueve (10%), entre 6.5-11 años (media 8.5 años), 55.6% femenino y aerofagia uno (1.1%), de 15 años, masculino. Diarrea funcional 44 (19.4%) entre seis y 36 meses (media 17 meses), 44.7% entre 6-12 meses, 59.1% masculino; 43.1% comenzó después de un episodio de diarrea aguda; 11.4% desnutridos y 18.8% antecedentes de giardiasis. Trastornos de la defecación 74 (32.5%): disinergeria del lactante cinco (6.8%), entre 15-30 días (media 22 días), 60% masculino; constipación funcional 21(28.4%), entre 2-5 años (media 3.5 años), 52.4% femenino; retención fecal funcional 45 (60.8%), entre 1.5-12 años (media 5.5 años), 60% de sexo masculino; incontinencia fecal no retentiva tres (4%), entre 9-13.5 años (media 12 años), 100% masculino. **Conclusiones:** los trastornos funcionales gastrointestinales son frecuentes en nuestros niños y adolescentes. El diagnóstico basado en los síntomas clínicos según los criterios de Roma II es útil en el diagnóstico y evolución de los mismos, aunque con el inconveniente de las restricciones en la edad en especial en los trastornos de la defecación.

SIGNIFICANT DECREASE OF THE *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION IN BUDAPEST (COMPARISON EPIDEMIOLOGICAL TRIAL) BASED ON: 1989-1995: 2151 PATIENTS AND 1999-2004: 3415 PATIENTS (No. de trabajo: 44)  
Takats Tamas A, \*\*Egri G, \*\*\*Novák J, \*\*\*\*Csiki Z, \*\*\*\*\*Demeter P, \*Kupcsulik P.  
\*Semmelweis Medical University 1st Dept Surgery, Budapest, \*\*Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, \*\*\*Pandy County Hospital, Gyula, \*\*\*\*Debrecen University, Debrecen, \*\*\*\*\*St Margit Hospital, Budapest. Hungary.

**Introduction:** Between 1989 and 1995 on the basis of 2151 patients we could report on the frequency of infection with *Helicobacter pylori* (HP) in North of Pest (GUT Suppl. No. 2. Vol. 39, 1996. A84). Ten years later in the similar period of time between 1999 and 2004 we elaborated the data of 3415 patients who underwent an endosmotically experiment at our first clinical test because of their stomach aches and there had been the first such examinations in them. **Method and patients (PTS):** the method for the detection of HP was histological examination (by staining sec. Warthin-Starry or Giemsa) and/or Urease Breath Test (UBT) or cultivation. The factors to be determined were age, sex, gastroscopical diagnosis and permanent address concerning the proportion of infection with *Helicobacter pylori* or the comparing date from our last epidemiological analysis. The distribution of infection by HP in the PTS (comparison with our previous examination) is presented in the following two tables:

**Table 1.** Rate of *H. pylori* infection between the two periods according to age-groups.

Time period	age(yrs)	0-20	21-30	31-40	41-50	51-60
1989-1995	HP+	18	90	220	342	241
1989-1995	PTS all	70	186	385	550	403
1989-1995	HP+ %	25,7	48,4	57,1	62,2	59,8
1999-2004	HP+	5	91	117	282	380
1999-2004	PTS all	40	310	328	632	767
1999-2004	HP+ %	12,5	29,4	35,7	44,6	49,5

  

Time period	age(yrs)	61-70	71-80	81-99	total
1989-1995	HP+	171	95	34	1211
1989-1995	PTS all	298	187	72	2151
1989-1995	HP+ %	57,4	50,8	47,9	56,3
1999-2004	HP+	264	256	69	1464
1999-2004	PTS all	594	561	183	3415
1999-2004	HP+ %	44,4	45,6	37,7	42,9

**Table 2.** Rate of *H. pylori* infection between the two periods according to years of birth.

Time period	yr(birth)	1965-74	1955-64	1945-54	1935-44
1989-1995	PTS all	70	186	385	550
1999-2004	PTS all	310	328	632	767
1889-1995	HP+%	25,7	48,4	57,1	62,2
1999-2004	HP+%	29,4	35,7	44,6	49,5
Differ. Expressed	(%)	-3,7	12,7**	2,5**	2,7**

  

Time period	yr(birth)	1925-34	1915-24	1905-14	total
1989-1995	PTS all	403	298	187	2151
1999-2004	PTS all	594	561	183	3415
1889-1995	HP+%	59,8	57,4	50,8	56,3
1999-2004	HP+%	44,4	45,6	37,7	42,9
Differ. Expressed	(%)	15,4**	11,8**	13,1*	13,4**

\*p<0,01, \*\*p<0,001 (significant difference).

**Results:** In the period between 1999 and 2004 in all age groups the HP infection proportion has significantly been reduced. In the distribution of years of birth besides those having been born in the period of 1965 and 1974 the reduction was generally significant as far as HP-positive cases. While the grade of infection in the age of 31-to 80 years reflected to the period of 1989-1995 was lying above 50 %, or even reached the 62%, in the last period the HP positives could be diminished in all age group considerably. The proportion of infection at the peptic ulcer diseases was going down and a great measure the same proportion hardly ever moved at GERD group. Within Budapest the infection grade lies in Buda, North Pest and City around 30%, Eastern part and Southern Part of Pest has 40% or above and surrounding villages Exceeds 50%. **Conclusion:** The great diminishing of HP infection is to be explained by the better living standards whole comfort, usage of freezing device, generalized conservation of food and because of big number of eradication treatment of the last 20 years.

NUEVO KIT DIAGNÓSTICO PARA IDENTIFICACIÓN DEL *HELICOBACTER PYLORI* PATÓGENO. ESTUDIO DE 10 AÑOS EN 640 PACIENTES. CULTIVO TEST UREASA Y GENOTIPIFICACIÓN (No. de trabajo: 64)  
Kawaguchi F, González C, Briceño C, Ortiz P, Riquelme F, Yáñez CG, Vega E, Loaiza R, García A, Venegas G, Castillo JL, Castillo M, Zuloaga G. Universidad de Concepción. Facultad de Medicina Departamento Medicina Interna. Concepción, Chile.

Se realiza en una red de hospitales privados y públicos un proyecto aprobado por el Gobierno de Chile para crear un kit diagnóstico de *Helicobacter pylori* con el objeto de determinar la patogenicidad del mismo a través de un estudio de cultivo antibiótico, el cual demuestra la alta resistencia a metronidazol (70%) y el creciente aumento en claritromicina (20%). El estudio se complementa con genotipificación y

correlación con la clínica. Actualmente este estudio se ha transformado en el análisis más importante de *Helicobacter pylori* en el Cono Sur de América.

**CORRELACIÓN GENOTÍPICA DE MALT GÁSTRICOS EN CORRELACIÓN CON LA CLÍNICA Y LA PROFUNDIDAD DE INVASIÓN BAJO ANÁLISIS EUS (No. de trabajo: 65)**

Kawaguchi F, Briceño C, Riquelme F, Loaiza R, Yáñez CG, Vega E, Vera V, Zuloaga G. Universidad de Concepción. Facultad de Medicina Departamento Medicina Interna. Concepción, Chile.

Se estudia en 11 pacientes portadores de MALT gástrico el genotipo del *Helicobacter*, su resistencia antibiótica y su correlación entre su histología de severidad y la profundidad de invasión bajo análisis de EUS, determinando en ciertos casos sólo tratamiento con anti *Helicobacter pylori*, o con tratamiento oncotérapico complementario. Se analiza el tiempo de tratamiento anti *Helicobacter pylori*, la pertinencia del tratamiento quimiorradioterápico y la sobrevida de los pacientes.

**IMPORTANCIA DE LOS MACRÓFAGOS INTESTINALES COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO COMPLEMENTARIO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (No. de trabajo: 67)**

Kawaguchi F, Briceño C, Riquelme F, Loaiza R, Yáñez C, Pérez T, Pérez N, Heisser A, Vega E, Ortiz P, Alfaro I, Ortiz C. Universidad de Concepción. Facultad de Medicina Departamento Medicina Interna. Concepción, Chile.

Se realizó un estudio desde noviembre de 1998 a marzo de 2006, en el cual se logró evaluar 462 pacientes que consultaron por sospecha de crisis de enfermedad inflamatoria intestinal, con hemorragia digestiva baja, asociada o no en algunos casos a mucosidades, fiebre, artralgias, lesiones cutáneas, síndrome de mala absorción con esteatorrea, y compromiso del estado general. De estos pacientes, se seleccionaron 96 de entre 14 a 52 años de edad, sin diferencia significativa por sexo, ruralidad, ni tipo de instrucción ni actividad laboral, quienes presentaron el cuadro de hemorragia digestiva baja. Los estudios colonoscópicos realizados en primera instancia se lograron asociar en 32% (cinco años atrás la correlación clínicohistológica y la histológica sólo alcanzaba 14% en el primer diagnóstico histológico). Este diagnóstico histopatológico mejoró a 77% en aquellos pacientes que no recibieron tratamiento para enfermedad inflamatoria en ese primer episodio (con un segundo estudio histológico que variaba entre las 72 horas hasta los 11 meses luego del primer episodio de hemorragia digestiva baja). En estos pacientes, se realizó complementariamente el estudio de macrófagos intestinales, el cual integra entre otros parámetros; HLA-DR, CD16, CD33, CD 11, CD 86, CD19, destacando el aporte de los 2 primeros, para demostrar cronicidad y actividad de la actividad inflamatoria intestinal. Además se realizó P53, PCNA, índice ADN, fase S proliferativa, demostrando el valor de estos parámetros para el diagnóstico complementario y definir tratamiento aún sin la llegada del informe histológico, en las primeras 24 horas.

**SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y CIRUGÍAS: ANÁLISIS RETROSPECTIVO (No. de trabajo: 68)**

Martín González RA, Ruiz MR. Centro Privado. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el SII es un trastorno gastrointestinal funcional crónico y frecuente caracterizado por disconfort o dolor abdominal, alteraciones de la evacuación intestinal (constipación y/o diarrea) distensión abdominal y otros síntomas. Produce un alto costo a la sociedad en términos de ausentismo laboral, consultas, estudios complementarios, tratamientos y aparentemente cirugías innecesarias. Estudios previos sugieren que pacientes con SII tienen mayor incidencia de cirugías abdominopelvianas que grupos controles sin esta enfermedad (Gastroenterología 2004; 126: 1665-1673), (Gastroenterología 2003; 124: A388). **Objetivo:** determinar la incidencia de procedimientos quirúrgicos abdominopelvianos en los pacientes con SII y en los pacientes sin esta enfermedad, en la consulta de gastroenterología de una población ambulatoria cerrada. **Pacientes y métodos:** se incluyeron 1,025 pacientes: 761 mujeres, edad media 48.21 años (margen 14-70 años) y 264 hombres,

edad media 46.01 años (margen 14-72 años) con diagnóstico de SII sobre la base de los criterios de Roma II y normalidad de los estudios complementarios realizados, y 1,229 pacientes, 605 mujeres, edad media 47.96 años (margen 14-78 años) y 624 hombres edad media 51.21 años (margen 14-75 años) sin SII de un total de 2,254 pacientes que acudieron a la consulta ambulatoria de gastroenterología provenientes de la práctica privada en el periodo comprendido entre julio de 2003 y diciembre 2005. **Resultados:** en los 1,025 (45.5%) pacientes con SII, las cirugías más frecuentes fueron 303 (29.5%) colecistectomías; 172 (17.78%) apendicectomías; 45 (4.39%) hernioplastias; 44 (4.29%) histerectomías; 37 (3.02%) resecciones de ovarios. Otras menos frecuentes fueron: nueve (0.87%) resecciones de colon; seis (0.58%) resecciones de quistes hidatídicos; cuatro (0.39%) gastrectomías; tres (0.29%) nefrectomías; dos (0.19%) piloroplastias; uno (0.09%) resección de divertículo de Meckel; uno (0.09%) cirugía por bridas. De los cuales 57 pacientes con SII (5.56%) (51 mujeres y seis hombres) habían sido sometidos a apendicectomía y colecistectomía respectivamente. En los 1,229 (54.5%) pacientes sin SII, las cirugías más frecuentes fueron: 121 (9.84%) colecistectomías; 55 (4.47%) apendicectomías; 22 (1.79%) hernioplastias. Otras menos frecuentes fueron 14 (1.13%) resecciones de colon; 11 (0.89%) histerectomías; 11 (0.89%) resecciones de ovarios; seis (0.48%) nefrectomías; tres (0.24%) gastrectomías; uno (0.081%) resección de quiste hidatídico. En este grupo de pacientes sin SII se encontraron 18 pacientes (1.46%) (15 mujeres y tres hombres) sometidos a apendicectomía y colecistectomía respectivamente. **Conclusión:** nuestros datos confirman los resultados de trabajos previos que pacientes con SII son sometidos a más cirugías abdomino-pelvianas que los controles. En cuanto a la incidencia de histerectomías y hernioplastias nuestro porcentaje es mayor a lo previamente publicado.

**HEMORRAGIA DIGESTIVA, OTRA MANIFESTACIÓN DEL LINFOMA INTESTINAL (No. de trabajo: 69)**

De Soto Molina L, Mayoral Zavala A. IMSS, CMNS XXI. México, D.F.

Se trata de paciente femenino de 58 años de edad con antecedentes de ingesta etílica por cerca de 15 años a razón de 1-2 veces por mes, a base de destilados, llegando a la embriaguez de forma frecuente. Hemotransfusión hace 15 años aproximadamente por presencia de anemia severa posterior a procedimiento de LUI por aborto. Ingesta de fármacos como naproxeno dos por la noche desde septiembre 2005 a marzo 2006 y ocasionalmente panclasa y diclofenaco debido a lumbalgia postraumática. Acude referida de HGZ a donde acudió por presentar hematemesis en moderada cantidad en una ocasión sin otro síntoma acompañante o previo. Es enviada con sonda de balones que se encontraba insuflada con balón esofágico a 80 mm Hg, gástrico con 200 mm Hg y se decide realización de panendoscopia alta que reportó: HTDA activa, úlceras duodenales Forrest IB con escleroterapia satisfactoria, desgarro de Mallory Weiss, gastropatía erosiva de cuerpo y antro, bulboduodenitis erosiva. Radiografía de tórax con catéter central adecuadamente colocado, resto normal. Durante su internamiento evoluciona sin datos de resangrado. Únicamente con dolor abdominal difuso de tipo cólico de intensidad variable e intermitente acompañado de artralgias en muñecas, codos y fiebre vespertina, lo que llevó a la realización de USG abdominal encontrándose lesiones esplénicas, hepáticas y en páncreas sugestivas de neoplasia, así como también líquido libre en cavidad escaso y pequeño derrame pleural bilateral. Posteriormente se realizó estudio tomográfico donde se corroboró la presencia de dichas imágenes aunándose a ellas conglomerados ganglionares retroperitoneales y mesentéricos mayores de 1 cm. Se llevó a cabo estudio panendoscópico de control en el cual se tomaron biopsias duodenales por imágenes sugestivas de linfoma digestivo con reporte de USE de engrosamiento inespecífico hipocogénico sugestivo de ser linfático de bulbo duodenal con ascitis, múltiples adenopatías de cavidad abdominal y mediastino. El reporte de biopsia compatible con linfoma NO Hodgkin. Actualmente recibe tratamiento en el Servicio de Hematología del Hospital de Oncología.

EDIBLE MUSHROOM AGARICUS SYLVATICUS REDUCES METASTATIC DISSEMINATION IN RATS INOCULATED WITH WALKER 256 SOLID TUMOR (No. de trabajo: 72)

Novaes Garbi MR, Taveira VCMF, Reis MA, Sala BA. University of Brasilia, Brasil.

**Background:** Edible mushrooms can be used as co-adjuvant for cancer treatment due to therapeutical properties attributed to them. *Agaricus sylvaticus* fungus is a member of the agaricaceae family, cultivate in Brazil, which has substances capable of stimulating the immunological system thus making the body more resistant to diseases and cancer. **Objective:** To evaluate the action of aqueous extract of *Agaricus sylvaticus* in the reduction of metastatic dissemination after the induction of solid Walker tumor in rats especially of the alimentary tract cancer. **Methods:** Forty male rats were divided in 2 groups: Group I and II (n = 20 in each group) were inoculated with solid Walker tumor. Group I received aqueous extract of *Agaricus sylvaticus* by gavages every 12 hours. A placebo solution was given to group II every 12 hours. The animals were sacrificed on day 13 the organs were collected and prepared for hystopathological analyses. **Results:** The analysis showed that only 10% of the animals from Group I presented metastasis, while 50% of animals from Group II presented metastasis in the alimentary tract. **Conclusion:** Results suggest that the administration of *Agaricus sylvaticus* extract is able to protect against metastatic dissemination which indicates that the use of mushrooms as co-adjuvant in conventional therapy can be beneficial to cancer bearers, especially of the alimentary tract.

QUALITY OF LIFE DURING DIETARY SUPPLEMENTATION WITH AGARICUS SYLVATICUS MUSHROOM IN PATIENTS WITH ADENOCARCINOMA OF GROSS INTESTINE IN POST-SURGICAL CHEMOTHERAPY TREATMENT (No. de trabajo: 73)

Novaes Garbi MR, Costa Fortes R, Recóva V, Melo A. University of Brasilia, Brasil.

**Background:** Therapeutical alternatives aiming at improving the quality of life, reducing adverse effects in cancer treatment, have been the purpose of studies which try to prove the immunomodulator effect of *Agaricus sylvaticus* fungus as co-adjuvant to conventional therapies. **Objective:** To evaluate the effects of supplementation with *Agaricus sylvaticus* on the quality of life of patients with adenocarcinoma of gross intestine. **Methods:** A randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial. 22 patients with average age of 57,86 years and average weight of 61,24 kg participated in this study that was divided into two groups: placebo (11) and experimental (11). The placebo group received starch only, orally, and the experimental group was supplemented orally with *Agaricus sylvaticus* (30 mg/kg/day, twice daily). All patients received chemotherapy treatment after surgical procedure and were monitored during a three-month period. The protocol was approved by the Research Ethics Committee of the State Department of Health of the Federal District, Brazil. **Results:** Among the eleven patients in the placebo group, 28% had dizziness, 27% pains, 18% insomnia, 9% weakness and 18% had no alterations. Comparing to the *agaricus sylvaticus* group, 55% presented better disposition, 36% had no alteration and only 9% loss of heart after the supplementation. **Conclusions:** Dietary supplementation with *agaricus sylvaticus* exerted significant reduction of adverse effects caused by chemotherapy and subsequent improvement of quality of life.

EFFECTS OF DIETARY SUPPLEMENTATION WITH AGARICUS SYLVATICUS FUNGI ON IMMUNE FUNCTIONS AND PLASMA PROTEINS OF POST-SURGICAL PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER SUPPLEMENTED WITH AGARICUS SYLVATICUS MUSHROOM (No. de trabajo: 74)

Novaes Garbi MR, Costa Fortes R, Recóva V, Melo A. University of Brasilia, Brasil.

**Background:** Cancer therapy enhanced with the supplementation of *Agaricus sylvaticus* has showed to be sufficiently with *Agaricus sylvaticus* fungus is sufficiently promising and is associated with the increase of immune response. **Objective:** To evaluate the clinical effectiveness of dietary supplementation with *Agaricus sylvaticus* fungus on the immunological functions and evaluation of plasma proteins of post-surgical

patients with colorectal cancer. **Methods:** Fourteen patients had participated in this randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial, being divided into two groups (placebo = 07 and experimental = 07). The placebo group received starch only, orally, during 6 months. The experimental group was supplemented, orally, with *Agaricus sylvaticus* fungus, twice daily (30 mg/kg/day), during 6 months. All patients were cared for at the Proctology Ambulatory in a Public Hospital at the Federal District, Brazil. The protocol was approved by the Research Ethics Committee of the Federal District, Brazil. **Results:** Results compared before the beginning of the treatment and after 3 months supplementation, indicated that the supplemented group with *Agaricus sylvaticus* experienced significant increase of leukocytes (of  $3174,27 \pm 3110,95$  to  $7271,43 \pm 2241,07$ .  $P = 0,02$ , normal), lymphocytes (of  $21,37\% \pm 3,93$  to  $26,11\% \pm 5,34$ .  $P = 0,05$ , normal), total counting of lymphocytes (of  $1447,42 \pm 444,53$  to  $1577,80 \pm 520,10$ .  $P = 0,04$ , normal) and basophils (of  $0,33\% \pm 0,20$  to  $0,52\% \pm 0,47$ .  $P = 0,01$ , normal). The monocytes (of  $8,40\% \pm 3,01$  to  $6,77\% \pm 3,75$ .  $P = 0,09$ , normal), eosinophils (of  $6,76\% \pm 8,34$  to  $3,32\% \pm 5,52$ .  $P = 0,14$ , normal) and neutrophils (of  $63,57\% \pm 5,20$  for  $59,58\% \pm 4,9$ .  $P = 0,12$ , normal) were reduced reaching reference value, though statistically insignificant. Albumin increase (of  $4,31 \pm 0,24$  to  $4,49 \pm 0,73$ .  $P = 0,02$ ), globulin (of  $2,87 \pm 0,35$  to  $4,12 \pm 2,29$ .  $P = 0,01$ ), total proteins (of  $7,06 \pm 0,28$  to  $7,23 \pm 0,37$ .  $P = 0,50$ ) and of the TLC (of  $1447,42 \pm 444,53$  to  $1577,80 \pm 520,10$ .  $P = 0,04$ ). The placebo group, showed the following results: albumin reduction of  $4,06 \pm 0,87$  to  $4,13 \pm 1,04$ .  $P = 0,34$ , globulin reduction of  $2,94 \pm 0,36$  to  $2,90 \pm 0,4$ .  $P = 0,39$ , total protein increase of  $7,10 \pm 0,36$  to  $7,29 \pm 0,61$ .  $P = 0,15$  and TLC increase of  $1418,67 \pm 562,42$  to  $1750,30 \pm 585,88$ .  $P = 0,37$ . No alterations statistically significant were observed in the placebo group. **Conclusions:** Results suggest that the nutritional supplementation with *Agaricus sylvaticus* in post-surgical patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy treatment is capable of improving immunological function since it promotes a significant increase in the total lymphocytes and leukocytes count, plasma albumin and globulin.

COLITIS COLÁGENA. A PROPÓSITO DE UN CASO (No. de trabajo: 78)

Velasco Elizalde C, Alfonso Sabatier C, Ladrón de Guevara N. Hospital "Freyre de Andrade", La Habana, Cuba.

**Introducción:** la colitis colágena ha pasado a través del tiempo por distintas denominaciones: colitis linfocítica, colitis microscópica, colitis microscópica linfocítica y está considerada como una condición inflamatoria no específica del intestino, también denominadas formas menores de colitis y se caracteriza por cuadros de diarreas crónicas o intermitentes sin identificación de patógenos microbianos en heces fecales ni en mucosa. Exámenes endoscópicos y radiológicos son negativas e histológicamente existe adelgazamiento de la banda de colágena y aumento de los linfocitos en lámina propia, teniendo como criterios diagnósticos los clínicos (anteriormente citados), endoscópicos: en 80% de los casos ésta es negativa o existe eritema por zonas de la mucosa colónica e histológicamente existe infiltrado linfocítico de la lámina propia, aumento de células plasmáticas y eosinófilos, lesión del epitelio superficial con vacuolización citoplasmática. Su tratamiento es a base de medidas sintomáticas, salicilatos, bismuto, esteroides, colestiramina, o antibiocioterapia si los anteriores han fracasado. **Objetivo:** el objetivo de nuestro trabajo es realizar la revisión del tema y la presentación de un caso, dado que no es frecuente en la práctica gastroenterológica diaria. **Material y método:** se describe el estudio realizado en una paciente con síndrome diarreico mixto, que al agudizarse las características bajas del mismo se decide realizar colonoscopia como parte del estudio a realizar. **Resultado:** se trata de paciente femenina de 55 años con el APP de habersele realizado tres intervenciones quirúrgicas abdominales y el historial de ser ingesta de AINEs que acude a consulta por cuadros diarreicos mixtos frecuentes desde más joven, los cuales se han agudizado. Por el carácter mixto del síndrome diarreico crónico se decide realizar colonoscopia, siendo ésta normal hasta el sigmoides, por estenosis posquirúrgica, se

toman muestras de biopsias en cada uno de los segmentos colónicos explorados y el informe anatomopatológico reporta: colitis colágena, por lo infrecuente de esta patología nos propusimos revisar el tema y presentar el presente estudio.

ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA DEL HÍGADO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA PRESENTACIÓN DE 15 CASOS (No. de trabajo: 79)  
Velasco Elizalde C, León González A, Álvarez Sánchez A, Padrón Pazo R, Escobar Aedo A. Hospital "Freyre de Andrade". La Habana, Cuba.

**Introducción:** la enfermedad poliquística del hígado constituye la lesión más frecuente del hígado, pueden ser únicos o múltiples y no requiere tratamiento en un tanto por ciento alto de los pacientes. Es de transmisión autosómica dominante en la mayoría de los casos. El número y tamaño de los quistes hepáticos están relacionados con: edad, sexo femenino, número de embarazos y puede asociarse con poliquistosis renal, con gravedad de la enfermedad renal. La prevalencia en autopsias es de 0.13-0.6%. Esta enfermedad es casi siempre asintomática apareciendo estos entre los 40 y los 60 años. **Objetivos:** revisión del tema y presentar nuestra casuística y la forma de seguimiento de los mismos. **Material y método:** se realizó estudio longitudinal y prospectivo en 15 pacientes asistentes a consulta gastroenterológica, entre éstos, 10 pacientes remitidas por sus médicos de familia portadores de quistes hepáticos en menos de tres meses, constituyendo el objetivo de nuestro estudio. **Resultados:** de los 15 enfermos, dos son masculinos (15.38%). Detectamos en una paciente quistes renales, con función renal normal (8.33%) y en otra un tumor sólido del hígado. En 100% de los pacientes no hubo movimiento enzimático ni dilatación de vías biliares. De los 20 hermanos vivos se logró estudiar 14, no encontrándose lesiones en ninguno de los hermanos y hermanas estudiados todos con perfil hepático normal. No se encontró alteraciones ultrasonográficas ni enzimáticas entre los descendientes. **Conclusiones:** en nuestro medio es más frecuente en el sexo femenino, en edades avanzadas de la vida. Sólo en una paciente hubo asociación con quistes renales. No encontramos lesiones quísticas hepáticas entre los descendientes.

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES CON GIARDIOSIS: IMPORTANCIA DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA (No. de trabajo: 81)  
Velasco Elizalde C, Sorell Gómez L, Garrote JA, Galván JA, Edrosa Rodríguez C, Arranz E. Hospital "Freyre de Andrade". La Habana, Cuba.

**Objetivos:** el principal objetivo de este estudio fue valorar la presencia de enfermedad celíaca (EC) en pacientes con giardiosis y evaluar los instrumentos para el diagnóstico de la enfermedad celíaca en estos pacientes. **Material y método:** realizamos estudio prospectivo y longitudinal, evaluándose un total de 40 pacientes con diagnóstico de giardiosis. Se confirmó o se descartó la EC mediante biopsia intestinal por cápsula de Watson Crosby o endoscópicamente y marcadores serológicos. Se determinaron los anticuerpos antigliadina por ELISA y los anticuerpos antitransglutaminasa por ensayo inmunocromatográfico de un paso y ELISA. **Resultados:** treinta y siete de los 40 pacientes con giardiosis tenían una mucosa intestinal normal. En este grupo se encontraron anticuerpos IgA frente a gliadina en siete pacientes, con una especificidad de 92%. Ninguno de estos pacientes tenía anticuerpos antitransglutaminasa en el ensayo inmunocromatográfico y por ELISA (especificidad del 100%). Los tres pacientes restantes mostraron atrofia subtotal de las vellosidades intestinales que indicaba ECL, sin embargo, sólo dos presentaron anticuerpos IgA frente a transglutaminasa y gliadina. Debido a su baja especificidad, los anticuerpos antigliadina no son útiles para el cribaje de la EC en pacientes con giardiosis. Por otra parte, los anticuerpos antitransglutaminasa son muy específicos y sensibles. **Conclusiones:** el ensayo inmunocromatográfico de un paso es una alternativa fácil y económica. Los resultados de atrofia de las vellosidades deben confirmarse por otros marcadores de EC para conseguir el diagnóstico de EC en estos pacientes.

DIAGNÓSTICO DEL DOLOR ABDOMINAL SEGÚN CRITERIOS ROMA II (No. de trabajo: 83)

Fragoso Arbelo T, Rivas Domingo D, Trujillo Toledo ME, Milán Pavón R, Purón B, Benech Jiménez Y. Hospital Pediátrico Universitario. La Habana, Cuba.

**Introducción:** el dolor abdominal es motivo de consulta frecuente en la infancia y adolescencia presentando un problema en la dinámica familiar y escolar. **Objetivo:** conocer la frecuencia e identificar y validar las características clínicas de las diferentes categorías de dolor abdominal según los criterios de Roma II. **Método:** durante un periodo de dos años a los pacientes atendidos en consulta de Gastroenterología con diagnóstico de dolor abdominal se les realizó una encuesta de los síntomas a pacientes y/o padres o tutores y el examen físico completo en la primera visita. Los resultados se vertieron en una base de datos confeccionada al respecto y procesada por el sistema estadístico Epinfo 6 a través de frecuencias absolutas y relativas con un intervalo de confianza de 95%. **Resultados:** se consideraron 90 pacientes con dolor abdominal según los criterios de Roma II entre 5-16 años (media 10 años) distribuidos de la siguiente forma: dispepsia funcional 31 (34.5%), entre 6.5-16 años (media 12 años), 64.5% sexo masculino. Antecedentes familiares de úlcera péptica en cinco (16.1%). Acidez en 22 (70.9%). Se clasificaron 19 tipo ulcerosa (61.2%), 11 tipo dismotilidad (35.5%) y uno (3.2%) inespecífica. Cinco (16.1%) presentaron signos de síndrome de intestino irritable; 11 (35.5%) giardiasis y seis (19.3%) infección por *Helicobacter pylori* (Hp). Síndrome de intestino irritable 32 (35.6%), entre 5-15 años (media 9.5 años), 53.2% femeninos. No antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal. Veinticuatro (75%) presentaban diarreas y 15 (46.8%) constipación. Giardiasis siete (21.8%). Malnutridos 15.6% y 9.4% obesos. Dolor abdominal funcional 17 (18.8%), entre 5-14 años (media ocho años), 76.5% femeninos. Antecedentes familiares de migraña en tres (17.7%), de epilepsia en dos (11.8%) y de úlcera péptica en dos (11.8%). Antecedentes personales de giardiasis en tres (17.7%) y de constipación funcional en tres (17.7%). Migraña abdominal nueve (10%), entre 6.5-11 años (media 8.5 años), 55.6% femenino, antecedentes de giardiasis en cinco (55.5%) y antecedentes familiares de migraña en cinco (55.5%). Malnutridos dos (22.2%). Aerofagia uno (1.1%), de 15 años, masculino, con hipo, vómitos y halitosis con infección por Hp. **Conclusiones:** el dolor abdominal fue un motivo frecuente de consulta. Consideramos que los criterios de Roma II son útiles en la clasificación diagnóstica y evolución del dolor abdominal en base a la sintomatología.

DIAGNÓSTICO DE LA DIARREA FUNCIONAL SEGÚN CRITERIOS ROMA II (No. de trabajo: 84)

Fragoso Arbelo T, Díaz Lorenzo T, Rivas Domingo D, Mayo González E, Toledo I. Hospital Pediátrico Universitario. La Habana, Cuba.

**Introducción:** la diarrea funcional es motivo de consulta frecuente en la infancia, presentando un serio problema en la dinámica familiar. **Objetivo:** conocer la frecuencia e identificar y validar las características clínicas de la diarrea funcional según los criterios de Roma II. **Método:** durante un periodo de dos años a los pacientes atendidos en consulta de Gastroenterología con diagnóstico de diarrea crónica se les realizó una encuesta de los síntomas a los padres o tutores y el examen físico completo en la primera visita según los criterios de Roma II. La evaluación nutricional antropométrica de peso para la talla (P/T), talla para la edad (T/E), peso para la edad (P/E) e índice de masa corporal para la edad (IMC/E) se realizó utilizando las tablas nacionales. La respuesta del tratamiento se evaluó a través de una encuesta dietética de consumo de recordatorio de 24 horas al inicio y al final del tratamiento a las doce semanas. Los resultados se vertieron en una base de datos confeccionada al respecto y procesada por el sistema estadístico Epinfo 6 a través de frecuencias absolutas y relativas con un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** se consideraron 44 pacientes con diarrea funcional entre seis y 36 meses (media 17 meses), 59.1% del sexo masculino; edad de comienzo de los síntomas 21 (44.7%) entre 6-12 meses; 13 (29.6%) entre 13 y 24 meses; 19 (43.1%) comenzó después de un episodio de diarrea aguda;

cinco (11.4%) desnutridos y cuatro (9.1%) obesos. Ocho (18.8%) con antecedentes de giardiasis y dos (4.5%) con prolapso rectal. Confirmándose el diagnóstico con la respuesta satisfactoria en el seguimiento con régimen dietético adecuado. **Conclusiones:** la diarrea funcional es frecuente en nuestro servicio ambulatorio de Gastroenterología. El diagnóstico basado en los síntomas clínicos según los criterios de Roma II es útil en el diagnóstico y evolución de los mismos, aunque con el inconveniente de las restricciones en la edad de comienzo de los síntomas.

#### DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA DEFECACIÓN SEGÚN CRITERIOS ROMA II (No. de trabajo: 85)

Fragoso Arbelo T, Díaz Lorenzo T, Rivas Domingo D, Llorian Aucaer ME. Hospital Pediátrico Universitario. La Habana, Cuba.

**Introducción:** los trastornos en la defecación son motivo de consulta frecuente en la edad pediátrica, puede acompañarse a largo plazo de retención e impactación fecal con evacuación incompleta (encopresis), presentando un serio problema social y en la dinámica familiar. **Objetivo:** conocer la frecuencia e identificar y validar las características clínicas de las diferentes categorías de trastornos de la defecación según los criterios de Roma II. **Método:** durante un periodo de dos años a los pacientes atendidos en consulta de Gastroenterología con diagnóstico probable de trastorno de la defecación se les realizó una encuesta de los síntomas a pacientes y/o padres o tutores y el examen físico completo en la primera visita. Los resultados se vertieron en una base de datos confeccionada al respecto y procesada por el sistema estadístico Epiinfo 6 a través de frecuencias absolutas y relativas con un intervalo de confianza de 95%. **Resultados:** se consideraron 74 pacientes con trastornos de la defecación según los Criterios de Roma II entre 15 días y 15 años, distribuidos de la siguiente forma: disinerxia del lactante cinco (6.8%), entre 15-30 días (media 22 días), 60% masculino con antecedentes de expulsión de meconio antes de 24 horas en tres (60%) y después en dos (40%) a las 36 horas y cinco días, respectivamente. Evolutivamente tres (60%) normalizaron sus movimientos intestinales a los dos meses y dos (40%) a los cinco meses. Dos (40%) presentaron reflujo gastroesofágico funcional. Constipación funcional 21 (28.4%), entre 2-5 años (media 3.5 años), 52.4% femenino. Se observó rectorragia en 11 (52.4%), impacto fecal en tres (14.3%), posturas anormales en cuatro (19%), miedos en tres (14.3%) y rituales en uno (4.8%), encopresis ocasional en uno (4.8%). Dos (9.5%) desnutridos y tres (14.3%) obesos. Retención fecal funcional 45 (60.8%), entre 1.5-12 años (media 5.5 años), 60% de sexo masculino. Se observó rectorragia en 25 (55.5%), impacto fecal en 11 (24.4%), prolapso rectal en tres (6.6%), posturas anormales en 12 (26.6%), miedos en 25 (55.5%) y rituales en 12 (26.6%), encopresis en el 100%, permanente en 14 (31.1%) y ocasional en 31 (68.9%). Cuatro 8.9% desnutridos y ocho (17.8%) obesos. Incontinencia fecal no retentiva tres (3.1%), entre 9-13.5 años (media 12 años), 100% masculino. Dos (66%) con dolor abdominal: síndrome intestino irritable y dispepsia tipo dismotilidad. El 100% con mala dinámica familiar. **Conclusiones:** los trastornos de la defecación son frecuentes en nuestros niños y adolescentes. El diagnóstico basado en los síntomas clínicos según los criterios de Roma II es útil en el diagnóstico y evolución de los mismos, aunque son restrictivos en cuanto a la edad en la constipación funcional.

#### TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE TRES CASOS DE LOCALIZACIÓN GÁSTRICA (No. de trabajo: 93)

Roesch Dietlen F, Pérez Morales AG, Ruiz Juárez I, Martínez JA. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Jalapa, Ver. México.

**Introducción:** los tumores del estroma gastrointestinal tienen su origen en las células intersticiales de Cajal que constituyen el marcapaso del aparato digestivo, el cual regula la motilidad de éste. En antaño, eran conocidos en conjunto como leiomiomas o leiomiomasarcomas, sin embargo, actualmente las técnicas de inmunohistoquímica han permitido detectar la sobreexpresión del c-kit, localizado en el brazo largo del cromosoma 4, que se encuentra hasta en 95% de los pacientes. Anualmente

se diagnostican entre 10 y 20 casos por millón. Representan de 0.1 a 3% de los tumores gastrointestinales y 5% de los sarcomas de tejidos blandos. La edad media para el diagnóstico de esta neoplasia es 58 años. Aproximadamente entre 10 y 30% de los casos son sumamente malignos, desarrollando metástasis a hígado y peritoneo. Los tumores estromales pueden ocurrir en cualquier parte del tracto gastrointestinal. Su localización principal es en el estómago en 60 a 70% de los casos, siguiéndole la localización en intestino delgado (20 a 30%), colon y recto (5%) y menos de 5% de esófago. En la mayoría de los casos (90%) la presentación clínica es inespecífica, los síntomas más frecuentes son: hemorragia (50%), dolor abdominal (20-50%) y obstrucción (10%). El tratamiento es la extirpación quirúrgica del tumor y en aquellos casos en que se demuestra comportamiento maligno, se puede emplear el mesilato de imatinib, que ha reportado beneficios a largo plazo en algunos pacientes. **Presentación de los casos:** en el Hospital Español de la Ciudad de Veracruz, en el curso del año 2005-2006, se diagnosticaron tres pacientes con tumor del estroma gastrointestinal de localización gástrica, dos de ellos hermanos. El motivo de atención médica en los tres fue hemorragia de tubo digestivo. La edad promedio del grupo fue 44 años, y 100% correspondió al género masculino. En los tres casos se realizó estudio endoscópico, encontrándose en dos de ellos la tumoración en el fundus gástrico sobre la curvatura mayor de aproximadamente 3 a 5 centímetros y en el tercer paciente también en el fundus sobre la curvatura menor. En todos los casos se efectuó además colonoscopia para identificar posibles tumoraciones adicionales, así como telerradiografía de tórax, USG y TAC abdominal, para descartar enfermedad metastásica. En uno de los pacientes se llevó a cabo resección del tumor con asa endoscópica, en el segundo se realizó gastrectomía subtotal y en el tercero resección en cuña del tumor. Los especímenes fueron revisados por anatomía patológica con tinción de hematoxilina-eosina, siendo el diagnóstico el leiomioma, sin evidencias de malignidad y la confirmación del tumor estromal se realizó por técnicas de inmunohistoquímica en los tres casos, expresados por la positividad del KIT CD 117. La evolución de los tres pacientes ha sido satisfactoria hasta la actualidad. **Discusión:** se consideró conveniente realizar la presente comunicación, ya que aunque se trata de una enfermedad relativamente rara, durante el último año se presentaron tres casos en nuestro hospital. La principal manifestación fue la hemorragia de tubo digestivo alto y para establecer el diagnóstico se requiere un alto índice de sospecha. El estándar de oro en estos casos es la endoscopia y es conveniente complementar el estudio con la realización de ultrasonido transendoscópico, radiografía simple de tórax y tomografía computarizada, para descartar la existencia de actividad tumoral. En la actualidad, el diagnóstico definitivo se realiza por medio de inmunohistoquímica, demostrando la expresión del KIT CD 117, la cual es positiva en 95% de los casos. En nuestra serie, se observó una franca relación familiar para el desarrollo de este tipo de tumores y consideramos que es necesario realizar estudios de prevalencia para determinar si la herencia es un factor de riesgo para el desarrollo de tumores del estroma gastrointestinal.

#### ESTUDIO ABIERTO PROSPECTIVO A BASE DE RABEPRAZOL, LEVOFLOXACINA Y AMOXICILINA PARA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN DOS SEMANAS (No. de trabajo: 100)

Orozco-Gámiz A. GASTROLAB, S.A de C.V.

**Introducción y objetivos:** en México se reconoce a la terapia triple a base de claritromicina, amoxicilina más un inhibidor de bomba de protones como la terapia más efectiva durante dos semanas para lograr la erradicación de la infección por *Helicobacter pylori* (HP), pero se ha documentado un aumento creciente de resistencias a claritromicina, lo que ha hecho que se busquen nuevas alternativas de tratamiento, con apego a las dos semanas y bajas resistencias bacterianas. Se tiene la experiencia en México de que las terapias de menos de 14 días no han sido suficientemente efectivas por lo que se decidió seguir el esquema de 14 días utilizando levofloxacina, que ha demostrado actividad contra HP, además de que rabeprazol tiene efecto bactericida *in vitro* bien de-

mostrado contra HP. Existe un estudio previo en México de terapia triple de erradicación contra HP utilizando ofloxacina, rabeprazol y amoxicilina a siete y 14 días. **Materiales y métodos:** de enero de 2003 a diciembre de 2003 estudiamos 60 pacientes con evidencia de síntomas dispépticos y presencia de infección de HP por positividad de histología y prueba de aliento. Los pacientes se incluyeron a la terapia triple a base de rabeprazol 20 mg por las mañanas antes del desayuno, levofloxacina a dosis de 750 mg por las mañanas y amoxicilina en cápsulas de 500 mg a dosis de 1 g cada 12 horas por 14 días. Posterior a la terapia triple se dejó terapia a base de rabeprazol 20 mg cada mañana durante cuatro semanas más para la cura de lesiones. Cinco semanas después de terminada la terapia triple y libre de rabeprazol por una semana se realizó la prueba de aliento cuantificada en DPM (desintegraciones por minuto), con urea marcada con carbono<sup>14</sup>, se tomaron como negativos a los pacientes que llegaron a menos de 200 DPM. **Resultados:** existió tolerancia de 90% de los pacientes al tratamiento con apego de 95% durante las dos semanas de tratamiento recomendadas. Las tasas de curación fueron de 88.3% (53/60) con negativización de la prueba de aliento por debajo de las 200 DPM a las cuatro semanas de terminar el antibiótico. **Conclusiones:** la terapia triple a base de rabeprazol mas levofloxacina más amoxicilina fue bien tolerada a los 14 días de tratamiento con tasas de erradicación de 88%, por lo que la hacen una muy buena alternativa para el tratamiento de erradicación de HP, especialmente en aquellos en que ha fallado la terapia clásica a base de claritromicina más amoxicilina y un IBP más ahora que se han reportado resistencias a claritromicina. Interesantemente, se ha demostrado que la determinación del polimorfismo del genotipo citocromo p450-2c19 (cyp2c19) ayuda a predecir la tasa de éxito de erradicación de la infección por HP, ya que es menor en pacientes metabolizadores rápidos homocigotos que en los metabolizadores rápidos heterocigotos y que en los metabolizadores lentos debido probablemente a la menor permanencia en sangre del inhibidor de bomba de protones y de antibióticos que pasen por este sistema enzimático. Cabe mencionar que a los metabolizadores rápidos también se les ha llamado metabolizadores "extensos". La determinación de CYP2C19 puede tener implicaciones económicas en ciertos grupos de población para utilizar la mejor terapia para erradicación de HP. Se requieren esquemas más cortos y efectivos, por lo que la investigación de la biología *Helicobacter pylori* está tomando diferentes rumbos para buscar terapias más cómodas y definitivas. Estudios posteriores se harán para comparar este esquema a siete y 14 días. No existe financiamiento alguno por parte de la industria farmacéutica.

ANTIRREFLUJO POR LAPAROSCOPIA: EXPERIENCIA EN NIÑOS (No. de trabajo: 102)  
Aguado Quintero CP, Franco O, Palta D, Astudillo R, Vélez JP. Universidad del CES, Cali, Colombia.

**Objetivo:** evaluar los resultados obtenidos de la cirugía antirreflujo por laparoscopia en el Servicio de Cirugía Pediátrica, entre enero de 2000 y enero de 2006 y analizar el papel actual de esta técnica en niños. **Diseño:** estudio retrospectivo, observacional y revisión de la literatura. **Sede:** Hospital de Cuarto Nivel de Atención. **Pacientes y métodos:** se revisaron las historias clínicas de 56 pacientes menores de 16 años operados por laparoscopia en el periodo comprendido entre enero de 2000 hasta enero de 2006. Se estudiaron: datos clínicos, indicación quirúrgica, resultados y evolución postoperatoria. **Resultados:** fueron operados un total de 56 pacientes, con una edad promedio de 4.8 años (0-16). La mediana del tiempo operatorio fue de 220 min (120 a 340). La tasa de conversión fue de 1.8%. La tasa de morbilidad fue de 10%. En la evolución postoperatoria se destaca el bajo requerimiento de analgésicos, el reestablecimiento de la vía oral tempranamente y la estancia hospitalaria mediana de tres días. **Conclusión:** la cirugía antirreflujo por laparoscopia en niños es factible de realizar con resultados satisfactorios y con mínima morbilidad.

CISTOYEYUNOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA EL MANEJO DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO (NO. DE TRABAJO: 106)

Rojas Rueda D, Lazo de la Vega Espinosa J, Hernández García AD. ISSSTE, León, Gto, México.

**Introducción y objetivos:** el pseudoquiste del páncreas es una entidad generalmente secundaria a un proceso inflamatorio o al trauma del páncreas. Llegando a estar presente en cerca de 10% de los casos de pancreatitis. Con respecto al tratamiento del pseudoquiste pancreático, es necesario tener en cuenta la historia de la enfermedad, optándose por un procedimiento conservador y expectante en los casos de tener una lesión única y menor de 4 cm, sin complicaciones asociadas, y con un seguimiento a corto plazo (4-6 semanas) tras el cual, si no existe resolución se recomienda tomar una conducta que va depender de las características de la lesión, del paciente, de la disponibilidad de los recursos y la experiencia del personal. Las derivaciones internas o cistointerostomías, entre ellas la cistogastrostomía, cistoduodenostomía y derivación al yeyuno, han sido históricamente el tratamiento empleado para el pseudoquiste, ya sea por vía endoscopia, abierta y mas recientemente por vía laparoscópica. El objetivo de este trabajo es presentar una opción de manejo derivativo para el pseudoquiste de páncreas. **Metodología:** paciente con diagnóstico de pseudoquiste pancreático diagnosticado principalmente con TC helicoidal doble contraste que determino las características del quiste, madurez de su pared, relación con estructuras vecinas, localización y tamaño. Se decide cirugía para drenaje de pseudoquiste por vía laparoscópica mediante cistoyeyunostomía por localización y proximidad de las estructuras. Paciente femenina de 45 años de edad con antecedentes de colelitiasis, etiología de pancreatitis aguda por la cual desarrolla el pseudoquiste pancreático. La técnica busca básicamente una anastomosis entre la pared del pseudoquiste y la pared del yeyuno adyacente, a través de un acceso inframesocólico, realizando cistoyeyunoanastomosis tipo Y de Roux como le describe Couscheri. **Resultados:** se presenta la evacuación del contenido del presente pseudoquiste, acompañado de mejoría clínica de la paciente en el postoperatorio mediato, paciente evoluciona favorablemente tolerando la vía oral recuperando peso corporal y estado nutricional, sin presentar complicaciones posquirúrgicas. **Conclusiones:** el procedimiento descrito es una opción viable para el manejo del pseudoquiste de páncreas como parte de la terapéutica de drenaje el cual incluye el drenaje del mismo mediante cistoyeyunoanastomosis más Y de Roux que es muy bien tolerada por el paciente, en éste se agrega una mejoría técnica al incluir el procedimiento como cirugía de mínima invasión realizándolo por vía laparoscópica, por lo que las ventajas como oferta terapéutica se potencializan sobre otras técnicas descritas, proveyendo al paciente de una mejor evolución transoperatoria y postoperatoria temprana y tardía. "Este trabajo ha sido patrocinado total o parcialmente por el ISSSTE Hospital Regional León".

HERNIA HIATAL TIPO III REPARACIÓN CON MALLA VÍA LAPAROSCÓPICA (No. de trabajo 107)  
Rojas Rueda D, Flores Calleja H, Hernández García AD, Sandoval Jiménez S. ISSSTE, León, Gto., México.

**Introducción y objetivos:** existen tres tipos de hernias hiatales: tipo I, por deslizamiento, en la que el cardias asciende al mediastino posterior; tipo II, paraesofágica, en la que el fondo gástrico se desplaza hacia arriba con un cardias en posición normal; tipo III, es la hernia hiatal mixta en la que existe un comportamiento por deslizamiento y paraesofágico. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor, hemorragia obstrucción y disnea, existe además la posibilidad de vólvulos gástrico y necrosis hasta en 20% de los casos, la hernia paraesofágica es una patología poco frecuente que corresponde hasta 15% de la hernias tratadas quirúrgicamente. La reparación quirúrgica por vía tradicional o laparoscópica de las mismas está indicada en pacientes con síntomas mínimos, aun en ancianos, ya que la morbimortalidad asociada a la conducta expectante es elevada. El objetivo de este estudio es reportar tipo de manejo quirúrgico para hernia hiatal mixta con apoyo de malla tipo goretex. **Material y métodos:** se presenta caso clínico de paciente senil, con antecedentes de

dolor abdominal en epigastrio, disnea diagnosticándose hernia hiatal tipo III, realizándose intervención quirúrgica por vía laparoscópica reparando defecto herniario con colocación de malla tipo goretex y engrapadora protack. Cursando favorablemente su evolución postoperatoria. **Resultados:** se realiza una reparación por vía laparoscópica de una hernia hiatal tipo III con una técnica distinta a la convencional aplicando malla de tipo goretex dentro de cavidad abdominal logrando obtener la reparación total del defecto herniario con buena respuesta y tolerancia por parte del paciente. **Conclusiones:** la reparación de hernias de tipo III con colocación de malla de tipo goretex siendo fijadas con sutura mecánica tipo protack es una opción dentro del manejo de este tipo de alteración, el cual presenta buena evolución postoperatoria y presentando una solución al defecto herniario por medio de la cirugía de mínima invasión. "Este trabajo ha sido patrocinado total o parcialmente por el ISSSTE Hospital Regional León".

EROSIÓN DE BANDA GÁSTRICA A ESTOMAGO Y COLON (No. de trabajo: 108)  
Rojas Rueda D, Moreno González JS, Hernández García AD, Sandoval Jiménez S. ISSSTE, León, Gto., México.

**Introducción y objetivos:** la banda gástrica es una de los instrumentos terapéuticos para el manejo quirúrgico de la obesidad mórbida. Las complicaciones posteriores a la colocación de banda gástrica ajustable por vía laparoscópica son: deslizamiento, dilatación irreversible del reservorio gástrico, migración intragástrica de la banda, infección subcutánea o desconexión del catéter, se presenta hasta en 31% de los casos ameritando reintervención quirúrgica hasta 7.4%. El objetivo de este caso es presentar otra posibilidad de complicación secundaria al uso de banda gástrica para el manejo de obesidad mórbida. Este tipo de complicación no se encuentra reportada en la literatura médica. **Material y métodos:** Se trata de paciente femenino de 32 años de edad, con antecedente de migraña y colocación de banda gástrica en el 2000, quien acude a consulta para control y revisión. Paciente presenta adecuado control de peso, sin embargo, refiere un episodio de fiebre y dolor abdominal. Actualmente cursa con dolor en el sitio de reservorio, así como abombamiento y secreciones fétidas en dicho nivel. Se realiza SEG y endoscopia encontrando banda gástrica erosionada en 95% por lo que se decide retiro de banda gástrica por vía laparoscópica. **Resultados:** se presenta video de la cirugía con los hallazgos previamente mencionados, así como erosión del catéter hacia colon, se realiza retiro de banda gástrica, cierre primario de estómago, resección del trayecto fistulizado de colon y cierre primario del mismo, la paciente es egresada en buenas condiciones generales. **Conclusiones:** se presenta una complicación potencialmente asociada a cirugía de banda gástrica, poco frecuente, en la que se incluye un órgano poco considerado dentro de las complicaciones secundarias el uso de la banda gástrica; la cual es resuelta por vía laparoscópica sin complicaciones. "Este trabajo ha sido patrocinado total o parcialmente por el ISSSTE Hospital Regional León".

CLINICAL EFFECTIVENESS OF RABEPRAZOLE IN TRIPLE THERAPY FOR *HELICOBACTER PYLORI* (No. de trabajo: 109)  
Gómez NA, Vargas PE, Zapatier JA, Mejillón JL, Gaibor JJ. Fundación Esperanza, Guayaquil, Ecuador.

**Introduction:** The control of the acid secretion represents a clinical advantage in the therapeutic protocol of the *Helicobacter pylori* (Hp), when associated to antibiotics like amoxiciline and clarithromycin. Rabeprazole is a proton pump inhibitor (PPI) with potent antisecretory action and quicker onset related to others; it is metabolized in the liver, by the cytochrome P450 system. The objective of this study is to establish the clinical effectiveness of the rabeprazole in a 7 days treatment of severe dyspeptic and peptic ulcer diseases associated with *H. Pylori* infection, in combination with amoxicilin and clarithromycin. **Materials and methods:** This is a prospective study of 30 patients with Hp infection and presenting severe functional dyspepsia or peptic ulcer disease.

The diagnosis was made with 3 methods: upper endoscopy (Olympus GIF XQ20, videocamera Olympus OTV-F2) with histology, serology, and stool antigens determination. Triple therapy for eradication was administered for 7 days (rabeprazole 20 mg BID, clarithromycin 500 mg BID, and amoxicilin 875 mg BID). Symptomatic outcome was registered at a 30 days follow up. **Results:** Of the 30 patients, 11 were men (37%) and 19 women (63%), with a mean age of 40.7 years (range 15 to 76 years). All the patients presented improvement of their symptoms a few days after the onset of treatment. One patient presented light epigastric pain, and other one drowsiness at the fourth and fifth day respectively. **Conclusion:** Rabeprazole cause the inhibition of the function of ATP, and phosphorylation of the pump. Also inhibits the potassium dependent dephosphorilation. In vitro, rabeprazole inhibits motility and urease activity. Rabeprazole has demonstrated to be an effective inhibitor of gastric acid secretion in patients with Hp infection. Besides possessing an antisecretory action superior to other PPI, achieves 95% eradication in 7 days of treatment in combination with clarithromycin and amoxicilin. With rabeprazole at a dose of 20 mg BID we obtained symptomatic remission a few days after initiated the treatment, associated to a good tolerance and few side effects (0.6%).

GASTROPARESIS AFTER KARATE EXERCISES (No. de trabajo: 110)  
Gómez N, Vargas P, Zapatier J, Gaibor J, Mejillón J. Fundación Esperanza, Guayaquil, Ecuador.

**Introduction:** Gastroparesis is an alteration of the gastric motility that causes the delay of its emptying especially for the solid foods. Symptoms like nausea, vomits, bloating, gastrointestinal cramps, diarrhea, pyrosis, and thoracic pain, can be presented in sportsmen after an extreme physical effort and not during it. The correction of the dehydration, the nutritional deficit, and the relief of the symptoms are important details of the treatment. **Case report:** A 20 years-old male that comes to the emergency room presenting severe abdominal pain, nausea and alimentary vomits, after a 2-hours martial art (Karate) sport session. He referred copious food ingestion more than 5 hours before. Due to the acute stage is admitted with a presumptive diagnosis of intestinal obstruction. Vital signs were stable, hematological profile was normal, and electrolytes were decreased 20% below normal value. The CT scan revealed a great gastric distension with liquid content. The physical examination was normal except for the upper abdominal tenderness. Prokinetics, H2 blockers, and fluids restoration were administered, together with nasogastric tube drainage. He was discharged a few hours later presenting no subsequent complications. **Discussion:** Acute gastroparesis is the most related with electrolytes disturbances, ketoacidosis, systemic infections, or acute abdominal aggression. In many occasions, can lead to malnutrition and complications like reflux esophagitis or a bezoar formation. It has been established that long distance athletes are mainly associated with lower gastrointestinal symptoms, while cyclists with upper and lower gastrointestinal symptoms. The patients with idiopathic gastroparesis constitute 28% of the cases, and present a slow, and progressive evolution, with symptoms persisting for a long period. It has been related to high titers of CMV, EBV or herpes zoster virus antibodies. The diagnosis is clinical, supported by radiologic findings (X-rays, CT) demonstrating the great gastric distention. The treatment is generally effective correcting the underlying disturbance and the motor dysfunction.

GASTROPARESIS INDUCED BY BISMUTH SUBSALICYLATE INTOXICATION (No. de trabajo: 111)  
Gómez N, Vargas P, Zapatier J, Gaibor J, Mejillón J. Fundación Esperanza, Guayaquil, Ecuador.

**Introduction:** Gastroparesis is defined as the increase of the gastric residual content with predisposition to gastroesophageal reflux; manifested with nausea, vomit, and commonly pain. The gastroparesis presents as complication of systemic diseases like diabetes mellitus, scleroderma, systemic lupus erythematosus, polymyositis, dermatomyositis, and

amyloidosis; as well as in head trauma, burns, abdominal surgery, sepsis, supine position, and the use of medications like catecholamines and narcotics. **Case report:** A 70 years-old male patient that is admitted in the emergency department for presenting nausea, alimentary vomit, bloating, absence of bowel sounds, abdominal distention, and pain for 48 hours, during a nautical tourist trip, and after the ingestion of 12 FL OZ of a bismuth subsalicylate containing antidiarrheal. Vital signs were stable and ECG evaluation was normal. The initial diagnosis was intestinal obstruction. Tomographic evaluation revealed a great gastric distension with liquid content. A nasogastric tube was placed for drainage (4.500ml). Once ruled out the diagnosis of intestinal obstruction, prokinetics and H2 blockers with hydration were administered. The patient is discharged after 6 days presenting no further complication. **Discussion:** The gastroparesis is a functional disorder of the gastrointestinal motility that causes nausea and vomits due to the inability of the clearing retained food and the secretions. The diagnosis is based on the clinical and complementary tests results. There are several treatment options; diet and prokinetics constitute the basis of management after mechanical causes are ruled out. Bismuth subsalicylate is effectively used for the treatment of mild to moderate diarrhea, including traveler's diarrhea. Its mechanism is not well understood; probably the antiinflammatory effects of salicylates are related with the antidiarrheal effect. This is based on the observation of the antisecretory and antimotility effect of cyclooxygenase inhibitors, the diarrheal induction effect of prostaglandins, and the antibacterial activity of bismuth (Bi3+). The intoxication with bismuth subsalicylate is manifested with fever, diaphoresis, tachypnea, vomits, tinnitus, agitation, coma, acidosis, and alkalosis. However, in this particular case, we believe that, without reaching the intoxication level with this compound, the gastric emptying inability appeared probably due to the action of cyclooxygenase inhibitors, facilitating the presentation of gastroparesis. In conclusion, the gastroparesis can present as complication of several factors, like metabolic, toxic, surgical, and in this case, after bismuth subsalicylate overdose, complication for which there is no report.

THE FUNCTION OF THE THYROID GLAND AMONG PATIENTS WITH THE GALLSTONE DISEASE (No. de trabajo: 114)  
Sayfutdinov Galimzjanovich R, Rijkova OV, Majorova LM. Medical, Kazan Republic of Tatarstan, Russia.

**Introduction:** One of the factors that might cause the gallstone disease can be the disbalance of the thyroid hormones (Malik R., 2002; Laukkarinen J., 2003). The gallstone disease is diagnosed by 30% of patients with the thyroid gland dysfunction (Völzke H., 2005). There are only a few publications on the function of the thyroid gland among the patients with cholelithiasis. **Aims & Methods:** The purpose of the work is to estimate the function of the thyroid gland among the patients with the gallstone disease. **Materials and methods:** Ultrasonography of the thyroid gland has been carried to 540 patients with the gallstone disease: 354 women (65,6%) and 186 men (34,4%). The average age comprised  $46,6 \pm 0,3$  years (for women  $46,1 \pm 0,3$  years, for men  $46,9 \pm 0,9$  years,  $p$  more 0,05). The enzyme-linked assay Bio-tek method (USA) was used to determine the level of triiodothyronine (T3), thyroxin (T4), thyrotropic hormone (TTH) and antibodies to thyreoperoxidase (AB to TPO). **Results:** The ultrasonography of the thyroid gland provided with the following parameters: for the right globe: the length –  $43,2 \pm 0,6$  mm (at women –  $43,6 \pm 0,8$  mm, at men –  $42,7 \pm 0,9$  mm,  $p$  more 0,05), the thickness –  $19,1 \pm 0,4$  mm (at women –  $18,6 \pm 0,5$  mm, at men –  $19,8 \pm 0,6$  mm,  $p$  more 0,05), the width –  $17,1 \pm 0,4$  mm (at women –  $16,6 \pm 0,5$  mm, at men –  $17,9 \pm 0,7$  mm,  $p$  more 0,05); for the left globe: the length –  $42,2 \pm 0,8$  mm (at women –  $41,9 \pm 1,2$  mm, at men –  $42,7 \pm 1,2$  mm,  $p$  more 0,05), the thickness –  $18,1 \pm 0,6$  mm (at women –  $16,7 \pm 0,7$  mm, at men –  $20,1 \pm 0,9$  mm,  $p$  more 0,05), the width –  $16,5 \pm 0,8$  mm (at women –  $15,6 \pm 0,6$  mm, at men –  $17,8 \pm 1,7$  mm,  $p$  more 0,05); the dimensions of the isthmus is  $4,1 \pm 0,2$  mm (at women –  $3,9 \pm 0,2$  mm, at men –  $4,3 \pm 0,4$  mm,  $p$  more 0,05). The level of T3 comprised  $1,6 \pm 0,1$

nmol/l (at women –  $1,5 \pm 0,1$  nmol/l, at men –  $1,6 \pm 0,1$  nmol/l,  $p$  more 0,05), T4 –  $94,3 \pm 2,3$  nmol/l (at women –  $95,5 \pm 2,6$  nmol/l, at men –  $92,6 \pm 5,0$  nmol/l,  $p$  more 0,05), TTH –  $3,0 \pm 0,7$  mcME/mL (at women –  $3,8 \pm 1,0$  mcME/mL, at men –  $1,5 \pm 0,2$  mcME/mL,  $p$  less 0,05), AB to TPO –  $36,9 \pm 15,7$  E/mL (at women –  $48,7 \pm 20,7$  E/mL, at men –  $3,3 \pm 0,9$  E/mL,  $p$  less 0,05). **Conclusion:** The prevalence of the dysfunction of the thyroid gland among women with the gallstone disease is higher than among men. Cholelithiasis might be caused by the reduction of TTH and the increasing of AB to TPO.

THE ANOMALIES OF THE GALLBLADDER IN THE CLINIC OF INTERNAL DISEASES (No. de trabajo: 115)  
Sayfutdinov Galimzjanovich R, Majorova LM, Rijkova OV. Medical, Kazan Republic of Tatarstan, Russia.

**Introduction:** There are only a few publications on the problem of anomalies of the gallbladder and extrahepatic bile ducts (Saddik D., 1998; Farrant P., coauthors, 2001). The results obtained by these and other researchers are contradictory. It makes the problem a matter of vital importance. **Aims & methods:** The purpose of the work is to study the occurrence of anomalies of the gallbladder among the patients with therapeutic pathology. **Materials and methods:** 1,448 (residents of the city of Kazan) with various types of the pathology of internal organs have been surveyed; there has been carried out ultrasonography (USG) to all the patients (HDI-1500 primary element of 3,5 mgh, standard positions). **Results:** Among the surveyed patients anomalies of the gallbladder in the form of bends and twists have been revealed at 184 persons (12,7%). Agenesis, anomalies of the gallbladder location, the double gallbladder and the duplication of the gallbladder were not registered. Anomalies of the gallbladder have been revealed at the patients with high blood pressure (4,2%: at women 5,5%, at men 2,8%), with the ischemic heart disease [IHD] (stable and non-stable stenocardia, acute myocardial infarction, cardiosclerosis) (12,6%: at women 10,6%, at men 12,6%), with inflammatory diseases (vasculitis, fever of the unclear etiology, myocarditis, rheumatism, dermatomyositis, systemic dermatosclerosis, lupus erythematosus, Sjogren's syndrome, infective endocarditis, erythema nodosum) (17,3%: at women 16,5%, at men 20,8%), with the inflammatory disease articulation (reactive arthritis, ankylosing spondylitis, rheumatoid arthritis) (12,7%: at women 14,0%, at men 9,5%), with arthrosis and podagra (8,7%: at women 17,9%, at men 7,1%), with the dysplasia of the tela conjunctiva (congenital defect valvular, mitrale valve prolapse) (20,0%: at women 50,0%, at men 9,1%), with the pulmonary pathology (bronchial asthma, chronic obstructive bronchitis, pneumonia) (16,7%: at women 19,0%, at men 11,1%), with hepatobiliary system diseases (acalculous cholecystitis, gallbladder stones, hepatitis and cirrhosis hepar) (22,2%: at women 22,6%, at men 21,7%), with esophagus, stomach and duodenum diseases (gastroesophageal reflux disease, ulcer disease of stomach and ulcer disease of duodenum) (50,0%: at women 50,0%, at men 50,0%). **Conclusion:** 1. Occurrence of the anomalies of the gallbladder is more frequent among the patients with the gastroenterology pathology and the dysplasia of the tela conjunctiva. 2. Prevalence of the anomalies of the gallbladder among women is higher than among men.

THE STOMACH AND DUODENUM ULCER DISEASES AMONG THE EMPLOYEES OF THE MOTOR LICENSE AND INSPECTION DEPARTMENT (No. de trabajo: 116)  
Sayfutdinov Galimzjanovich R, Socolova OR. Medical, Kazan Republic of Tatarstan, Russia.

**Introduction:** The ulcer disease is bound to attract the attention of many researchers. The problem arises from the absence of clarity in understanding the pathogenesis of the disease and its growth. The fact that the presence of *Helicobacter pylori* (HP) causes the ulcer disease cannot clarify the point to the last detail. According to some researchers the seeding of the population with HP may amount to as much as 60%-90% (Sipponen P., 1997). However the occurrence of the ulcer disease is not more than 10-15% (Demling L., 1970). **Aims & methods:** The purpose

of the work is analyze the progression of the stomach and duodenum ulcer diseases among the employees of the motor license and inspection department. **Materials and methods:** 1,000 employees of the motor license and inspection department have been surveyed. They included 300 persons of the administrative staff and 700 traffic inspectors: 64 persons of the travel warrant units and 636 persons of the linear units. Fibrogastroendoscopy, endoscopy pH-metry and HP evaluation have been carried to all the surveyed persons. Cytologic and biochemical urease methods were used. **Results:** Prevalence of the ulcer disease is higher among the traffic inspectors of the travel warrant units (45,3%) and the traffic inspectors of the linear units (5,0%) than among the persons of the administrative staff (2,3%). The average age of the surveyed persons comprised  $31,7 \pm 1,10$ ,  $37,0 \pm 0,74$ ,  $39,4 \pm 1,48$  years correspondingly. The duration of the disease is determined by  $3,6 \pm 0,48$ ,  $5,1 \pm 0,44$ ,  $7,5 \pm 0,92$  years. The length of service is  $5,5 \pm 0,57$ ,  $12,4 \pm 0,54$ ,  $13,7 \pm 1,51$  years. The body build index (BBI) is equal to  $24,7 \pm 0,68$ ,  $25,8 \pm 0,72$ ,  $28,7 \pm 0,70$  kg/m<sup>2</sup>. The average size of the ulcer comprised  $0,8 \pm 0,33$ ,  $0,9 \pm 0,29$ ,  $0,4 \pm 0,04$  mm. HP was revealed at 82,8%, 75%, 71,4% persons. The eradication was successful at 83,3%, 87,5%, 80% persons. During the last four years the recurrence of the ulcer disease one time was registered at 100%, 43,7%, 24,1% persons. The location of the ulcer didn't change during the recurrence: 11,5%, 41,4%, 71,4%. The average size of the ulcer at the period of the recurrence comprised  $0,5 \pm 0,02$ ,  $0,4 \pm 0,05$ ,  $0,4 \pm 0,05$  mm. **Conclusion:** 1). Prevalence of the ulcer disease is higher among the traffic inspectors of the travel warrant units and the traffic inspectors of the linear units than the persons of the administrative staff. It should be noted that their average age, length of service, body build index are minor. The period of the ulcer anamnesis is shorter. 2). The lack of the diet, the poor surroundings and the specific character of work have an influence upon the progression of the stomach and duodenum ulcer diseases among the traffic inspectors of the travel warrant units.

#### ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y *HELICOBACTER PYLORI* (No. de trabajo: 117)

\*Hernández Garcés HR, \*Moutary I, \*\*León Nava F. \*Instituto Nacional de Gastroenterología. La Habana, Cuba. \*\*Hospital Central de Apizaco. Consejo Mexicano de Cirugía General.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, constituido por 52 pacientes adultos (40 femenino y 12 masculino), con diagnóstico clínico, endoscópico y manométrico de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo con la presencia o no de infección por *Helicobacter pylori* y se compararon en varias categorías (comportamiento clínico, intensidad de esofagitis endoscópica, diagnóstico histológico de la mucosa gástrica, presión media del esfínter esofágico inferior y motilidad esofágica mediante estudio manométrico). Se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.000004$ ) entre comportamiento clínico y la intensidad de la esofagitis desde el punto de vista endoscópico en los pacientes con *Helicobacter pylori* positivo. El estudio de la correlación entre diagnóstico histológico de la mucosa gástrica y la presión media del esfínter esofágico inferior en los pacientes tanto con *Helicobacter pylori* positivo como negativo no mostró diferencias estadísticas significativas. El grado de lesión endoscópica en los pacientes estudiados no dependió de la presencia o no de infección por *Helicobacter pylori*. Se observó diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.00000009$ ) entre la presión media del esfínter esofágico inferior en los pacientes con infección por *Helicobacter pylori*. Finalmente concluimos que la enfermedad por reflujo gastroesofágico en los pacientes estudiados no dependió de la presencia o no de infección por *Helicobacter pylori*.

#### EVALUATION OF INTERLEUKINE 6 AND VEGF GENES POLYMORPHISMS IN PANCREATIC ADENOCARCINOMA AND CHRONIC PANCREATITIS (No. de trabajo: 119)

Talar-Wojnarowska JR, Gasiorowska A, Smolarz B, Romanowicz-Makowska H, Kulig A, Malecka-Panas E. Department of Digestive Tract Diseases. Poland.

**Background:** Vascular endothelial growth factor (VEGF) is a potent stimulator of angiogenesis, important for growth and spread of pancreatic tumours. Gene coding interleukin 6 (Il-6) may be disrupted during pancreatic tumorigenesis and influence the biological phenotype of pancreatic cancer. Functional polymorphism of VEGF and Il-6 genes may influence VEGF and Il-6 serum levels. **Methods:** VEGF gene polymorphisms at position C-460T and G+405C and Il-6 gene polymorphism (G-174C) have been evaluated in 22 patients with pancreatic adenocarcinoma (PA), 42 with chronic pancreatitis (CP) and 40 healthy volunteers. VEGF and IL-6 genotypes were studied by allele-specific polymerase chain reaction in DNA isolated from blood samples. The serum concentrations of VEGF and Il-6 were measured by an enzyme-linked immunoassay (R&D Systems, USA). **Results:** We found an increased frequency of the homozygous +405G/G VEGF genotype in patients with PA (54,5%) compared with CP (24,4%) and control group (20%) ( $p < 0,01$ ). In contrast, the distribution of allele frequencies of the -460C/T polymorphism in the PA patients did not differ from those in the CP and control group. Plasma levels of VEGF were significantly higher in PA patients (mean cytokine level: 756 pg/mL) compared with CP patients (237 pg/mL) and control group (177 pg/mL;  $p < 0,01$ ). In our study, there was no association between VEGF serum levels and VEGF gene polymorphism. The genotype frequency of Il-6 polymorphism and Il-6 serum level were similar in patients with PA, CP and control group. In PA patients, the correlation between the presence of homozygous -174G/G Il-6 genotype and tumor size  $> 3$  cm has been found. In contrast, VEGF gene polymorphism was not associated with any clinical data. **Conclusion:** These preliminary results indicate that VEGF and Il-6 genes polymorphisms may play important role in pancreatic carcinogenesis. Further studies are needed to investigate its possible association with PA prognosis. Work supported by Medical University of Lodz, grant 502-11-537.

#### TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL ULCERADO EN FUNDUS GÁSTRICO (No. de trabajo: 120)

Ramírez Cisneros FJ, Acosta Ponce de León E, Reed San Román G, Sánchez Sosa S. Centro Médico Anzures y Hospital de Especialidades ISSSTE, Puebla, Pue. México.

**Presentación del caso:** paciente femenino de 36 años de edad con antecedentes familiares positivos para adenocarcinoma gástrico en padre, y cáncer de mama en madre, ambos finados, tabaquismo positivo con Índice tabáquico de 18, cáncer cervicouterino *in situ* manejado con histerectomía a los 32 años. Inicia padecimiento de ocho días de evolución con dolor epigástrico urente continuo no relacionado con la ingesta de alimentos, refiere además pérdida de ocho kilos en ocho meses, se realiza endoscopia con toma de biopsias, la cual reporta: lesión tumoral de 6 cm de diámetro, ulcerada, bordes irregulares en fundus gástrico. El reporte histopatológico es de tumor del estroma gastrointestinal maligno (GIST) ulcerado en fundus gástrico con inmunohistoquímica (c-Kit) CD117 y CD34 positivos intensos. Se realiza tomografía computada que reporta neoplasia gástrica en fundus con afectación de epiplón gastrohepático, espacio retrogástrico y lesiones hepáticas de enfermedad metastásica. Se realiza manejo quirúrgico: gastrectomía radical ampliada con esplenectomía y pancreatectomía distal, con resección tumoral completa y esofagoyeyunoanastomosis en Y de Roux. Con hallazgos de tumoración dependiente de fundus gástrico, exofítica de 10 cm de diámetro circunscrito que involucra cola de páncreas, ligamento gastroesplénico, y tres metástasis hepáticas en lóbulo derecho. El reporte histopatológico definitivo corrobora el diagnóstico con inmunohistoquímica, además de bordes quirúrgicos libres de lesión. La paciente con evolución adecuada con inicio de la dieta a los cinco días de postoperatorio presentando en una ocasión Sx de Dumpin temprano relacionado con la ingesta de dieta elemental, el cual remitió con medidas generales, se inició mesilato de imatinib 400 mg diarios con adecuada respuesta y tolerancia sin evidencia de recurrencias hasta la fecha. **Discusión:** los GIST son lesiones malignas originadas del mesenquima del tubo digestivo, la célula de origen es la célula intersticial de Cajal, conocida también como las células de marcapaso del intestino, porque inician la señal para disparar la peris-

talsis en el tubo digestivo. Las alteraciones genéticas encontradas en los pacientes con GIST son mutaciones en las proteínas de superficie llamadas receptores de tirosin-cinasa. La mayoría de los GIST presentan mutaciones en el gen que produce el factor de crecimiento del receptor llamado c-KIT. Por lo cual el diagnóstico definitivo se tiene a partir de inmunohistoquímica con expresión de c-KIT o CD117. Estos tumores se presentan más frecuentemente en estómago hasta en 55% de los casos, pero rara vez en forma de ulceración en el fondo como en este caso, el resto es en intestino delgado 30%, esófago 5%, recto 5% y colon 2%. La resección con bordes quirúrgicos libres de lesión es la base de tratamiento, además de mesilato de imantinib como terapia dirigida para cáncer en pacientes con C-kit positivo y alcanzan respuesta adecuada en más de 63% de los casos, esta terapéutica está indicada en pacientes con enfermedad metastásica, irreseccable o en los pacientes de alto riesgo de recurrencia posterior a la resección quirúrgica, como en el caso de nuestra paciente. En cuanto a pronóstico estos tumores tienen una incidencia alta de recurrencia en base al tamaño y cuenta mitótica de la lesión con rangos de 2.4% en bajo riesgo a 38.5% en alto riesgo en las mejores series.

DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE VÓMITOS CÍCLICOS SEGÚN CRITERIOS ROMA II (No. de trabajo: 121)

Rivas Domingo D, Frago Arbelo T. Hospital Pediátrico Universitario. La Habana, Cuba.

**Introducción:** los trastornos funcionales gastrointestinales son motivo de consulta frecuente en la infancia y adolescencia, el síndrome de vómitos cíclicos es poco conocido y es uno de los trastornos funcionales que representa un serio problema social y altera la dinámica familiar. **Objetivo:** conocer la frecuencia e identificar y validar las características clínicas según los criterios de Roma II. **Método:** durante un periodo de dos años a los pacientes con diagnóstico probable de síndrome de vómitos cíclicos atendidos en la consulta de Gastroenterología, se les realizó una encuesta de los síntomas a pacientes y/o padres o tutores y el examen físico completo en la primera visita según los criterios de Roma II. Se indicaron exámenes complementarios que incluyeron pruebas bioquímicas y hematológicas (hemograma completo, velocidad de sedimentación, glicemia, creatinina, ácido úrico, amilasa, lipidograma, enzimas hepáticas), anticuerpo antitransglutaminasa tisular, estudios parasitológicos y bacteriológicos de las heces, urocultivo, pruebas metabólicas en orina, electroencefalograma, estudios endoscópicos y anatomopatológicos del tractus digestivo superior e imagenológicos para descartar enfermedades orgánicas como posibles causas. Los resultados se vertieron en una base de datos confeccionada al respecto y procesada por el sistema estadístico Epinfo 6 a través de frecuencias absolutas y relativas con un intervalo de confianza de 95%. **Resultados:** se consideró el diagnóstico de síndrome de vómitos cíclicos en 19, con una edad de inicio entre dos y 10 años (media de 5 años); 57.9% del sexo femenino y 84.2% de la raza blanca. La palidez 19 (100%), retraimiento social 11 (57.9%), dolor abdominal nueve (47.4%), náuseas seis (31.6%), cefalea y diarrea cinco (26.3%), vértigo y fiebre cuatro (21.1%), sudoración tres (15.8%), fotofobia y salivación excesiva dos (10.5%) fueron los signos y síntomas asociados en orden decreciente de frecuencia. La cefalea migrañosa seis (31.6%), el síndrome de intestino irritable dos (10.5%) y la cinetosis uno (5.3%) se presentaron como enfermedades asociadas. Dentro de los antecedentes patológicos en familiares de primer grado encontramos cefalea migrañosa en cinco (26.3%), síndrome de intestino irritable tres (15.8%), epilepsia y cinetosis uno (5.3%). El 63.2% identificaron situaciones específicas que precipitaron las crisis, de éstos, seis (31,6%) fueron situaciones de estrés, cuatro (21,1%) infecciones respiratorias y dos (10,5%) por alimentos. En 78,9% los episodios fueron estereotipados, la recurrencia cíclica en 12 (63,2%) e irregular en siete (36,8) con 15 episodios como promedio por año. La duración del episodio uniforme en 15 (78,9%) y variable en cuatro (21,1%). Con pródromos reconocidos sólo cinco (26,3%) mientras que 14 (73,7%) tuvieron un inicio brusco. Dentro de las complicaciones la deshidratación isotónica estuvo presente en

11 pacientes (57,9%), la esofagitis péptica en un paciente (5,3%) igual que el síndrome de Mallory-Weiss. **Conclusiones:** el síndrome de vómitos cíclicos es relativamente frecuente en nuestro servicio ambulatorio de gastroenterología. Su identificación basada en los síntomas clínicos es útil para el diagnóstico y la evolución de los mismos.

RELATION BETWEEN VIRAL LOAD AND CD4 VERSUS CRYPTOSPORIDIUM SPP. IN FECES OF CHILDREN WITH AIDS (No. de trabajo: 126)

Velasco Carlos A, Siuffi M, Angulo M, López P, Dueñas VH, Rojas C. Universidad del Valle. Cali, Colombia.

**Introduction:** *Cryptosporidium* spp. (C. spp.) cause morbi-mortality in children with AIDS. **Objective:** To identify the association between viral load, CD4 levels and C. spp., presence in feces of children with AIDS. **Materials and methods:** Observational study in children of the Hospital Universitario del Valle of Cali. Data like age, gender, origin, consanguinity, treatment, stage, maternal survival and weight, were taken. Feces were analyzed by the technique of Ziehl-Neelsen modified. Viral load and CD4 levels were measured. Statistic included stratified analysis, models of logistic regression, and tests, t Student,  $\chi^2$ , and Fisher's, being significant  $p < 0.05$ . **Results:** Were analyzed 72 children between 0 and 15 years, 52.7% masculine ones, 50% consanguinity and with alive mother, 54.2% of the urban area, 69.1% institutionalized ones, 36.1% severity degree C, 73.6% with analog nucleoside with protease inhibitor, 55% with > 100,000 copies of viral load and > 100,000 cells CD4. The prevalence of C. spp. was 51.4%, being more affected between 5 to 10 years; with a greater proportion of positive children for C. spp. with severe degree for AIDS ( $p = 0.03$ ). With interval of confidence of 95%, > 2 years had a greater risk 8 times to be positive in feces for C spp. (1.6-40.1); for age, gender and rural origin, 7.7 (1.5-38.9); alive mother and to be institutionalized, 6.1 (1.1-32.7), and for severity of the disease and weight, 5.7 (1-32.3). **Conclusion:** The prevalence for C. spp. was 51.4%, with risk factors age > 2 years and degree of severity C, without significant differences in weight, viral load and CD4 levels.

DIETETIC FIBER IN 22 CHILDREN FROM THE HOSPITAL INFANTIL CLUB NOEL OF CALI, COLOMBIA (No. de trabajo: 127)

Velasco CA, Ladino L, Aragón LE. Universidad del Valle. Cali, Colombia.

**Introduction:** Functional chronic constipation is important cause of consultation in pediatric gastroenterology. The role of the dietetic fiber in children is controversial like cause of the constipation. **Objective:** To report the dietetic fiber consumption in 22 children of the Hospital Infantil Club Noel (HICN) of Cali, Colombia. **Report of Cases:** Were included 22 children (3-13 years), both gender, from the HICN of Cali, Colombia with digestive diagnosis for the first time. A medical clinical history was made, and one interviews nutritional by reminder of 24 hours. Acute undernourishment was defined when the deficit for weight/height (W/H) was > 10% and overweight when the excess for W/H was > 10%. The chemical analysis of the dietetic fiber took control of base to the Content of Dietetic Fiber and Resistant Starch in Foods and Latin American Products of the CYTED. They were divided according to gender, intestinal habit and signs and symptoms; in children with constipation (n = 9) and without constipation (n = 13) ( $p = 0.865$ , 95% IC -6.71 to 7.91). **Conclusion:** The 22 children of the HICN of Cali, independent of the constipation presence, they consume  $12.8 \pm 7.8$  g of dietetic fiber to the day, that they are the recommended ones by most of described studies.

PHMETER IN CHILDREN WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND OTOLARINGOLOGY SYMPTOMS (No. de trabajo: 128)

Velasco CA, Pérez ML, Sánchez MP. Universidad del Valle. Colombia.

**Introduction:** The indication of pHmeter of 24 hours (pH24h) to diagnosis gastroesophageal reflux disease (GERD) of atypical presentation by otolaringology symptoms (OTL) it's more frequent. **Objective:** To describe the pH24h in children with GERD and OTL symptoms. **Me-**

**thods:** Comparative, descriptive, and retrospective study. N = 83 children < 14 years old suffering GERD and OTL symptoms, from the HUV in Cali, Colombia. **Data:** Name, age, gender, symptoms and weight were taken. They were divided into two groups: OTL symptoms and without OTL symptoms. They were classified as global undernourished (deficit weight/age > 10%) according to tables from the NCHS. From pH24h were taken: reflux index (RI), # of acid episodes, # of episodes > 5' and duration of the longest episode and association with symptoms. The statistical analysis was the student's t, having p < 0.05 as significant. **Results:** 83 children were included (median 46 months), 46 male, 48 with OTL symptoms (crosstalk, otitis, snore, sinusitis, vocal cord nodules and croup) and 35 without OTL symptoms, with global undernourished in 31. 37 pH24h were abnormal: 18 OTL+ and 19 OTL- (p > 0.05). The parameters of pH24h in OTL symptoms were: RI 2.44 ± 2.54%; # of acid episodes 49.38 ± 62.87; # of acid episodes > 5' 0.85 ± 1.61 and the duration of the longest episode 5.92 ± 8.06'; and in without OTL symptoms were: RI 3.93 ± 4.30%; # of acid episodes 67.09 ± 68.82; # of acid episodes > 5' 0.91 ± 2.02 and the duration of the longest episode 8.32 ± 19.29'. The parameter more altered was # of acid episodes, but it did not have significant differences, encloses when the nutritional state was even valued (p ≥ 0.05). **Conclusion:** Of 58% of the children with pH24h to discard GERD by so single OTL+ 22% were abnormal, being the parameter it altered # acid episodes more, but without significant differences.

ESTUDIO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO CON IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL EN 160 NIÑOS (No. de trabajo: 129)  
Orsi M, Cohen Sabban J, Donato Bertoldi G, D'Agostino D. Servicio de Gastroenterología-Hepatología y Trasplante Hepático. Departamento de Pediatría Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** la impedanciometría intraluminal multicanal de 24 horas (IIM), es un nuevo método para el diagnóstico del reflujo gastroesofágico (RGE). Esta técnica de monitoreo permite evaluar el movimiento de la columna líquida, independiente de la calidad del material refluído (ácido/no ácido). Con la pHmetría de 24 horas aprendimos que el reflujo ácido se modifica con la edad. Es de nuestro interés conocer si ocurre lo mismo con los episodios no ácidos, así como estudiar su correlación sintomática. **Objetivo:** investigar la presencia de episodios de reflujo ácido y no ácido con impedanciometría intraluminal multicanal (IIM)-pH de 24 horas en pacientes con sospecha clínica de reflujo gastroesofágico (RGE) y su diferente comportamientos en los lactantes y en los niños mayores. Estudiar la correlación sintomática en ambos grupos etarios. **Materiales y métodos:** desde enero 2005 hasta abril 2006, se realizó un estudio prospectivo en 160 pacientes. Se dividió la población en dos grupos: Grupo I: 80 lactantes (52 varones, 28 mujeres) menores de dos años de edad. Media de 6.9 meses (r 1-23 meses). Grupo II: 80 niños (45 varones, 35 mujeres) mayores de dos años de edad. Media 6.9 años (r 2-16 años). Fueron criterios de exclusión: pacientes con enfermedad cardiaca, anomalías congénitas, retardo mental, parálisis cerebral o en tratamiento con medicación antirreflujo. Los pacientes fueron evaluados durante 24 horas con equipo Sleuth Monitoring Recorder con catéteres ZPN (S61CO1E) y ZIN (S61CO1E) con siete sensores de impedanciometría y uno de pH en el extremo distal. **Resultados:** La pHmetría de 24 horas detectó 3,590 episodios ácidos; mientras que por impedanciometría fueron detectados 7,192 episodios totales de reflujo, de los cuales 4,127 (57.34%) fueron ácidos (Ac) y 3,068 (42.65%) fueron no ácidos (No Ac). Grupo I: total de episodios 3,993; ácidos 2064 (51.7%); no ácidos 1,929 (48.3%). Grupo II: total de episodios 3199; ácidos 2,060 (64.4%); no ácidos 1,139 (35.6%). El reflujo alcanzó el canal proximal en 61.23% de los episodios en el G I y en 61.3% del G II. El análisis de estos datos utilizando la prueba de t pareada muestra que no hay diferencia significativa en el comportamiento del reflujo ácido entre el G I y G II. En cambio, sí la hay con p < 0.0001 en el reflujo no ácido entre lactantes: G I y niños: G II. En el Grupo I: el vómito resultó el síntoma más frecuente. Su correlación sintomática fue en 796 episodios (Ac: 50.2 %;

Cuadro 1. Resultados.

Grupo I				
	Tos	Vómitos	Sandifer	
	Total	1324	2094	38
Corr. Sx No ác.		188	397	12
	(43%)	(49.8%)	(75%)	
Ácidos		249	399	4
	(57%)	(50.2%)	(25%)	
Grupo II				
	Total	2072	960	
Cr. Sint. No ác		292	38	
	(36%)	(33.3%)		
Ácidos		516	77	
	(64%)	(66.6%)		

No Ac: 49.8%). En cambio, en el Grupo II, la tos fue el de mayor frecuencia con una correlación sintomática en 808 episodios (Ac: 64%; No Ac: 36%). En el grupo I se observaron 38 eventos de reflujo asociados a Sandifer, de los cuales 16 tuvieron correlación sintomática y de éstos 75% eran episodios de reflujo no ácido (*Cuadro 1*). **Conclusiones:** La impedanciometría intraluminal multicanal de 24 horas es un buen método para evaluar el reflujo ácido así como el no ácido. En los lactantes, los episodios de reflujo no ácido pueden representar hasta 50% del total y esto no sería detectado con una pHmetría convencional. El hallazgo de correlación sintomática con episodios no ácidos, debe ser considerado especialmente en los más pequeños. Más estudios serán necesarios para incrementar el conocimiento respecto a la proyección de esta nueva herramienta diagnóstica.

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO: FACTORES DE MOTILIDAD (No. de trabajo: 131)  
Díaz-Canel Fernández O, Anido Escobar V, Martínez R, Ruíz Torres J, Martínez Oliva Y. Centro Nacional de Cirugía Endoscópica. La Habana, Cuba.

**Introducción:** los estudios de motilidad esofágica son de gran importancia para el diagnóstico y correcta elección del tratamiento de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. No sólo brindan información sobre el estado de la motilidad del cuerpo esofágico, sino que permiten obtener información sobre qué elementos de la barrera antirreflujo han fallado y propiciado la aparición de la enfermedad. **Material y método:** en el Centro Nacional de Cirugía Endoscópica, en La Habana, Cuba, en el periodo del 8 de enero de 2004 hasta el 14 de junio de 2005, fueron evaluados por manometría esofágica, 193 pacientes, a los que se les diagnosticó una ERGE, teniendo en cuenta su cuadro clínico, resultados endoscópicos, histológicos y la manometría esofágica. En este último se valoró la presencia o no de hernia hiatal, la presión de reposo del esfínter esofágico inferior, la estabilidad del mismo, su tamaño, su simetría, además del estado de la motilidad del cuerpo esofágico. **Resultados:** la enfermedad fue más frecuente entre los 40-60 años de edad, con predominio de mujeres sobre hombres, el síntoma más frecuente fue el reflujo, predominaron los pacientes con esfínteres hipotónicos, de longitud normal, con segmentos intraabdominales cortos o ausencia del mismo, inestables, asociados a hernia hiatal y con severos trastornos de la motilidad esofágica. **Conclusiones:** la manometría esofágica es un estudio necesario e imprescindible para comprender la patología de la ERGE. La comprensión de los mecanismo involucrados ayuda a una elección temprana entre el tratamiento médico y la cirugía por mínimo acceso.

USO DE LA COLANGIOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR EN LA DETERMINACIÓN DE COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA DE ETIOLOGÍA BILIAR EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL "DR. ÁNGEL LARRALDE". ENERO 2004-JUNIO 2005 (No. de trabajo: 132)  
\*Gil Martorelli A, \*\*Salomón Rivas M. \*Hospital Dr. Ángel Larralde. \*\*Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela.

La pancreatitis aguda amerita de procedimientos imagenológicos, para su evaluación. Se han establecido protocolos para estandarizar su diagnóstico y tratamiento. En este sentido y dado que la principal etiología es atribuida a la litiasis biliar, la mayor parte de dichos protocolos han incluido la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Sin embargo, en un importante número de casos la CPRE no arroja el esperado resultado de cálculos en la vía biliar y, por lo tanto, no brinda un beneficio diagnóstico, ni terapéutico. Hoy ha surgido la colangiografía por resonancia CRMN, la cual brinda excelentes imágenes no sólo de la vía biliar, sino también del estado del páncreas y es un estudio no invasivo. **Objetivos:** se ha propuesto realizar esta investigación de forma prospectiva planteando la realización de CRMN a los pacientes con pancreatitis aguda de origen biliar esperando descartar la presencia de cálculos en colédoco en la mayor parte de los pacientes, simultáneamente evaluar el estado inflamatorio del páncreas y de esta manera obviar la CPRE, utilizando, además, como parámetros de referencia valores de laboratorio. Adicionalmente se compara el costo económico. **Materiales y métodos:** la investigación es prospectiva, transeccional y descriptiva. La población quedó constituida por pacientes hospitalizados con pancreatitis aguda, en el Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" en el lapso 2004-2005, la muestra se constituyó por pacientes que cumplieron con criterios de inclusión. Se utilizó la técnica de observación directa. El instrumento fue un registro diseñado para vaciar datos de la CRMN, CPRE, laboratorio y hallazgos quirúrgicos. Se realizó análisis descriptivo y comparativo, así como la distribución por frecuencias y porcentajes. **Resultados:** se encontró que 72.72% de los casos no mostró hallazgos de coledocolitiasis ni dilatación del árbol biliar por CRMN, 68.18% de los pacientes con inflamación aguda de la glándula pancreática presentaron elevación de la bilirrubina, 100% de los pacientes donde no se reportó litiasis biliar por CRMN, no hubo litiasis coledociana como hallazgo de la intervención; al considerar el costo de la CRMN se evidencia que 100% de estos estudios estuvieron por debajo de \$105, la CPRE costó más de \$313. **Conclusiones:** cuando se realizó CRMN a pesar de que la etiología planteada es la litiasis biliar, los datos muestran que en la mayor parte de los casos esta eventualidad no se presentó, lo cual sostiene el planteamiento de disminuir o no utilizar como norma de estudio la CPRE. Asimismo, la elevación de bilirrubina durante la pancreatitis aguda permite suponer la presencia de cálculos coledocianos. Con respecto a esto se encontró que 68.18% de los pacientes presentaron elevación de la bilirrubina, sin embargo, de este grupo sólo 33.33% tuvo coledocolitiasis demostrada por la CRMN mientras que la mayoría, 66.67% no evidenció ésta. Este hecho sustenta el uso de la CRMN, lo cual se puede corroborar también al observar que del total de pacientes con bilirrubina normal, 81.75% no tiene litiasis biliar determinado por CRMN. De igual forma apreciamos que 63.63% de los casos, presenta elevación de la fosfatasa alcalina, de este grupo 64.68% no tiene litiasis biliar en CRMN. Por otra parte, en los pacientes en que la CRMN demostró la presencia de litiasis biliar, este hallazgo se confirmó en 83.33% de los casos al realizarse la CPRE. Se puede confirmar entonces que es posible encontrar características similares de la vía biliar, utilizando estudios menos invasivos, pero existe un caso que establece diferencia porcentual, ya que la CRMN concluyó litiasis coledociana y al practicar la CPRE no se evidenció dicha litiasis. Al evaluar el parénquima pancreático sólo se evidencia edema en 54.5% de los casos, colección peri pancreática en 13%, por lo que se puede sugerir el uso de la resonancia en sustitución de la tomografía para el examen del páncreas y de esta manera con un sólo procedimiento evaluar varios aspectos de un mismo sistema. Al considerar el costo económico de la resonancia se evidencia que 100% de los estudios estuvieron por debajo de \$105, mientras que la CPRE costó por encima de \$313.

DISEÑO DE UN BIOSIMULADOR PARA ENTRENAMIENTO DE PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS AVANZADOS (No. de trabajo: 139)  
Flores Gama F, Ramírez Solís ME. Hospital "Dr. Manuel Gea González". México, D.F.

**Antecedentes:** los biosimuladores (maniquí de fibra de vidrio en el que se introducen órganos de animales, *ex vivo*) en cirugía laparoscópica han

sido utilizados desde hace una década para realizar procedimiento básicos, dejando los procedimientos complejos o avanzados a la experiencia de cirujanos experimentados. **Objetivo:** determinar la factibilidad de llevar a cabo por completo procedimientos laparoscópicos avanzados en un biosimulador. **Diseño:** descriptivo, experimental, prospectivo y transversal. **Material y método:** se diseñaron cuatro patologías (lesiones submucosas gástricas, pseudoquistes pancreáticos, coledocolitiasis y hernia diafragmática) con el empleo de tejidos bovino y porcino. La resección de las lesiones submucosas se llevó a cabo de manera transgástrica por laparoscopia, así como el drenaje de los pseudoquistes pancreáticos. La coledocolitiasis fue resuelta de manera laparoscópica con el empleo de coledoscopia transoperatoria. La reducción de la hernia diafragmática se realizó de manera laparoscópica. A cada sujeto se le instruyó en la técnica a realizar, se videograbó cada procedimiento analizando los errores cometidos y la posibilidad de ser terminado satisfactoriamente. **Resultado:** de marzo a mayo de 2006, seis cirujanos con entrenamiento previo en cirugía laparoscópica llevaron a cabo cada uno de los procedimientos laparoscópicos avanzados con asistencia de los coordinadores del Laboratorio de Innovación e Investigación en Educación Médica (LIEM) del Hospital Dr. Manuel Gea González. El 100% reportó estar totalmente de acuerdo con la similitud de cada modelo de lesiones y aquéllas presentadas en el humano. La mucosectomía y la reparación de hernia diafragmática tuvieron una tasa de éxito de 83.3%, mientras que el drenaje transgástrico de pseudoquiste pancreático y la revisión de la vía biliar se completaron sin incidentes en 100% de los casos. El problema principal fue la fuga de gas a través de las gastronomías, para lo cual se colocó una jareta alrededor del trocar. **Conclusión:** la simulación de procedimientos laparoscópicos y endoscópicos complejos permite ampliar las destrezas adquiridas durante estos cursos de entrenamiento más allá de las ofrecidas por simuladores virtuales y sin las implicaciones éticas del entrenamiento en pacientes.

PÓLIPOS DE ESTÓMAGO Y DUODENO: UNA REVISIÓN DE UN AÑO DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA (No. de trabajo: 142)  
Sihues E, Añez M, Lizarabál M, Rangel R, Fernández J, Romero G, Latuff Z, Serrano A. Hospital Universitario de Maracaibo. Maracaibo, Venezuela.

**Introducción y objetivos:** los pólipos gastroduodenales son lesiones elevadas de origen epitelial. Pueden ser pediculados, subpediculados y sésiles. Se clasifican en lesiones neoplásicas y no neoplásicas. El objetivo general del trabajo es determinar la características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas e histológicas de los pólipos gastroduodenales en pacientes del HUM en el periodo de enero de 2004 a diciembre del 2004. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo donde se revisaron los informes de endoscopia y de anatomía patológica año 2004, teniendo en cuenta datos de identificación, características endoscópicas, anatomopatológicas, hallazgos endoscópicos asociados y técnicas de polipectomía empleada. El análisis de la información se realizó a través del programa Origin para las distribuciones de frecuencia y porcentajes. **Resultados:** se encontraron pólipos gastroduodenales en 23 pacientes de 1,662 estudios endoscópicos realizados (1.38%), con predominio del sexo femenino (60.87%) y más frecuencia en la sexta década de la vida. En cuanto a las características endoscópicas los pólipos sésiles fueron los más frecuentes, se localizaron en su mayoría en el cuerpo, el tamaño preponderante fue de 5 a 10 mm y su presentación generalmente fue única. El tipo histológico predominante son los hiperplásicos, con 26.08% de adenomatosos. El 83.33% de los pólipos adenomatosos presentaron algún grado de displasia. Las técnicas de polipectomía empleada fue de pinza fría y la de asa de diatermia. **Conclusiones:** los pólipos no neoplásicos hiperplásicos, son los más frecuentes, sin embargo, se encontró un significativo porcentaje de adenomatosos, por lo que es necesario realizar polipectomía y estudio histológico de todas estas lesiones.

ESPLENECTOMÍA ABIERTA EN ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS BENIGNAS Y MALIGNAS, 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA (INCAN) (No. de trabajo: 145)  
Ruíz Molina JM, Ochoa-Sánchez EP, López-Basave HN. Instituto Nacional de Oncología. México, D.F.

**Introducción:** la esplenectomía aún es utilizada en el tratamiento de algunas enfermedades hematológicas benignas (HB); en trastornos hematológicos malignos (HM) se considera un procedimiento mórbido, pero necesario en la mayoría de los casos. En nuestro estudio describimos una serie de pacientes tratados mediante esplenectomía abierta portadores de HB y HM. **Material y métodos:** se revisaron expedientes clínicos de pacientes tratados de HB y HM mediante esplenectomía abierta en el INCan, en un periodo comprendido entre agosto de 1994 y abril de 2005. Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo, así que se analizaron las variables con pruebas como media, moda y porcentajes. **Resultados:** se encontraron un total de 25 pacientes, incluyéndose en dos grupos: HB: N = 17; (13M, 4H) con edad media de 33.76 años (15-63), tiempo quirúrgico de 116.25 min (60-195), sangrado de 211.88 mL (0-1000), con un bazo de 372.30 g en promedio (130-1,000). En este grupo las complicaciones tempranas (< 30 días) fueron dolor (4%), hematoma residual (4%) y colecciones (4%); las complicaciones tardías (> 30 días) fueron infección de herida quirúrgica (4%) y trombocitopenia (4%). Con un seguimiento promedio de 82 meses encontramos 82% de pacientes asintomáticos y sin mortalidad operatoria. HM: N = 8; (6M, 2H) con edad media de 48.63 años (18-78), tiempo quirúrgico de 170 min (130-240), sangrado de 1031.25 mL (400-1500), peso promedio del bazo 2362.5 g (590-4,200). Las complicaciones tempranas observadas fueron dolor (4%), hemoperitoneo (4%) y sangrado transoperatorio (4%). Dentro de las complicaciones tardías hallamos dolor (4%), falla orgánica múltiple (4%). Con una mortalidad operatoria de 4% (N = 1). Con un seguimiento promedio de 36 meses encontramos una mortalidad de 62.5% a causa de enfermedad subyacente. En 48% de los casos de esta serie el abordaje quirúrgico fue determinado por el tamaño y el peso del bazo, lo cual nos hace pensar en acentuación de la morbilidad por aumento en el tiempo quirúrgico y sangrado que implica un bazo de más de 1,500 g como observamos en el grupo HM, lo que en sí mismo convierte a la esplenectomía en un procedimiento altamente mórbido en pacientes con neoplasias hematooncológicas; así que los riesgos y beneficios deben ser cuidadosamente evaluados en cada caso. En este estudio las complicaciones antes de 30 días (tempranas) en ambos grupos se presentaron en seis pacientes (24%); más allá de los 30 días (tardías), las encontramos sólo en cinco pacientes (20%). Únicamente uno de nuestros pacientes presentó mortalidad inherente al procedimiento quirúrgico (4%). En la literatura reportan un porcentaje de complicaciones de 30 al 52%, así como una mortalidad de 5 a 13%; nosotros encontramos una menor morbimortalidad en relación con lo destacado por otros autores, aunque es importante mencionar que esta serie es pequeña ya que sólo consta de 25 casos. **Conclusiones:** todas las esplenectomías se abordaron por laparotomía, siendo el parámetro de decisión el tamaño del bazo, ya que en promedio ambos grupos tuvieron un peso de 1,554 g. Está escrito en la literatura que el número de complicaciones y la mortalidad disminuye con esta técnica en condiciones como éstas. Los parámetros analizados en nuestra serie y la evolución de los pacientes parecen seguir recomendando este tipo de abordaje, específicamente en enfermedades malignas y en casos de enfermedades benignas con esplenomegalia importante, ya que es mejor el campo de visibilidad con la técnica abierta y esto disminuye las complicaciones causadas por restricción de maniobrabilidad. Aunque de inicio consideramos que la extracción de un bazo normal puede realizarse por vía laparoscópica.

PANCREATODUODENECTOMÍA: QUINCE AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA (No. de trabajo: 146) Ruiz Molina JM, Ochoa-Sánchez EP, López-Basave HN, Hernández-Castillo E. Instituto Nacional de Cancerología. México, D.F.

**Introducción:** la pancreatoduodenectomía u operación de Whipple continúa siendo el tratamiento de elección para padecimientos como el adenocarcinoma de la región periampular, cabeza de páncreas, al igual que de los tumores del colédoco distal. La efectividad de este procedimiento se relaciona con la etapa clínica de la enfermedad, las condiciones del paciente además de la experiencia y la destreza del equipo institucional

tratante. **Objetivo:** evaluar la morbimortalidad luego de la realización de la técnica de Whipple. **Pacientes y métodos:** se realizó una revisión de expedientes clínicos de pacientes tratados mediante Whipple entre el periodo de enero de 1990 a septiembre de 2005 dentro del Instituto Nacional de Cancerología (INCan). **Resultados:** se encontraron 64 pacientes, 32 hombres (50%) y treinta y dos mujeres (50.8%). La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 52.9 años (margen 18-73). De los 64 pacientes operados, 22 tenían una neoplasia en la cabeza pancreática (33.37%), 24 en el ampulla de Vater (37.5%), ocho presentaron una neoplasia duodenal (12.5%) y 10 pacientes presentaron patología benigna (15.62%). En siete pacientes se llevó a cabo cirugía de preservación de píloro (10.93%), en el resto se realizó Whipple clásico (87.5%). El tiempo quirúrgico promedio fue de siete horas y 30 minutos con un promedio de sangrado de 1,364 mL (200-6000). La estancia hospitalaria promedio fue de 21.3 días, solamente tres pacientes no requirieron manejo en la UCI. Catorce pacientes presentaron sepsis abdominal (21.87%), 13 padecieron complicaciones respiratorias (neumonía, TEP) (20.31%), nueve pacientes sufrieron una fístula biliar (14.06%) y ocho más una fístula intestinal (12.5%). Veinte pacientes recibieron tratamiento adyuvante (31.25%). De los 18 pacientes que presentaron recurrencia de la enfermedad (28.12%), 10 presentaron recaída local. Posterior a un seguimiento de 18 meses encontramos una sobrevida de 34.37% (22 pacientes) de los cuales 20.31% se encontraba vivo libres de enfermedad y el restante 14.06% presentaba actividad tumoral. Realizamos un corte exactamente a la mitad de nuestra serie, resultando dos periodos de siete años y seis meses cada uno, y encontramos que en el primer periodo (enero 1990-junio 1997) se realizaron 19 procedimientos quirúrgicos de los cuales 18 fueron Whipples clásicos y uno con cirugía preservadora de píloro; con una morbilidad de 52.63% y una mortalidad quirúrgica de 31.57% (seis pacientes). En contraste en el segundo periodo (julio 1997-septiembre del 2005) se intervinieron 45 pacientes, siendo 38 Whipples clásicos y seis cirugías preservadoras del píloro; con una morbilidad de 35.3% (16 pacientes) y una mortalidad operatoria de 8.8%. **Conclusiones:** la pancreatoduodenectomía es una opción viable para pacientes con neoplasias de la encrucijada pancreatobiliar. A pesar de los avances y modificaciones a la técnica, permanece como un procedimiento cruento aunque de manera muy importante la experiencia del equipo quirúrgico modifica la morbimortalidad del procedimiento, como observamos en nuestra serie, la reducción tan importante en el segundo periodo de estudio dentro de nuestra institución es el resultado de un mayor entrenamiento y experiencia del grupo quirúrgico tratante.

ASCARIS LUMBRICOIDES EN VÍA BILIAR: CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO DE ORIGEN DESCONOCIDO. REPORTE DE CASO (No. de trabajo: 152)

\*Sigala A,\*Prado E, \*Sánchez-Carvajal G, \*Gómez-Escudero O, \*Toxqui-Montiel SI, \*\*Solórzano-Reyes A. \*Servicio de Cirugía General, Endoscopia, Gastroenterología y Patología Hospital General de Puebla "Dr. Eduardo Vázquez Navarro" SSA, Méx. \*\*MD UCLA.

**Introducción:** A. lumbricoides es el parásito con mayor prevalencia en humanos en el mundo reportando en la literatura durante 1989 por Khuroo y Zagar más de un billón de personas infectadas, predominantemente en regiones tropicales y subtropicales; algunos estudios reportan aproximadamente 3% de las emergencias abdominales en países tropicales son producidas por este parásito y cada año mueren por su causa entre 8,000-10,000 niños. Kamiya, et al., en 1993, reportó que más de 11% de los pacientes atendidos quirúrgicamente de la vía biliar presentaron complicaciones relacionadas con A. lumbricoides. Esta parasitosis se propaga en comunidades con nivel socioeconómico bajo secundaria a la contaminación de alimentos y agua con heces humanas. En áreas donde es endémico la migración de A. lumbricoides a través del ampulla de Vater y dentro de la VB durante la etapa posquirúrgica es una complicación poco frecuente, pero con serias complicaciones. A. lumbricoides es causa de enfermedad biliar y pancreática además de causar colecistitis, ictericia obstructiva, colangitis, hepatitis, obstrucción intestinal, perfo-

ración intestinal, vólvulos o septicemia como otra potencial complicación y puede contribuir a la formación de litos biliares conteniendo huevecillos o fragmentos del parásito (Khuroo et al. 1990; Hamaloglu 1992). El tratamiento de la migración de *A. lumbricoides* a la VB puede realizarse de manera conservadora, algunos autores reportan éxitos de hasta el 97%; la duodenoscopia con extracción de un parásito visible puede ser limitado a casos con dolor persistente o hiperamilasemia, los métodos invasivos como la esfinterotomía y cirugía pueden estar restringidos a paciente que no responden a tratamiento conservador. **Objetivo/caso clínico:** informar un caso de dolor abdominal crónico de origen desconocido, resuelto en un hospital de segundo nivel. Paciente femenino de 39 años, proveniente de medio socioeconómico bajo, sometida a colecistectomía abierta en diciembre de 2002. Tres meses después se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) por presentar coledocolitiasis residual, se realiza esfinterotomía y extracción de dos litos. En 2005 inicia con dolor abdominal de predominio en epigastrio, irradiado a hipocondrio derecho opresivo, incapacitante, nocturno, sin remitir con cambios de posición o medicamento, acompañado de náusea y vómito de contenido gastrobiliario, ataque al estado general, pérdida de peso de 7 kg y esteatorrea. Multitratada con diferentes medicamentos sin mejoría. A la E.F: dolor a la palpación media y profunda en epigastrio, signo de Murphy (+). Laboratorios de ingreso: neutropenia 2.41 (2.5-7.5), linfopenia 1.38 (1.5-4.5), eosinofilia .793 (.100-.500), disminución del MPV 8.38 (9-13). La Q.S y las PFH normales. Se realiza U.S de hígado y VB. Se reporta colédoco con imagen en su luz sugestiva de pólipo sin sombra acústica. Ingresa a cirugía con el diagnóstico de pólipo de colédoco. TAC normal. Se realiza panendoscopia en donde se encuentra áscaris emergiendo de la vía biliar, el cual se extrae y se envía al Servicio de Patología para su estudio. **Resultados:** la paciente es egresada el mismo día a su domicilio con tratamiento antiparasitario con cita en tres meses a la consulta de cirugía general. Acude a revisión en marzo de 2006, la paciente asintomática y con PFH normales. El estudio histopatológico: *A. lumbricoides*. **Comentario:** existen numerosas causas de dolor abdominal agudo y crónico, una causa a considerar entre las crónicas es la parasitosis de la VB resaltando la existencia de numerosos casos reportados en la literatura mundial de predominio en Asia occidental y Centroamérica, existen pocos reportes posteriores a esfinterotomía o como causa de dolor abdominal crónico sin alteraciones hematológicas.

BACTEREMIAS EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (No. de trabajo: 156)  
Velarde Ruiz Velasco JA, Chávez Ramírez M, Hernández Vidales R, Coronado Magaña H, Aguirre Ávalos G. Guadalajara, Jal. México.

**Introducción:** el trasplante hepático (TH) constituye uno de los cambios fundamentales, desde el punto de vista terapéutico, que se han producido en hepatología en las últimas décadas. Las infecciones son de los principales factores determinantes del resultado del trasplante de órganos sólidos. Existen tres periodos generales para considerar: 1) En el primer mes, donde las infecciones bacterianas y las infecciones por *Candida* predominan, 2) Del segundo mes a los seis meses, periodo en que las infecciones "clásicas" se manifiestan con el trasplante y 3) Más allá de los seis meses, donde el curso clínico es determinado por la presencia o ausencia de rechazo crónico. Después de TH las bacteremias alcanzan hasta 30% del total de las infecciones. En el 2004 Aguado reporta que el origen de los episodios de bacteremia son principalmente por infecciones asociadas a catéteres y las bacterias grampositivas son las principales implicadas. **Objetivos:** determinar los episodios de bacteremia que presentan los pacientes postrasplante hepático durante su estancia en el Servicio de Terapia Intensiva. **Materiales y métodos:** el estudio es de tipo observacional y se realizó en el Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Civil de Guadalajara. Durante el periodo de julio de 1998 a diciembre de 2004, involucró a los pacientes ingresados al Servicio de Terapia Intensiva con diagnóstico inmediato de trasplante de hígado. **Resultados:** durante el periodo de 1998 al 2004 se ingresaron al Servicio de Terapia

Intensiva 3,925 pacientes, de los cuales 101 (2.5%) recibieron TH de éstos, 62 (61%) fueron femeninos y 39 (39%) masculinos. A 78 (77%) de los 101 pacientes se les realizó 152 hemocultivos, un aproximado de dos hemocultivos tomados por paciente. En cuanto al número de hemocultivos realizados por día, 42 (28%) se tomaron en las primeras 24 horas de ingreso y 110 en los días subsiguientes. Se presentó bacteremia en 11(14%) de los 78 pacientes a quienes se les realizó hemocultivos. En los 11 pacientes con bacteremia se detectó 16 episodios bacterémicos. Nueve (56%) de los 16 episodios de bacteremia se presentaron en las primeras 72 horas de ingreso al Servicio de Terapia Intensiva. Se identificaron 17 aislamientos en los 16 episodios bacterémicos. Considerándose 15 episodio bacterémicos unimicrobianos y un episodio bacterémico polimicrobiano. *Escherichia coli* fue la bacteria con el mayor número de aislamientos, seguida de *Enterobacter aerogenes*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus epidermidis*. La mortalidad relacionada a bacteremia se presentó en cinco de los 11 pacientes con bacteremia. Se consideró bacteremia como causa directa de muerte en dos pacientes y bacteremia que contribuye a la muerte en tres pacientes. **Discusión:** los episodios de bacteremia posterior al trasplante hepático son frecuentes. Las bacteremias son la presencia de bacterias viables en la sangre y confirmadas mediante un hemocultivo positivo. Las bacterias implicadas en los episodios de bacteremia varían en relación al tiempo postrasplante y al sitio de origen de las bacteremias. Las bacteremias causadas por *Staphylococcus aureus* se presentan con mayor frecuencia entre el día 0 al día 30 postrasplante. Sin embargo, su frecuencia varía en hospitales donde esta bacteria no es endémica. En nuestro estudio se observó que *Escherichia coli* fue la bacteria con el mayor número de aislamientos. **Conclusiones:** 1. Se presentó bacteremia en 14% de los pacientes con trasplante hepático a quienes se les realizó hemocultivos. 2. El 56% de los episodios de bacteremia se presentaron en las primeras 72 horas de ingreso al Servicio de Terapia Intensiva. 3. Las enterobacterias son las especies más frecuentes en los episodios de bacteremia. 4. La mortalidad relacionada a bacteremia como causa directa de muerte y que contribuye a la muerte se presentó en cinco de los 11 pacientes con bacteremia.

PROBIÓTICO BIOFLORA EN LA INMUNOMODULACIÓN Y EN LA PREVENCIÓN DE LA TRANSLOCACIÓN BACTERIANA INTESTINAL, EN RATAS (No. de trabajo: 162)  
Laudanno OM, Cesolari J, Godoy A, Sutich E, Sarangone S, Catalano J. Facul. Cienc. Médicas. Argentina.

Estudiar al probiótico bioflora (Bio) como inmunomodulador de los linfocitos T(CD4+)y B (CD20) en mucosa gastrointestinal e impedir la translocación bacteriana intestinal. Grupos random.ratas Wistar, (n = 10 c/ grupo), 200 g, se realizaron: I. Estrés (E) por inmovilización e inmersión en agua 22 °C 7 horas; 24 horas después indometacina (Indo) 10 mg/kgSC c/24 horas tres días (Testigo). II. Bio. (cuatro bacterias vivas 5 °C) 1 mL (6.10.8) CFU, dado por sondaje orogástrico c/12 horas tres días. Al 4º. día las ratas fueron sacrificadas previa sobredosis de éter, en asepsia; laparotomía, se extirpó el hígado, bazo, ganglios linfáticos mesentéricos y ciego, para cultivos microb.; también se extirpó estómago, íleon y colon para tinción histoquímica y cuantificar CD4+ y CD20. Se usó test de Fisher y Kuskall-Wallis. En I. se halló en ciego un marcado sobredesarrollo bacteriano 6.10.10CFU (p < 0.01) y los cultivos en hígado, bazos y ganglios linfáticos mesent. todos (+); en contraste, en Bio en ciego no sobredesarrollo bacteriano 3.10.6 CFU (p < 0.02); los cultivos de hígado y bazo(-) y en ganglios linfáticos mesent. 2(+)y 8 (-) (p < 0.01). La histoquímica sólo mostró un incremento de linfocitos T(CD4+) en íleon y colon. **Conclusiones:** el probiótico bioflora fue un inmunomodulador intestinal con aumento de linfocitos T (CD4+) e impidió la translocación bacteriana intestinal.

BIPHASIC PATTERN OF PSORIATIC ARTHRITIS DURING TREATMENT WITH INTERFERON AND RIBAVIRIN FOR CHRONIC HEPATITIS C (No. De trabajo: 166)

\*Pijak MR, \*\*Hrusovsky S, \*\*Gazdik F, \*\*\*Oltman M. \*First Department of Internal Medicine, University Hospital, Bratislava, Slovakia, \*\*Slovak Medical University, Bratislava, Slovakia, \*\*\*Department of Gastroenterology, University Hospital, Bratislava, Slovakia.

**Background:** Only a few case reports have been reported describing association of psoriasis with chronic hepatitis C (CHC). It is not clear, however, if it was causal association or coincidence. A more striking association of psoriasis in the setting of HCV infection has emerged during interferon- $\mu$  (IFN) treatment. We describe biphasic pattern of clinical course of psoriatic arthritis (PsA) in a patient with HCV associated mixed cryoglobulinemia and its relationship to treatment with interferon- $\mu$  (IFN) and clearance of the virus. **Case report:** A 44-year-old Caucasian man with a long history of CHC developed dramatic worsening of his PsA in association with the two courses of IFN and ribavirine treatment. The failure of the antipsoriatic treatment and persisting viremia necessitated discontinuation of the first course of IFN treatment with subsequent improvement of PsA. During the second course of treatment, the same initial deterioration was observed. However, after two months the PsA started to improve despite of continuation of IFN treatment. On review 36 months after termination of the treatment the patient continues in virological remission and his PsA remains in remission too, without any treatment. **Conclusions:** This case adds further evidence that IFN can provoke PsA, especially when additional precipitating factors such as infection are involved. The close temporal relationship between improvement of PsA and elimination of HCV infection indicates the possibility of a direct pathogenetic link between the HCV and PsA. Hence, HCV infection should be considered in all individuals with psoriasis or PsA who have risk factors for HCV infection.

CÁNCER DE COLON Y RECTO EN PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS. REVISIÓN DE 12 AÑOS EN EL HOSPITAL CHRISTUS MUGUERZA MONTERREY. MONTERREY, N.L. MÉXICO (No. de trabajo: 167)  
Casillas A, Zapata A, Rodríguez N, Garza R. Departamentos de Medicina Interna, Endoscopia y Patología. Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad Monterrey, Monterrey, N.L., México.

**Introducción:** el comportamiento de las neoplasias malignas en general parece ser más agresivo en personas jóvenes. Esto ha sido muy debatido en relación al cáncer de colon y recto. En México no han sido reportados datos definitivos que permitan resultados precisos. **Objetivo:** revisar los casos de cáncer de colon y recto en pacientes menores de 40 años que han sido diagnosticados en el Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad Monterrey y compararlos con los casos en pacientes mayores de 40 años. **Material y métodos:** los datos fueron recopilados de manera retrospectiva y longitudinal, revisando los expedientes clínicos y de patología de los pacientes diagnosticados como portadores de cáncer de colon y recto en el Hospital Christus Muguerza Monterrey, durante un periodo comprendido entre el 1 de enero de 1991 y el 31 de diciembre de 2002. Se analizaron las siguientes variables sexo, edad, localización de la neoplasia, estirpe histológica, grado de diferenciación celular y estadio de Dukes. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: grupo A: pacientes de 39 años o menores y grupo B: de 40 años o mayores. Los casos en los que no se obtuvieron por lo menos dos de los datos mencionados fueron eliminados del análisis. Análisis estadístico: se realizó un estudio descriptivo, comparativo, deductivo, no aleatorizado ni ciego. Las comparaciones internas se realizaron mediante promedios, rangos, desviación estándar y la prueba de Ji cuadrada y t de Student, obteniendo un valor de p significativo si era  $< 0.05$ . **Resultados:** de un total de 200 casos, pudo obtenerse información completa de 163 pacientes. De ellos fueron 99 hombres y 64 mujeres con un rango de edad de 18 a 95 años y media de 60 años. La localización más frecuente en rectosigmoides en 93 casos (57%), seguido de colon derecho en 38 casos (24%), colon izquierdo en 28 casos (17%) y transversos en cuatro (2%). El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma en 159 casos (98%). Hubo además dos casos de leiomiomas (1%) y dos de carcinoides (1%). El 73% de los casos fue moderadamen-

te diferenciado, seguido del bien diferenciado en 27% e indiferenciado en 11% de los casos. La clasificación de Dukes se pudo establecer en 106 casos, de los cuales fueron A en 10 casos (10%), B en 36 casos (34%), C en 45 casos (42%) y D en 15 casos (14%). Cuando las variantes anteriores se analizaron mediante análisis estadísticos no se encontraron diferencias significativas entre los grupos A y B. **Conclusiones:** el comportamiento del cáncer de colon y recto en pacientes menores de 40 años no mostró ninguna diferencia significativa a los mayores de ésta edad.

COLECISTITIS XANTOGRANULOMATOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO (No. de trabajo: 171)  
Morales Rivero P, Pestana JM, Duarte D, Montilla E, Navarro B, Lavi J, Pinto F, Toro G. Servicio de Cirugía IV, Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

**Introducción:** la colecistitis xantogranulomatosa es un proceso crónico raro que ocurre en 1 a 2% aproximadamente, manifestándose principalmente como una colecistitis crónica, y en ocasiones con ictericia y masa palpable. **Materiales y métodos:** se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 57 años con dolor en hipocondrio derecho de un mes de evolución, asociado a náuseas y vómitos y masa palpable, a quien se le realizó colecistectomía laparoscópica, con corte congelado que demostraba reacción xantogranulomatosa. **Resultados:** la biopsia definitiva reportó colecistitis crónica reagudizada con ulceración y reacción xantogranulomatosa extensa. **Conclusiones:** esta rara entidad, muchas veces representa un reto para el cirujano, ya que puede confundirse con patologías neoplásicas, por lo cual el clínico debe conocer las características más importantes de la misma.

PÓLIPOS DE COLON: UNA REVISIÓN DE 1 AÑO DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA (No. de trabajo: 176)  
Sihues E, Añez M, Lizarzabal M, Rangel R, Fernández J, Romero G, Latuff Z, Serrano A. Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela.

**Introducción y objetivos:** los pólipos colorrectales son lesiones elevadas de origen epitelial. Pueden ser pediculados, subpediculados y sésiles. Se clasifican en lesiones neoplásicas y no neoplásicas. El objetivo general del trabajo es determinar la características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas e histológicas de los pólipos colónicos en pacientes del HUM en el periodo de enero de 2004 a diciembre de 2004. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo donde se revisaron los informes de colonoscopia y de anatomía patológica año 2004, teniendo en cuenta datos de identificación, motivo del estudio, características endoscópicas, anatomopatológicas, hallazgos endoscópicos asociados y técnicas de polipectomía empleada. A estos resultados se aplicó análisis estadístico con programa SPSS 10.0. **Resultados:** se encontraron pólipos colorrectales en 49 informes de pacientes de 799 estudios endoscópicos realizados (6.13%), con predominio del sexo femenino (73.5%) y más frecuencia desde la quinta década de la vida. El motivo de consulta fue variado desde dolor abdominal, hemorragia digestiva inferior e indicación de polipectomía. En cuanto a las características endoscópicas los pólipos sésiles fueron los más frecuentes, se localizaron en su mayoría en el rectosigmoides, el tamaño preponderante fue de 5 a 10 mm y su presentación generalmente fue única. El tipo histológico predominante son los hiperplásicos con 42.9% y adenomatosos con 40.8%. El 90% de los pólipos adenomatosos presentaron algún grado de displasia. Las técnicas de polipectomía empleada fue de pinza fría y la de asa de diatermia. Hallazgos colonoscópicos asociados fueron encontrados en 71.4% de los informes revisados, encontrándose divertículos, rectocolitis ulcerosa de aspecto parasitario e idiopática. **Conclusiones:** los pólipos no neoplásicos hiperplásicos y adenomatosos son los más frecuentes por lo que es necesario realizar polipectomía y estudio histológico de todas estas lesiones.

COLECISTITIS XANTOGRANULOMATOSA (No. de trabajo: 178)  
Morales-Linares JC, Marroquín M, Gil R, García-Pérez CB. Hospital Roosevelt. Guatemala, Guatemala

**Introducción:** la colecistitis xantogranulomatosa (CXG) es un proceso inflamatorio benigno de la vesícula biliar, con incidencia de 0.7 a 1.9%. Se caracteriza por acúmulo de histiocitos espumosos y células gigantes. La pared vesicular está engrosada además de una reacción inflamatoria en la que la mucosa vesicular origina nódulos amarillogrisáceos denominados xantomas, entidad que puede confundirse con cáncer. **Material y métodos:** de un total de 1,690 colecistectomías realizadas en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt de enero del año 2000 a diciembre del 2005 se identificaron 28 casos de colecistitis xantogranulomatosa. Se revisaron detalladamente los hallazgos intraoperatorios con seguimiento posquirúrgico y análisis histopatológico. **Resultados:** de los 28 pacientes con diagnóstico histopatológico de colecistitis xantogranulomatosa 20 fueron mujeres y ocho hombres. La incidencia fue de 1.2%. El motivo de consulta para 27 pacientes fue dolor en el hipocondrio derecho y una consultó por ictericia y prurito. Las pruebas de función hepática estaban normales en 23; mientras cinco paciente las presentaban alteradas. El diagnóstico preoperatorio fue en 27 enfermos, colecistitis crónica calculosa, y uno ictericia. Se utilizó como método diagnóstico el ultrasonido abdominal. A todos los pacientes se les realizó colecistectomía; los hallazgos intraoperatorios fueron adenopatía perihiliar e hígado con cambios macroscópicos en un caso, engrosamiento de pared vesicular con múltiples adherencias a duodeno y epiplón en 21 casos. Los siete restantes únicamente mostraban vesícula biliar con cambios granulomatosos. Dentro de los hallazgos histopatológicos se identificaron: inflamación crónica de los espacios porta en un caso; acúmulo de histiocitos con células gigantes e infiltrado linfocitario en mucosa vesicular en todos los demás. **Conclusiones:** la colecistitis xantogranulomatosa es un proceso inflamatorio benigno de la vesícula biliar, siendo una variante poco frecuente de la colecistitis crónica con características muy específicas. El proceso inflamatorio de la vesícula biliar se puede extender a hígado, duodeno, colon y epiplón. Transoperatoriamente puede confundirse con cáncer de la vesícula biliar.

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME BUDD-CHIARI CON DERIVACIÓN TRANSYUGULAR PORTOSISTÉMICA INTRAHEPÁTICA. EXPERIENCIA INICIAL (No. de trabajo: 180)

\*Chávez-Tapia N, \*\*Ávila Escobedo L, \*\*Cabrera Aleksandrova T, \*Uribe M, \*López-Méndez E. \*Departamento de Gastroenterología. \*\*Departamento de Radiología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México.

**Introducción:** el síndrome de Budd-Chiari engloba a un grupo heterogéneo de alteraciones que involucran el flujo de salida de la vena hepática a cualquier nivel, desde pequeñas venas hepáticas hasta la unión de la vena cava inferior con la aurícula derecha. **Objetivo:** presentación de dos casos con síndrome de Budd-Chiari tratados con derivación transyugular portosistémica intrahepática (TIPS). **Resultados:** se presentan dos casos de síndrome de Budd-Chiari con ascitis a tensión los cuales se asociaron a policitemia vera y deficiencia de proteína C; en ambos casos

Cuadro 1. Resultados.

	Paciente 1	Paciente 2
Edad (años)	48	17
Género	Mujer	Hombre
Enfermedad subyacente	Policitemia vera	Deficiencia de proteína C
Manifestaciones		
Ascitis	+	+
Encefalopatía hepática	-	-
Sangrado tubo digestivo	-	-
Sistema de clasificación Clichy	5	4
Sistema de clasificación Rotterdam	14	11
Complicaciones	Tromboembolismo pulmonar	Ninguna
Mortalidad	No	No
Gradiente de presión pre-TIPS (mm Hg)	35	42
Gradiente de presión post (mm Hg)	15	20
% de cambio en el gradiente	- 43%	- 48%

se colocaron TIPS, con lo cual se logró un excelente control de los síntomas, sin mortalidad asociada. Los resultados más significativos se muestran en *cuadro 1*. **Conclusiones:** estos casos demuestran que la realización de TIPS en síndrome de Budd Chiari es factible, a pesar de la trombosis de la vena suprahepática, permitiendo un excelente control de la ascitis. No existen datos acerca de la reducción óptima del gradiente de presión portocava, pero en los casos descritos se consiguió una reducción > 40%.

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ASOCIADA A ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA AL RECIBIR TRATAMIENTO CON FÓRMULA EXTENSAMENTE HIDROLIZADA (No. de trabajo: 189)

\*Exiga González E, \*Rodríguez González P, \*\*Ramírez San Juan H, \*Madrazo de la Garza JA. \*Departamento de Gastroenterología. \*\*Departamento de Neumología. Hospital de Pediatría UMAE CMN Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

**Introducción y objetivo:** la alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV) y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se encuentran asociadas en 40% en menores de un año de edad. La alta frecuencia de esta asociación debe estimular la búsqueda de alergia en los menores de un año de edad que presenten ERGE, sobre todo en aquellos que tengan manifestaciones de hipersensibilidad (diarrea, dermatitis o rinitis). Cuando se diagnostica APLV y la lactancia materna no es posible, la fórmula de proteínas de leche de vaca extensamente hidrolizadas es la primera elección (FEHs), que han demostrado disminuir la sintomatología de APLV hasta en 90% de los casos. El objetivo de este estudio fue valorar la respuesta clínica que presentan los pacientes con ERGE asociado a APLV con el tratamiento de FEHs y terapia convencional antirreflujo. **Material y métodos:** se incluyeron a niños menores de un año de edad, que presentaban ERGE y APLV. Se realizó historia clínica completa y estudios de gabinete que apoyaron el diagnóstico de ERGE. Además se practicaron pruebas cutáneas (prick) y prueba de reto abierta. Los pacientes con prueba de reto positiva recibieron tratamiento con FEHs por nueve semanas. Cada 15 días se evaluó clínicamente a los pacientes. **Resultados:** la edad de los pacientes varió desde tres a 12 meses, 10 pacientes fueron niños. En todos los casos se encontró una SEGDA sin alteraciones anatómicas. El gammagrama demostró reflujo gastroesofágico en 91.6% de los pacientes, 8.3% presentaron retardo del vaciamiento gástrico. La endoscopia reportó un patrón nodular en la mucosa duodenal en 75% de los niños, en 17% esofagitis A de los Ángeles y en 8.3% de los pacientes fue de características normales. Con respecto a las pruebas cutáneas, 33.3% tuvieron prick positivo, y 66.6% resultó negativo. Un paciente con prick positivo (8.3%) presentó hipersensibilidad a la caseína, y tres 25% a la β-lactoglobulina. Todos los pacientes tuvieron prueba de reto positiva. En la primera quincena de tratamiento con FEHs, se encontró que de los 12 pacientes que iniciaron, un paciente (8.3%) no la toleró, por lo que se requirió cambio de fórmula y fue considerado fracaso al tratamiento, la mitad de los pacientes tratados tuvieron 50% de remisión de los síntomas. El 16.6% mostraron una mejoría del 75%. Después de un mes de tratamiento en 33.3% los síntomas disminuyeron en 75%. Al transcurrir la tercera quincena de tratamiento 33.3% tenían 75% de remisión, y un paciente mostró remisión total. Sin embargo, otro paciente fue eliminado del estudio. Después de dos meses 16.6% presentaban remisión completa. Durante la quinta quincena se encontró una mejoría con respecto a la quincena previa, ya que cinco (41.6%) de ellos ya mostraban una remisión de 75%, e incrementó la remisión total al 25% de los pacientes. Después de tres meses de tratamiento no se encontraron diferencias con respecto a la quinta quincena. Se observó mejoría estadísticamente significativa en la segunda quincena de tratamiento con una p de 0.006, en comparación con el basal, la respuesta al tratamiento de la tercera a la sexta quincena de tratamiento no mostró cambios significativos. **Conclusiones:** el tratamiento con FEHs a base de proteínas del suero tiene un efecto benéfico en los pacientes con ERGE y APLV. Se observó mejoría estadísticamente

te significativa en la segunda quincena de tratamiento. La respuesta al tratamiento de la tercera a la sexta quincena de tratamiento no mostró cambios significativos. Hubo fracaso en el tratamiento en 16.6% de pacientes.

#### ADENOCARCINOMA DE COLON EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS (No. de trabajo: 191)

Rodríguez González P, Bilbao Chávez L, Fernández Ortiz S, López Espinosa V, Aguilar Calvillo M, Rojas Pineda N, Madrazo de la Garza A. Hospital de Pediatría UMAE CMN S XXI, IMSS, México, D.F.

**Introducción:** el adenocarcinoma de colon y recto constituye la enfermedad tumoral más frecuente en adultos de ambos sexos; sin embargo, en la edad pediátrica es excepcional con incidencia de un caso por millón en menores de 20 años. Los signos clínicos más frecuentes son en 50% de los pacientes dolor abdominal, 35% alteración del hábito intestinal, 30% hematoquezia, 15% obstrucción intestinal. La mayoría de los pacientes tienen antecedente de historia familiar de cáncer colorrectal, poliposis o colitis ulcerativa. **Material y métodos:** se revisaron las historias clínicas de dos casos de adenocarcinoma de colon registrados en nuestro hospital en los últimos cinco años. Caso 1. Femenino de 14 años nueve meses de edad, sin antecedentes de importancia. Presenta hipermenorrea de tres meses de evolución, con fiebre intermitente sin más alteraciones. Se diagnosticó como miomatosis y se programó para cirugía en la que se encontró tumoración en útero, y se realizó histerectomía. Anexos sin alteraciones. Reporte histopatológico de neoplasia maligna poco diferenciada con componente epitelial y mesenquimatoso. Dos meses después presentó obstrucción intestinal, evidenciándose en TAC de abdomen tumoración con extensión desde L4, no se identificó luz en el recto, fue referida a nuestro hospital para complementación diagnóstica. A su ingreso se realizó colostomía de transverso. El reporte histopatológico de biopsia y revisión de laminillas previas fue adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con marcadores tumorales séricos negativos. Se inició quimioterapia con buena respuesta, disminución de la tumoración, y a un año del diagnóstico continúa en tratamiento con adecuada respuesta. Caso 2. Masculino de 12 años de edad con antecedente de cáncer en línea paterna de origen desconocido, sin antecedentes patológicos de importancia. Presenta constipación y dolor abdominal localizado en fosa ilíaca izquierda, tipo cólico de siete meses de evolución que incrementa progresivamente en intensidad, con irradiación al lado contralateral y región lumbar, pérdida ponderal de 22 kg, con fiebre intermitente. Hemograma con leucocitosis predominio de neutrófilos y anemia moderada, se realiza TAC de abdomen donde se observa tumoración en hueco pélvico a nivel de sigmoides y ganglios retroperitoneales. Se decide realizar laparotomía exploradora encontrándose tumoración en colon sigmoides adherida a pared que invade la raíz del mesenterio y vasos ilíacos, irreseccable. Se realizó ileostomía. Reporte histopatológico con inmunohistoquímica positiva a células neoplásicas y antígeno carcinoembrionario de adenocarcinoma poco diferenciado infiltrante. Se inició quimioterapia. A dos meses del diagnóstico continúa en tratamiento, sin adecuada respuesta al mismo. **Conclusiones:** el adenocarcinoma de colon es una entidad poco frecuente en pediatría, sin embargo, debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales en escolares y adolescentes con síntomas digestivos como son hematoquezia y constipación, así como fiebre de origen oscuro y pérdida de peso, para realizar un diagnóstico oportuno que permita ofrecer al paciente un tratamiento oportuno que mejore el pronóstico y calidad de vida.

#### PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 (No. de trabajo: 203)

\*Sepúlveda Treviño E, \*\*Casillas A, \*Gartz G, \*\*\*\*Ramírez A, \*Cavazos A. \*Departamento de Medicina Interna. \*\*Departamento de Gastroenterología. Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad. Monterrey, N.L. \*\*\*Hospital Clínica NOVA de Monterrey. Monterrey, N.L. México.

**Introducción y objetivos:** se conoce como reflujo gastroesofágico (RGE) el ascenso de material gástrico a través del esfínter esofágico inferior al

resto del estómago y estructuras supraesofágicas y como enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) las manifestaciones clínicas y alteraciones inducidas por la presencia del material refluído, además de la afección a la calidad de vida; esto según los resultados del Consenso del Grupo Mexicano para el Estudio de la ERGE. La ERGE es una enfermedad muy frecuente a nivel mundial, en México y en la población diabética se desconoce su frecuencia y prevalencia. En un análisis de pacientes con DM2 (n = 241) y controles (n = 42) se observó la incidencia de ERGE sintomática utilizando como herramienta diagnóstica el cuestionario diseñado por Carlsson-Dent (CCD) score sugestivo  $\geq 4$ , 61 pacientes con DM2 (25.3%) tuvieron síntomas de ERGE contra cuatro pacientes (9.5%) de los controles, incidencia significativamente mayor en los pacientes diabéticos ( $p = 0.0219$ ). Se concluyó que la DM es un factor de riesgo para la ERGE sintomática y que el uso de hipoglucemiantes orales (HGO), control metabólico (HbA1c), duración de la enfermedad e índice de masa corporal (IMC) influyeron en la incidencia. El diagnóstico de la ERGE se basa primariamente en el reconocimiento de patrones sintomáticos clásicos para la enfermedad, el CCD validado entre pacientes europeos ha demostrado buena sensibilidad y valor predictivo positivo como instrumento para diagnóstico de ERGE, su utilidad en pacientes mexicanos es desconocida. **Objetivo:** estimar la prevalencia de la ERGE en la población de pacientes diabéticos tipo 2 del Hospital Clínica NOVA de Monterrey, N.L. **Material y métodos:** el trabajo se realizó en el Hospital Clínica NOVA de Monterrey, Nuevo León, hospital semiprivado de especialidades médico-quirúrgicas que cuenta con una población cautiva de 1,561 pacientes diabéticos tipo 2. **Diseño del estudio:** estudio de prevalencia. Se estudió a la población de pacientes diabéticos tipo 2, se incluyeron pacientes con diagnóstico de DM2 mayores de 18 años con consentimiento informado firmado. Se excluyeron aquellos pacientes con variables incompletas y que no autorizaron participar en el protocolo de investigación, no existieron criterios de eliminación. Se utilizó como herramienta de evaluación el CCD en español tomando como diagnóstico un score  $\geq 4$ . Tamaño de la muestra [Población "n" conocida (1,561)]  $n = 309$  pacientes [error máximo permitido de 5% (0.05), IC de 95%]. Se revisaron además los expedientes electrónicos del hospital para búsqueda de variables tales como HbA1c, IMC, evolución de la enfermedad y uso de HGO. Se analizaron las variables mediante estadística descriptiva utilizando hoja de cálculo de Microsoft Excel 2004 para Mac OSX versión 11.2.3. **Resultados:** se entrevistaron 309 pacientes, hombres 32.7% y mujeres 67.3%, edad promedio de 62 (DE  $\pm 12$ ) años, IMC promedio de 30.1 (DE  $\pm 5$ ). El 38.8% (120 pacientes) tenían score  $\geq 4$  del CCD. Los hombres ocupando el 32.5% y las mujeres 67.5%, edad promedio de 61 (DE  $\pm 11$ ) años e IMC promedio de 31.2 (DE  $\pm 5$ ). El 19.2% (23 pacientes) con tabaquismo, 32.5% (39 pacientes) con evolución  $< 5$  años de la DM2, 28.3% (34 pacientes) entre 5 y 10 años y 39.2% (47 pacientes) con  $> 10$  años. Promedio de HbA1c de 7.5 (DE  $\pm 2$ ), en 85.8% (103 pacientes) uso de HGO. Se presentó pirosis como síntoma predominante de los pacientes con ERGE en el 85.8%, regurgitación en el 12.5% y síntomas dispépticos en 17.5%. **Conclusiones:** En el presente estudio observamos una alta prevalencia de la ERGE en la población de pacientes con DM2 (38.8%), influyendo en la incidencia de la enfermedad el descontrol metabólico, la obesidad, el uso de hipoglucemiantes orales así como la estrecha correlación de la duración de la DM2 con la presencia de la ERGE. Dado el promedio de edad de nuestra población diabética tipo 2 (62 años), no podemos afirmar que la presentación de la ERGE es más frecuente en este grupo de edad.

#### MORTALIDAD POR PATOLOGÍA HEPATOBILIAR EN VENEZUELA DURANTE EL PRIMER QUINQUENIO DEL SIGLO XXI (No. de trabajo: 212)

Lizarzabal García M. Hospital Universitario. Maracaibo, Venezuela.

Los perfiles de mortalidad orientan sobre las prioridades necesarias en la prevención de enfermedades. En Venezuela se publican anuarios de mortalidad oficiales basados en certificados de defunción que contienen causas de muerte codificadas, siguiendo lineamientos internacionales CIE-

10 de la OMS. Aun cuando estas cifras están a disposición del público, consideramos importante en este trabajo descriptivo-retrospectivo extraer, reunir y analizar, la data oficial hepatobiliar del primer quinquenio del nuevo siglo con el fin de evaluar su importancia, diseñar planes estratégicos para su tratamiento y prevención, e incentivar un adecuado conocimiento de la terminología oficial de tales registros. **Materiales y métodos:** se analizó la data hepatobiliar contenida en los anuarios de mortalidad (distribuidos y publicados por direcciones regionales de epidemiología D.E.R/D.V.E/D.E.A.E/M.S.D.S del primer quinquenio del nuevo siglo (años 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004). **Resultados:** un promedio de 3,621 venezolanos (3.20% del total de muertes anuales registradas) murieron por patología de hígado, vesícula biliar y vías biliares (*Cuadro 1*). Con amplia variación por entidad federal. El Estado Trujillo reporta el mayor porcentaje de mortalidad debido a enfermedades del hígado (3%), seguido de cerca por Vargas; el tercer lugar compartido lo ocupan D. Federal y Táchira (2.8%). Las mayores cifras de mortalidad por cirrosis y fibrosis están en Táchira (2.35%), Trujillo y Vargas (2.1%), Aragua y Nueva Esparta (2.0%). Las muertes por causas hepáticas en Zulia, Portuguesa, Cojedes, Guárico, Delta Amacuro, Bolívar, Apure y Amazonas, no se registraron entre las 10 primeras causas de muerte por entidad. Muertes por enfermedad alcohólica del hígado fueron registradas en este grupo en Vargas (0.65%), Mérida (0.38%), Carabobo y Miranda (0.20%). El porcentaje de muertes por malformaciones congénitas varía muy poco durante el quinquenio (+0.01%). Los sistemas

de estadísticas de mortalidad proporcionan información básica sobre las poblaciones, aunque sólo un tercio de los países del mundo disponen de sistemas completos de registro civil que generen datos adecuados de mortalidad por causas, para formulación y vigilancia de políticas sanitarias. Consideramos importante, como médicos, conocer la data oficial de morbimortalidad de nuestro país, divulgar su nomenclatura y colaborar con su registro, recordando que el CIE es un sistema que permite la producción de estadísticas de mortalidad comparables en el tiempo, entre regiones de un país, y entre países y, por tanto, las consecuencias del subregistro son internacionales.

**MORTALIDAD POR TUMORES DE LOS ÓRGANOS DIGESTIVOS EN VENEZUELA DURANTE EL PRIMER QUINQUENIO DEL SIGLO XXI**  
(No. de trabajo: 213)

Lizarrabal García M. Hospital Universitario. Maracaibo, Venezuela.

**Introducción:** las neoplasias malignas constituyen uno de los problemas más preocupantes de salud pública. Tres neoplasias de competencia del gastroenterólogo: cáncer gástrico, cáncer hepático y cáncer de colon, ocupan mundialmente el segundo, tercero y cuarto lugar de muertes por cáncer. Nuestro objetivo fue analizar y divulgar la data de mortalidad

**Cuadro 1.** Mortalidad registrada en Venezuela por patología de hígado, vesícula y vías biliares durante el primer quinquenio del siglo XXI.

Causas de Muerte	Año				
	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Enfermedades del hígado (K70-K77)</b>					
#casos	2.118	2.271	2.342	2.237	2.209
%*	1.99	2.00	2.10	1.80	1.80
<b>Hepatitis viral (B15-B19) (B94)</b>					
#casos	180	214	181	229	191
%*	0.17	0.19	0.16	0.18	0.16
<b>Trastornos de la vesícula y vías biliares (K80-K83)</b>					
#casos	185	188	211	202	189
%*	0.17	0.16	0.19	0.16	0.16
<b>Malformaciones congénitas de vesícula biliar, conductos bil. e hígado (Q44)</b>					
#casos	23	28	31	39	35
%*	0.02	0.02	0.02	0.03	0.02
<b>Tumores malignos de hígado, vesícula y vías biliares (C22-C24) (**)</b>					
#casos	898	956	949	998	1.005
%*	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
<b>Mortalidad anual por causas hepatobiliares (K70-K77) + (B15-B19) + (K80-K83) + (Q44)</b>					
Total	3.404	3.657	3.714	3.705	3.629
V	2.264	2.391	2.429	2.349	2.313
H	1.140	1.266	1.285	1.356	1.316
<b>Mortalidad anual en Venezuela por todas las enfermedades (A0-Y89)</b>					
Total	105.948	110.612	110.293	121.864	117.227
V	64.101	66.616	65.573	73.826	70.835
H	41.847	44.056	44.720	48.038	46.392
<b>Porcentaje hepatobiliar del total de muertes anuales</b>					
Promedio 3,2%*	3,21%*	3,30%*	3,36%*	3,04%*	3,09%*

( ) Clasificación CIE-10  
%\* Porcentaje sobre total de muerte anuales.  
(\*\*) Estudiados en la Parte II de la serie "La Gastroenterología en Venezuela durante el primer quinquenio del nuevo siglo"  
Fuente: Lizarrabal, 2006. Anuarios D.E.R / D.V.E / D.E.A.E / Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social

**Cuadro 1.** Mortalidad registrada en Venezuela durante el primer quinquenio del siglo XXI.

Promedio Año	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Mortalidad por todas las enfermedades (# de casos) (A0 - Y89)</b>					
	113.189				
V	64.101	66.616	65.573	73.826	70.835
H	41.847	44.056	44.720	48.038	46.392
T	105.948	110.612	110.293	121.864	117.227
<b>Mortalidad por Tumores (Neoplasias) (# de casos) (C00-D48) 17.316</b>					
V	8.217	8.511	8.094	9.196	9.520
H	7.993	8.332	8.297	9.189	9.231
T	16.210	16.843	16.391	18.385	18.751
<b>Mortalidad por Tumores de los órganos digestivos (# de casos) (C15-C26) (D12-D15)</b>					
		4.702			
V	2.423	2.432	2.509	2.515	2.554
H	2.091	2.147	2.274	2.272	2.294
T	4.514	4.579	4.783	4.787	4.848
<b>Tumores de los órganos digestivos</b>					
<b>A) Porcentajes promedio de muertes por tumores del tracto gastrointestinal (C15-C21) (D12)*</b>					
(C15)	Esófago				
(C16)	Estómago				
(C17)	Intestino delgado				
(C18-C21)	Colon, recto, ano				
(D12)	Benigno de int.g				
	Total				
<b>% sobre mortalidad por todas las enfermedades (A0 - Y89)</b>					
	0.21%	1.5%	0.03%	1%	0.0007%
<b>% sobre mortalidad por Tumores (C00-D48)</b>					
	1.37%	10%	0.22%	6.3%	0.004%
<b>% sobre mortalidad por tumores de los órganos digestivos (C15-C26) (D12-D15)</b>					
	5%	37%	0.9%	23.3%	0.01%
<b>B) Porcentajes promedio de Muertes por Tumores hepatobiliopancreáticos (C22-C26) (D12)</b>					
(C22)	Hígado				
(C23)	Vesícula				
(C24)	No especific. vías biliares				
(C25)	Páncreas				
(C26)	Total				
<b>% sobre Mortalidad por todas las enfermedades (A0 - Y89)</b>					
	0.65%	0.1%	0.1%	0.51%	1.36%
<b>% sobre Mortalidad por Tumores (C00-D48)</b>					
	4%	0.7%	0.9%	3.3%	8.9%
<b>% sobre Mortalidad por Tumores de los Órganos digestivos (C15-C26) (D12-D15)</b>					
	15%	2.7%	3.4%	12.4%	33.5%
*( ) Clasificación CIE-10.					

Fuente: Lizarrabal, 2006. Anuarios D.E.R / D.V.E / D.E.A.E / Ministerio de Salud y Desarrollo Social

por tumores de los órganos digestivos en nuestro país. **Metodología:** se revisó la data de mortalidad oficial en Venezuela por tumores de los órganos digestivos (anuarios oficiales de mortalidad 2000-2004 DER/DVE/DEAE/Ministerio de Salud y Desarrollo Social, que contienen causas de muerte codificadas, según lineamientos internacionales CIE-10 de la OMS) como parte II de la serie "La Gastroenterología en Venezuela durante el primer quinquenio del siglo XXI". **Resultados:** el 26.9% del total de muertes registradas por tumores y 4.10% del total de muertes anuales registradas en Venezuela correspondieron a esta patología (tumores del tracto gastrointestinal 18 y 2.74%, respectivamente, y tumores hepatobiliopancreáticos 8.9% y 1.36%). El 37% de los tumores de órganos digestivos es gástrico, 23.3% colorrectal, 15% hígado, 12.4% páncreas, 5% esófago, 3.4% vías biliares, 2.7% vesícula (*Cuadro 1*). La distribución regional varía considerablemente, el Estado con mayor porcentaje de muertes por cáncer es Táchira (6.73% de todas las muertes del Estado, en 2002), le siguen Mérida y Trujillo. El cáncer de esófago representó entre 0 y 0.68% de todas las muertes del estado (Amazonas y Vargas), cáncer gástrico, entre 0.04 y 4.28% (Amazonas y Táchira); colorrectal, 0.21-1.26% (Amazonas y Cojedes); cáncer de Hígado, entre 0.21% y 1.19% (Delta Amacuro y Vargas); páncreas, entre 0.22 y 0.78% (Amazonas y Barinas junto a Vargas). En Distrito Federal, Vargas, Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Delta Amacuro, Miranda y Zulia, se registran cifras no muy distantes de cáncer colorrectal y gástrico. Las muertes por tumores de los órganos digestivos en Venezuela presentan cifras similares a las mundiales (31%) con amplia variabilidad regional. El conocimiento y divulgación de nuestra data de mortalidad nos permite diseñar políticas adecuadas para su prevención y tratamiento.

CARACTERÍSTICAS SEROEPIDEMIOLÓGICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON VIH COINFECTADOS CON VHC -VHB EN EL CENTRO DE REFERENCIA REGIONAL DE VIH-SIDA EN MARACAIBO (NO. DE TRABAJO: 216)

\*Gutiérrez S, \*Romero G, \*Lizarzabal M, \*\*Sotolongo M, \*Rangel R. \*Departamento de Gastroenterología. \*\*Centro de Referencia Regional VIH-SIDA. Universidad de Zulia, Venezuela.

**Introducción y objetivo:** el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) es el causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) compleja enfermedad debida a múltiples interacciones que ocurren entre el HIV y el huésped. En los pacientes con infección VIH/SIDA, sobre todo en los usuarios de drogas por vía parenteral, se observan con frecuencia alteraciones de los marcadores serológicos de los virus de las hepatitis infecciosas, sobre todo infecciones crónicas por los virus B, C de las hepatitis. El propósito de esta investigación fue determinar las características seroepidemiológicas y demográficas de los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), coinfectados con virus hepatitis B (VHB) y virus hepatitis C (VHC). **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo conformado por una población de 3,880 historias clínicas de pacientes con VIH, mayores de 18 años de edad, masculinos y femeninos, atendidos en el Centro Regional de Referencia de VIH-SIDA en Maracaibo. De esta población se revisaron 920 historias clínicas. El diagnóstico de VIH se corroboró por pruebas serológicas (ELISA-HIV) de 3a y 4a generación. La infección VHB y VHC se estableció por estudios serológicos (ELISA) de 3a generación. Para la recolección de datos se diseñó una encuesta estructurada de la siguiente manera: edad, sexo, conducta sexual (heterosexualidad, homosexualidad), factores de riesgo: promiscuidad, adicción a drogas, tatuaje), pruebas serológicas, CD4, CD8, carga viral y transaminasas. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, expresados en cifras absolutas y porcentajes, otros en media aritmética  $\pm$  DE, representados a través de tablas. **Resultados:** de los 920 pacientes, 93.6% (860) fueron masculinos y 6.3% (80) femeninos. Quince (1.63%) presentaron marcadores serológicos para hepatitis viral, 13 (86.6%) para VHB, con edad promedio (37.15  $\pm$  7.86) y dos (13.4%) para VHC, con edad promedio (30.50  $\pm$  4.90). De los pacientes con marcadores positivos para hepatitis B tenían conducta sexual (heterosexuales siete (53.8%) homosexuales

(46.1%) todos con promiscuidad, tatuajes tres (23.0%), uso de drogas endovenosas uno (7.69%) y de los heterosexuales dos tenían tatuajes y para el VHC uso de drogas endovenosas uno (50%), heterosexual con promiscuidad uno (50%). El marcador serológico antígeno de superficie (AgHBs) y anticuerpo contra el core (anticore se encontró en 13 casos. En dos casos se detectó VHC (anti-VHC el valor promedio de las transaminasas; ALT (40.45  $\pm$  10uds) rango entre 23 y 52 u/l y AST (59.18  $\pm$  9.5 u/l) rango entre 16 y 111 u/l. **Conclusión:** la prevalencia de pacientes con VIH coinfectados con VHB Y VHC es baja y VHB es más frecuente que el VHC. El sexo masculino predominó en los pacientes con VIH coinfectados con VHB y VHC. En el grupo de pacientes con coinfección VHB y VIH el principal factor fue la promiscuidad Y en los coinfectados VHC y VIH la heterosexualidad con promiscuidad y adicción a drogas mostraron igual porcentaje. Por último, se señala que a pesar de la baja prevalencia en nuestra región de la coinfección por el VHC y VHB en la población con VIH, debe realizarse de forma sistemática la determinación de anticuerpos antiVHC a todos los pacientes infectados con VIH. En los pacientes seronegativos con alta probabilidad de infección por el VHC, esta indicado la realización de pruebas de detección directa del virus. Para ello, se utilizarán las mismas técnicas indicadas en pacientes no coinfectados por el VIH como la PCR cualitativa.

RELATIONSHIPS BETWEEN LIFESTYLES HABITS AND GASTRIC CANCER IN CHILEAN POPULATION. 2002-2004 (No. de trabajo: 222) Barrientos C, Pereira A, Valenzuela M, Cavada G, Corvalan A, Akiba S. School of Public Health, University of Chile, Chilean-Japanese Institute of Digestive Diseases, Santiago, Chile; Kagoshima University, Kagoshima, Japan.

Gastric carcinoma is the most common cause of death by cancer in Chile. The mortality rate is was 20,1 per 100.000 habitants in 2002. During the last decades investigators have been studying possible risk factors with controversial results. The aim of this study is to identify possible lifestyles habits as risk factors in Chilean population, between 2002 to 2004 by matched paired case control study design. This study was done in two major health cares centers, and per each incident case (endoscopy and biopsy confirmation) two controls were selected. Each patient underwent a questionnaire by an interviewer, previous informed consent and data was analyzed by Logistic Conditional Regression. Forty-five cases and 90 controls were included in this study. A positive associations was found, alcohol drinking more than one liter of red wine per week (OR 6.57; CI 95% 1.4-31.7), years of educational study (OR 0.88; CI 95% 0.79-0.99), income gained monthly (OR 0.99; CI 95% 0.99-0.99, changing patterns of meals in the last 10 years and drink hot beverages (OR 0.45; 95% CI 0.2-0.98). The best predictives variables in the model were income, household, adding salt meal pattern and beverage temperature. In conclusion, even though gastric cancer has a genetic background, environmental factors and lifestyle variables may be relevant in the expression of this disease. For this reason research in the multicausality of gastric cancer must continue and create mechanism of prevention of early detection.

DESARROLLO DE NUEVA TECNOLOGÍA. DISEÑO DE UN DISPOSITIVO PARA ESTIMULAR EL MÚSCULO LISO VISCERAL DE UNA COLOSTOMÍA PARA VOLVERLA CONTINENTE A VOLUNTAD (No. de trabajo: 224)

Awad Reyes R, Sagahón M. Unidad de Medicina y Motilidad Experimental Laboratorio de Bioingeniería Experimental. Servicio de Gastroenterología U107. Hospital General de México, México, D.F.

**Antecedentes y objetivo:** en 1986, Awad y Orta desarrollaron un procesador de señales mioeléctricas del colon. En 1988, Huizinga y cols. estudiaron la diseminación de la corriente eléctrica en el músculo liso colónico. En 1994, Awad y Luna desarrollaron un simulador rectoanal que muestra las variaciones eléctricas y de presión en el recto y el esfínter anal interno. En 1997 Ratani y cols. estimularon el músculo liso del esfínter de un conejo. En 2004 Baroso y cols. utilizaron la estimulación eléctrica para tratamiento de incontinencia urinaria, y en 2005 Awad

y cols. desarrollaron un simulador virtual de la mecánica del colon. Siguiendo el desarrollo de esta línea de investigación en fisiología computacional cuyo objetivo final es hacer continente a voluntad una colostomía, el objetivo de este trabajo fue diseñar un prototipo de circuito electrónico para estimular el músculo liso visceral utilizando modelos matemáticos con un programa de diseño electrónico. **Métodos:** la representación del circuito del estimulador y sus componentes (LM555, resistencias de 220W, 1, 10, k W, diodos 1N3064) se realizó con el programa de diseño electrónico MultiSim® & Electronics Workbench versión 6.20 1999. Con el circuito integrado LM555 se produjeron las oscilaciones cuadradas (0-100Hz). Usamos un transformador de 12 v a 100 mA para elevar el voltaje a 48 v con un voltaje de alimentación principal de 9 VDC. Utilizamos instrumentos de medición que están dentro del programa (osciloscopio para medir la frecuencia, voltímetro para medir el voltaje y un amperímetro para medir la corriente). Realizamos la simulación del circuito estimulador en el programa, obteniendo valores de voltaje máximo 53.606 v, corriente máxima 54 nA y frecuencia de 84 Hz. Se armó el circuito real en el protoboard, ajustando los valores de voltaje de alimentación a 5 v y cambiando el valor del capacitor de 680 F por uno de 220 F. Se usó un multímetro analógico (TMK mod. TW-20S) para medir el voltaje de salida. Un osciloscopio (Hewlett Packard 5480B) para poder determinar el tipo de onda y la frecuencia y un multímetro digital (Mastech mod. MY68) para medir la corriente y el voltaje. **Resultados:** se obtuvo un circuito estimulador eléctrico con energía suministrada por una batería, portátil, con un circuito oscilador programado para proveer una frecuencia de 0 a 60 Hz con tren de onda cuadrada, un ancho de pulsos de 11.9 microsegundos, con pulsos bifásicos asimétricos, una intensidad de corriente ajustable (0.88 mA), un tiempo de elevación de 1 s, sostenido por 5 s y reposo por 5 s, y con voltaje máximo de 96 v. **Conclusiones:** el circuito estimulador diseñado es confiable, estable, y similar al obtenido en el programa de simulación. Este prototipo desarrollado en nuestro Laboratorio de Bioingeniería Experimental evita la dependencia de importar tecnología, permite diseñar aparatos específicos, integra disímiles disciplinas como la fisiología, matemáticas, computación e ingeniería, y es viable para su prueba en un modelo experimental animal antes de su utilización en el hombre.

#### CARCINOMA *IN SITU* DE ESÓFAGO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA (No. de trabajo: 230)

Torre A, Tobar S, Barreto R, Uribe M. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. México, D.F.

**Introducción y objetivos:** el cáncer esofágico representa el 5o lugar de mortalidad a nivel mundial. En México se desconoce la incidencia y prevalencia del carcinoma esofágico *in situ*. La detección temprana es rara, la mayoría de los casos se detectan en estadio avanzado. Actualmente se cuenta con métodos diagnósticos que optimizan la toma de biopsia (cromoendoscopia, ultrasonido endoscópico), lo cual ayuda a la detección temprana, favoreciendo en estos casos los índices de supervivencia del cáncer esofágico a cinco años (100% cáncer *in situ* vs. 4%) estadios más avanzados (estadio IV). **Presentación del caso:** mujer de 68 años de edad con disfagia a sólidos y odinofagia de tres meses de evolución, asociada a pérdida de peso de 10 kilos en los últimos tres meses. Dentro de los antecedentes, hace 23 años cursó con cáncer de mama izquierda, recibiendo quimioterapia y radioterapia, y hace un año presentó cáncer de mama derecha, recibiendo nuevamente quimioterapia, radioterapia y mastectomía radical. Su abordaje inicial mostró un esofagograma normal, con panendoscopia que demostró disminución de la luz esofágica en 30% a nivel del tercio distal, sitio en el cual se realizó cromoendoscopia con lugol para guiar la toma de biopsia. El reporte histopatológico de la misma fue carcinoma epidermoide *in situ*. Se completó estadiaje con ultrasonido endoscópico, el cual fue normal, por lo que se realizó procedimiento quirúrgico tipo Akiyama, con evolución posterior satisfactoria. La pieza quirúrgica se reportó con bordes libres de tumor. **Conclusiones:** detectar carcinoma *in situ* de esófago es muy raro, la mayoría

de los casos son detectados en fase tardía. El presente caso se encontraba en estadio 0 (Tis,NO,MO), y el abordaje en estos casos es la intervención quirúrgica, resección endoscópica y/o tratamiento fotodinámico. Es importante tener fuerte sospecha del mismo, y hacer uso de métodos que ayuden a tener una mejor orientación en la toma de biopsias. En este estadio el pronóstico es bueno (90 a 100% de supervivencia a los cinco años).

#### EVOLUCIÓN DE LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LAS LESIONES BILIARES (No. de trabajo: 232)

Mercado MA, Chan C, Orozco ZH, Domínguez I, Quezada C, Ramírez R, Poucel F. INCMNSZ. México, D.F.

La frecuencia de lesiones hepáticas asociada a colecistectomía, se mantiene (0.3-0.6%). Un abordaje multidisciplinario (endoscópico, radiológico y quirúrgico) es necesario para optimizar el tratamiento. La cirugía se indica cuando existe sección completa del conducto y normalmente se realiza una derivación biliodigestiva (hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux). Los resultados de la reconstrucción están relacionados con varios factores anatómicos y técnicos, pero en muchas ocasiones los conductos isquémicos (y cicatrizados) secundarios a la devascularización con la que se asocia la lesión, tienen un papel importante en el resultado. En este trabajo se reportan los resultados de la transición de la reparación baja (mayor isquemia) a la reparación intrahepática (menor isquemia). **Métodos:** en un periodo de 15 años (1990-2005) un total de 355 pacientes fueron enviados para reparación de vía biliar por iatrogenia. Treinta y dos casos fueron tratados en las primeras horas de la lesión. Los restantes 323 fueron tratados en los siguientes días o semanas después de la lesión con síntomas abdominales diversos relacionados con colecciones, fistula externa y oclusión biliar. Se realizó tratamiento quirúrgico una vez que el tratamiento radiológico y/o endoscópico fue descartado, y las condiciones del paciente lo permitieron. En todos los casos se realizó una hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux. Desde 1994, la resección parcial de la base del segmento IV se realiza con el objeto de obtener conductos no isquémicos ni cicatrizados, para obtener una anastomosis de alta calidad. Esta técnica se realizó en 101 pacientes con el objetivo de exponer la confluencia de los conductos. En un total de 243 pacientes se encontró que 163 tenían la confluencia preservada y en 80 la confluencia perdida. En los 80 restantes, una anastomosis baja fue realizada (a nivel del conducto común). Se compararon los casos con reparación intrahepática (163) con aquellos que el grupo de anastomosis baja (80). El resultado fue evaluado de acuerdo con los criterios de Lille-moe (ausencia de colangitis, ictericia y reintervención: buenos, malos lo opuesto). **Resultados:** edad promedio 42 años (17-76). Todas las lesiones fueron Strasberg E1-E5. En 163 se realizó reparación intrahepática con resección de segmento IV y V. Se realizó una anastomosis con monofilamentos absorbibles con extensión hacia el conducto izquierdo. En los 80 restantes se realizó anastomosis a nivel del conducto común. Doce (15%) de los 80 casos requirieron reintervención (quirúrgica y/o radiológica) comparadas con cinco casos de 163 (3%) que tuvieron anastomosis intrahepática (p = 0.00062). Se obtuvieron buenos resultados en 85 y 97% de los casos con anastomosis baja y alta, respectivamente. Los dos grupos en conjunto fueron reintervenidos en 7%. **Conclusiones:** una anastomosis alta intrahepática garantiza el hallazgo de conductos no isquémicos y/o cicatrizados, permitiendo una anastomosis segura y de alta calidad con resultados significativamente mejores.

#### FACTORES ASOCIADOS A LA SEROINCIDENCIA, SEROREVERSIÓN Y SEROPERSISTENCIA DE *HELICOBACTER PYLORI* EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES DEL ESTADO DE MORELOS, MÉXICO (No. de trabajo: 234)

\*Flores-Luna L, \*Enríquez-Santamaría R, \*Salazar-Martínez E, \*\*Torres-López J, \*\*Camorlinga-Ponce M., \*Lazcano-Ponce E. \*Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. \*\*Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Infecciosas, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social Siglo XXI. México, D.F.

**Introducción:** *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) se ha relacionado con la génesis de diversos padecimientos gastroduodenales, entre los cuales se encuentran la gastritis crónica, la úlcera péptica y el cáncer gástrico. Se estima que alrededor de 50% de la población mundial padece la infección; en países en vías de desarrollo la prevalencia fluctúa entre 50 y 80%, y se adquiere principalmente en edades tempranas. A pesar de la importancia que se le ha dado a este tema, la información sobre incidencia de la infección en población joven, procede de un pequeño número de estudios. **Objetivo:** estimar la incidencia, seroreversión y persistencia de la infección por *H. pylori*, entre la población adolescente y de adultos jóvenes mexicanos, evaluando la participación de factores sociodemográficos y ambientales. **Métodos:** se hizo un estudio longitudinal en escuelas públicas del Estado de Morelos de 1999 a 2003, donde 1,096 estudiantes aportaron información sociodemográfica y muestras de sangre, para determinar y evaluar la seroincidencia, seroreversión y seropersistencia de *H. pylori*, así como los factores asociados a estos eventos. **Resultados:** la seroprevalencia basal fue de 46.3% (IC95%, 43.3-49.2). Durante el seguimiento, la seroincidencia fue de 55.1% (IC95%, 51.1-59.1), la seroreversión de 46.9% (IC95%, 42.6-51.3) y la seropersistencia del 53% (IC95%, 48.7-57.4). Las características sociodemográficas que atenuaron la seroincidencia fueron el nivel socioeconómico medio (OR, 0.62; IC95%, 0.41-0.95) y alto (OR, 0.44; IC95%, 0.25-0.79); así como la altitud igual o mayor a 1200 m.s.n.m (OR, 0.57 IC95%, 0.34-0.95). Respecto a la seroreversión, el hacinamiento (tres personas o más por dormitorio) fue una característica que no favoreció la eliminación de la infección (OR, 0.43; IC 95%, 0.25-0.76); en tanto la misma característica favoreció la seropersistencia de *H. pylori* (OR, 2.27; IC95%, 1.30-3.98). **Conclusiones:** el estudio de los factores que intervienen en la infección por *H. pylori* aún es inconcluso. Factores que favorecen la infección, tales como el hacinamiento y la altitud, requieren ser verificados por más estudios de seguimiento. **Financiamiento:** este trabajo ha sido patrocinado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (proyecto No. 34487-M/2515), asimismo, recibió el apoyo del Instituto Nacional de Salud Pública y del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

#### PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A HIPERPARATIROIDISMO. REPORTE DE UN CASO (No. de trabajo: 235)

Roesch Dietlen F, Juárez Sánchez C, Cruz Palacios A, Arellano Martínez J, Espinosa Porragas JA, Sánchez Hernández J, Handal Gamudi V. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. México, D.F.

**Introducción:** la pancreatitis aguda es una entidad frecuente, se estiman anualmente en los Estados Unidos de América alrededor de 5,700 casos nuevos, en Europa han sido reportados de 28 a 30 casos por cada 100,000 habitantes y en México, en el INCMNSZ, se atienden de seis a ocho casos por cada 1,000 ingresos hospitalarios. Su etiología es multifactorial, sin embargo, el alcohol y la enfermedad litíásica biliar son los principales agentes responsables. Existen otras causas menos frecuentes, entre las cuales se encuentra la hipercalcemia primaria o secundaria, estimándose que el hiperparatiroidismo ocurre entre 0.9 a 1.5% en diversas series publicadas. Por lo anterior, consideramos de interés, la presentación de un paciente con pancreatitis aguda, secundaria a hipercalcemia primaria por adenoma paratiroideo atendido en el mes de abril del 2006 en los Servicios de Gastroenterología y Cirugía del Hospital Regional de la Secretaría de Salud en la ciudad de Veracruz, Ver. **Caso clínico:** masculino de 35 años de edad con antecedentes de litiasis renal, quien negó consumo de bebidas alcohólicas. Ingresó al Servicio de Urgencias por presentar dolor epigástrico, trasflectivo, intenso, constante, de 24 horas de evolución. A la exploración física se encontró fascias dolorosas, taquipleico, taquicárdico, con abdomen distendido, hiperalgesia superficial y a la palpación profunda en hemiabdomen superior, signo de la descompresión positiva y ausencia de peristalsis. Los exámenes de laboratorio más relevantes fueron: amilasa y lipasa séricas de 413 UI/L y 8,695 U/L, respectivamente, hipercalcemia de 14.1 mg/dL e hipofosfa-

temia de 2 mg/dL.; Hb. 15.9 g/dL, Ht. 49.7 y leucocitosis de 19,000 con neutrofilia de 84%; glucemia: 131 mg/dL, urea: 51 mg/dL, creatinina: 1.3 mg/dL y el resto de los estudios incluyendo pruebas funcionales hepáticas, placa simple de tórax normales o negativos. Se efectuó US abdominal reportó alteraciones en el tamaño y forma del páncreas sugestivas de pancreatitis aguda, descartándose la existencia de litiasis biliar. Fue manejado con soporte hidroelectrolítico, suspensión de la vía oral y analgésicos parenterales. Al tercer día se efectuó TAC contrastada la cual mostró datos compatibles con pancreatitis necrótica Balthazar "E". Se continuaron las medidas señaladas con anterioridad, mejorando las condiciones clínicas del paciente, el cual permaneció hospitalizado por espacio de 15 días. Durante su estancia, se corroboró la hipercalcemia, por lo cual se efectuó determinación de parathormona sérica, la cual reveló cifras de 300 pg/mL y se realizó gammagrafía de glándulas paratiroides encontrándose un adenoma paratiroideo en la glándula superior izquierda; se efectuó además rastreo óseo que descartó enfermedad metastásica. Fue sometido a extirpación quirúrgica de la tumoración paratiroidea siendo el diagnóstico histopatológico: asin evidencias de malignidad. En la actualidad el paciente se encuentra asintomático, sus cifras de calcio sérico de 9.8 mg/dL y una tomografía abdominal de control, mostró una lesión quística bilobulada grande a nivel de páncreas, cuyo manejo dependerá de la evolución de la misma. **Discusión:** el presente caso se trató de un paciente joven, sin enfermedad litíásica biliar ni ingesta de bebidas alcohólicas, atendido en un hospital de tercer nivel de atención de la ciudad de Veracruz, con un cuadro de pancreatitis aguda demostrada por la elevación de la amilasa, lipasa séricas y alteraciones en el ultrasonido abdominal. Desde el momento de su ingreso se obtuvieron cifras elevadas de calcio sérico, realizándose determinación de parathormona y gammagrafía de glándulas paratiroides, que permitieron establecer el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario ocasionado por un adenoma, el cual fue extirpado quirúrgicamente con éxito, evolucionando satisfactoriamente hasta la actualidad. Se consideró de utilidad su presentación por tratarse de una forma poco frecuente de pancreatitis aguda.

#### PANCREATITIS AGUDA Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. REPORTE DE TRES CASOS (No. de trabajo: 238)

\*Rodríguez González P, \*Aguilar Calvillo M, \*López Espinoza V, \*Fernández Ortiz S, \*Bilbao Chávez L, \*Madrado de la Garza A, \*Rojas Pineda N, \*\*Baca Ruíz V. \* Depto. de Gastroenterología, \*\* Depto. de Reumatología. HP UMAE CMN SXXI, IMSS, México, D.F.

**Introducción:** el lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria autoinmune multisistémica que afecta a la mayoría de los órganos, 15 a 50% de los casos cursan con síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarrea o hemorragia gastrointestinal debido a peritonitis, úlceras, perforaciones intestinales o desórdenes de motilidad frecuentemente originados por vasculitis. La relación entre pancreatitis y lupus fue descrita inicialmente en 1939 y en análisis retrospectivos de LES en poblaciones adultas se ha demostrado que entre 4.5 a 8.2% de los pacientes pueden sufrir de pancreatitis aguda (PA). Se ha sugerido como etiología vasculitis generalizada, esteroides y azatioprina. El 40% de los niños con LES puede tener dolor abdominal en algún momento de su evolución y puede ser secundario a pancreatitis. En cuanto a la presencia de PA y LES en niños, actualmente la literatura sólo reporta serie de casos indicando la evolución de los pacientes. **Objetivo:** dar a conocer que el dolor abdominal en pacientes pediátricos con LES puede ser secundario a eventos de PA, los cuales pueden estar relacionados al uso de medicamentos o a vasculitis producida por la enfermedad. **Material y método:** serie de casos de pacientes con LES en los que se confirmó el diagnóstico de PA. Se revisaron expedientes clínicos y radiológicos. **Resultados:** en el periodo de enero de 2000 a mayo de 2006 se registraron tres de pacientes del sexo femenino con el diagnóstico de LES y PA, con edades de 11, 13 y 14 años, una contaba con un tiempo de evolución de la enfermedad un mes las otras dos pacientes con 23 y 24 meses,

respectivamente, las principales manifestaciones clínicas observadas fueron dolor abdominal y vómitos biliares, presentado en todos los casos elevación de las enzimas pancreáticas amilasa con valores de 500 hasta 1000 U/L y lipasa de 700 a 3000 U/L, en todos los casos se realizó se ultrasonido y pancreatografía dinámica reportando la presencia de edema pancreático, todas las pacientes requirieron de nutrición parenteral con duración de siete a 60 días pero no solamente por la presencia de pancreatitis, ya que se observó otros órganos comprometidos como fueron riñón principalmente, serosas y SNC, dos pacientes se encontraban recibiendo tratamiento con esteroides una aun sin recibir manejo, pues el diagnóstico de LES aún no estaba corroborado, ninguna paciente presento complicaciones secundarias a pancreatitis y dos presentaron pancreatitis crónica como secuela. **Conclusiones:** la PA asociada a LES es poco frecuente. Más de 90% de los pacientes con LES tienen dolor abdominal, pero sólo en 8% es por PA. En esta serie de casos los pacientes presentaron dolor abdominal y vómitos biliares, dos de los casos tenían diagnóstico de LES y recibían tratamiento con esteroides, un paciente presentó PA antes de realizarse diagnóstico definitivo de LES por lo tanto no recibía tratamiento inmunosupresor. Existe controversia para establecer la etiología de la PA en LES siendo el uso de esteroides y la actividad de la enfermedad las dos causas principales mencionadas en la literatura. En este estudio dos pacientes tenían evolución prolongada con diagnóstico de LES y compromiso a otros órganos cuando se presentó el cuadro de PA. Sólo una paciente se encontraba recibiendo esteroides y diuréticos, en otra paciente, la enfermedad debutó con afección renal y el tiempo de evolución era de dos semanas, contando con terapia a base de esteroides. En las tres pacientes los hallazgos de tomografía y ultrasonido fueron páncreas edematoso con incremento de enzimas pancreáticas más de tres veces su valor normal. No se observaron complicaciones agudas relacionadas a pancreatitis en ningún caso, pero dos evolucionaron a pancreatitis crónica. La utilización prolongada de nutrición parenteral en dos de los casos fue no sólo por la presencia de PA, sino por otras entidades asociadas.

COMPLICACIONES VASCULARES EN COLITIS ULCEROSA CRÓNICA INESPECÍFICA (No. de trabajo: 239)  
Cortés Espinosa T, Arrebillaga-Rivera C, De la Paz-Ibarra B. CMN 20 de Noviembre. ISSSTE. México, D.F.

**Introducción:** la colitis ulcerosa crónica inespecífica(CUCI) y la enfermedad de Crohn(EC), se asocian con múltiples manifestaciones extraintestinales, siendo la trombosis venosa y arterial una de ellas, estimando su incidencia de 1.2 a 6% en estudios clínicos y 39% en material de autopsia. **Objetivo:** 1) Identificar la frecuencia de complicaciones vasculares asociadas a CUCI en un país de baja prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). 2) La relación de complicaciones vasculares con la actividad de la enfermedad y tratamiento médico. **Métodos:** en el periodo comprendido entre diciembre de 1989 y abril del 2006, se registró y documentó el diagnóstico de CUCI, basado en estudios clínicos, laboratorio, radiológico, endoscópico, así como estudio histopatológico. La actividad de CUCI se valoró en base a los criterios de Truelove y Witts. **Resultados:** en un periodo de 16 años, 68 pacientes cumplieron los criterios diagnósticos de CUCI; en tres pacientes (4.4%) se presentaron complicaciones vasculares, ocurriendo todas en el sexo femenino. La edad media de presentación fue 44.6 años. Enfermedad cerebro vascular: Dos pacientes desarrollaron enfermedad cerebro vascular, una con fenómeno de embola cerebral, con CUCI grave y pancolitis, estaba recibiendo tratamiento médico; otra con hemorragia cerebral, CUCI grave y pancolitis que requirió proctocolectomía. Trombosis arterial: un paciente se presentó con CUCI grave y pancolitis no estando en control médico, desarrollando trombosis arterial de miembro torácico izquierdo. La paciente falleció por infarto al miocardio. Mortalidad: la mortalidad en nuestra serie fue de 33%. **Conclusiones:** la frecuencia de complicaciones vasculares en nuestra institución fue similar a la descrita en países con alta incidencia de EII, con una mortalidad de 33%, confirmando la gravedad de las complicaciones vasculares en CUCI. La complicación

vascular grave o recurrente en pacientes con CUCI activo o intratable podría ser una indicación de resección quirúrgica intestinal.

EXPRESIÓN DE RECEPTORES TIPO TOLL 2, 4 Y 5 EN NIÑOS INFECTADOS CON *HELICOBACTER PYLORI* (No. de trabajo: 244)  
\*Fernández Ortiz S, \*\*Lagunes Servín H, \*\*Camorlinga Ponce M, \*Madrazo de la Garza A, \*\*Maldonado-Bernal C, \*\*Torres López J. \*Servicio de Gastroenterología. Hospital de Pediatría de la UMAE, CMN SXXI. \*\*Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Infecciosas y Parasitarias. México, D.F.

**Antecedentes:** la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) se adquiere en la niñez y permanece de forma crónica por décadas, la adquisición en esta etapa tiene importancia clínica, ya que puede dar origen en un porcentaje bajo a enfermedad gastroduodenal severa y adenocarcinoma gástrico en la vida adulta. Los receptores tipo toll (TLRs), juegan un papel importante en la respuesta inmune innata debido a que pueden reconocer patrones moleculares asociados a patógenos (PAMPs), como lipoproteína(TLR2), LPS(TLR4) y flagelina (TLR5). Todos estos componentes de Hp. La activación de los TLRs desencadena una transducción de señales que activan diversos genes involucrados en la defensa del hospedero. Al momento no se conoce el nivel de expresión de los TLRs en la infección por Hp. **Objetivo:** evaluar el nivel de expresión de los TLRs 2, 4 y 5 en niños infectados con *Helicobacter pylori* de forma comparativa con niños no infectados. **Material y métodos:** se tomaron muestras de sangre periférica y biopsias gástricas de 30 niños con enfermedad gastroduodenal. Las biopsias se cultivaron para determinar la infección por *H. pylori*, encontrando que siete niños estuvieron infectados con *H. pylori* y 23 no infectados. Se obtuvieron células mononucleares de sangre periférica por gradiente de densidad con Ficoll. Se realizó la extracción de RNA y se sintetizó el cDNA. Mediante PCR de tiempo real e iniciadores específicos, se cuantificó el nivel de expresión de los TLRs 2, 4 y 5 en los niños infectados y no infectados con *H. pylori*, se utilizó GAPDH como gen endógeno para normalizar. **Resultados:** el nivel de expresión de los TLRs 2, 4 y 5 en los niños infectados con *H. pylori* fue considerablemente menor al nivel de expresión detectado en los niños no infectados, TLR2:  $2.47 \pm 0.22$  vs.  $3.67 \pm 0.39$ , TLR4:  $3.08 \pm 0.07$  vs.  $5.63 \pm 0.42$ , TLR5:  $2.81 \pm 0.76$  vs.  $4.76 \pm 0.30$ . **Conclusiones:** los receptores tipo toll son de gran importancia en la respuesta inmune inicial que se desencadena contra los microorganismos infecciosos y el hecho de que los niños infectados con *H. pylori* presenten un nivel de expresión de TLR2, 4 y 5, considerablemente menor a los niños no infectados, probablemente pueda explicar la mayor susceptibilidad a la infección.

HERNIA INTRAPERICÁRDICA ASINTOMÁTICA DE UN ADULTO DE 95 AÑOS (No. de trabajo: 246)  
Borbolla J, Tenorio M, Reyes T. Hospital General de Pachuca, S.Sa.

**Introducción:** los defectos congénitos del diafragma ocurren en uno de 2,100 a 5,000 nacidos. Los casos de hernias diafragmáticas, por defecto del tendón central del diafragma con comunicación peritoneopericárdica en el adulto, sin antecedente traumático o quirúrgico son muy raras, más aún asintomáticas y en un adulto mayor, sin asociación demostrada a otras anomalías congénitas, ni alteraciones cardiacas. **Caso clínico:** se trata de paciente femenino de 95 años de edad que acudió al Servicio de Gastroenterología del Hospital General de Pachuca, S.Sa. por presentar hematemesis matutina en posos de café, sin ninguna otra sintomatología, se le solicitó Bb y tele de tórax y se sugirió panendoscopia, la cual rechazó la paciente, al observarse en la tele de tórax, aire supradiaphragmático circunscrito, se solicitó serie esofagogastroduodenal, donde se demostró herniación del cuerpo y antro gástricos hacia la cavidad torácica, se practicó TAC y se demostró rechazamiento del pulmón y del corazón por el estómago, se prescribió inhibidor de bomba de protones y procinético, con lo que continúa asintomática hasta el momento de esta comunicación. **Discusión:** la mayoría de las hernias diafragmáticas en el adulto son postraumáticas, fundamentalmente por traumatismos abdominales penetrantes, estando también publicada su aparición en forma iatrogénica

ca. Los defectos congénitos del tendón central del diafragma, que se asocian a hernias peritoneo-pericárdicas son muy infrecuentes, la relación hombre:mujer es desconocida, la herniación dentro de la cavidad pericárdica puede ser asintomática o manifestarse a cualquier edad, como disfunción cardíaca o como insuficiencia respiratoria debida a compresión, puede asociarse a malformaciones cardíacas, ectopia del cardias y defectos septales. Está descrito que se debe reparar la hernia pericardio diafragmática, reduciendo la víscera herniada y hacer un cierre del defecto con sutura no absorbible, si el defecto es muy grande se deberá usar material protésico, sin embargo, en nuestro caso, aparte de la edad de la paciente, ésta se encontraba con una anemia de 7 de Hb y era testigo de Jehová por lo que ni se sugirió la resolución quirúrgica de la misma.

VALOR DE LOS SÍNTOMAS DE DISPEPSIA PARA PREDECIR LESIÓN EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (No. de trabajo: 247)  
Van Domselaar F, De Paula JA, González ML, Varela E, Medial AM, Macías Gómez CA, Davolos JR. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** un punto de dificultad en el abordaje diagnóstico del paciente con dispepsia no investigada es decidir a quienes realizar una endoscopia digestiva alta (VEDA). No hay trabajos publicados en nuestro medio que evalúen el valor diagnóstico de los síntomas de dispepsia en relación con los hallazgos en la VEDA. **Objetivo:** determinar la correlación entre los diferentes síntomas referidos por los pacientes con dispepsia y los hallazgos en la VEDA. **Pacientes y métodos:** se encuestó a pacientes remitidos para realizar una VEDA con síntomas de dispepsia (más de un síntoma) que cumplieron con los criterios de Roma II. Se utilizó un cuestionario traducido, validado al castellano del Dyspepsia Related Health Scales, con el agregado de ítems no considerados en el mismo. Se analizó por separado a cada síntoma y se determinó la especificidad, sensibilidad y los coeficientes de probabilidad (Likelihood ratio) positivo (CPP) y negativo (CPN) según los hallazgos en la VEDA (patológica o normal respectivamente). Se analizó de igual manera la presencia de signos de alarma, el consumo de drogas gastroagresivas (DGA), la edad y el sexo. **Resultados:** se encuestaron 164 pacientes, 105 mujeres, con una edad media de 56 años (20 a 84). Ciento veinte pacientes (73%) presentaron una VEDA normal y 44 (27%) una VEDA patológica (23 con esofagitis péptica, 12 con úlcera péptica, 11 con gastropatía o duodenopatía erosiva, uno con enfermedad celíaca y uno con adenocarcinoma gástrico). Cuando los pacientes refirieron tener cefalea y/o mareos atribuidos a problemas digestivos, la probabilidad de encontrar una VEDA patológica fue significativamente más baja (CPP 0.55; IC 95%: 0.39-0.78). La mayoría de los síntomas de dispepsia disminuyeron o no modificaron esta probabilidad, salvo la pirosis, las regurgitaciones, la acidez epigástrica y el mal aliento que la aumentaron, pero ninguno en forma estadísticamente significativa. Tener más de 45 años, ser varón, presentar signos de alarma o consumir DGA aumentaron en forma estadísticamente significativa la probabilidad de tener una VEDA patológica. En los pacientes que no consumían DGA y no tenían signos de alarma la probabilidad de tener una VEDA patológica fue considerable y significativamente más baja (4%). **Conclusiones:** en pacientes con dispepsia referidos para efectuar una VEDA, los únicos síntomas que disminuyeron en forma estadísticamente significativa la probabilidad de encontrar patología fue la cefalea y/o los mareos atribuidos a problemas digestivos. La edad > 45 años, el sexo masculino, la presencia de signos de alarma y el consumo DGA fueron factores que aumentaron significativamente la probabilidad de hallazgos patológicos. Dado que los pacientes sin signos de alarma ni consumo de DGA presentaron una probabilidad muy baja de tener VEDA patológica, aumentar el número de la muestra podría ser de utilidad para determinar, en este subgrupo, cuáles síntomas tienen mejor capacidad predictiva de los hallazgos endoscópicos.

FRECUENCIA DE HIPERTENSIÓN PORTOPULMONAR Y SÍNDROME HEPATOPULMONAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE BUDD CHIARI (REPORTE PRELIMINAR) (No. de trabajo: 249)

\*García-Juárez I, \*\*\*Cerdeña-Campos R, \*\*\*Rosas-Romero R, \*\*\*Morales Blánhir J, \*\*López-Méndez E, \*\*Uribe M. \*Departamento de Medicina Interna, \*\*Gastroenterología y \*\*\*Neumología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F.

**Antecedentes:** en el año 2000, las enfermedades crónicas del hígado fueron la cuarta causa de muerte en México, más aun se considera la segunda causa de muerte entre la población de 35 a 55 años, esto indica que las enfermedades del hígado son una causa importante de muerte en nuestro país. Dentro de la historia natural de las enfermedades crónicas del hígado se encuentra el desarrollo de hipertensión portal, la cual se manifiesta de diversas maneras, siendo las comúnmente reconocidas: a) várices esofágicas, b) várices gástricas y gastropatía congestiva, c) ascitis, entre otras. Tanto la hipertensión portopulmonar (HPP) y el síndrome hepatopulmonar (SHP) son entidades que comparten mecanismos fisiopatológicos que involucran alteraciones vasculares de la enfermedad hepática, pero que representan entidades con características clínicas y evolución diferentes. Algunos estudios sugieren que la hipertensión portal postsinusoidal como el síndrome de Budd Chiari (SBC) se asocia a mayor frecuencia de HPP y SHP. **Objetivo:** conocer la frecuencia de HPP y SHP en pacientes con SBC. **Pacientes y métodos:** estudio prospectivo, revisión de expedientes clínicos de todos los pacientes con el diagnóstico de SBC en la historia del Instituto. Las variables registradas fueron: edad, género, fecha de diagnóstico, etiología (causa de trombosis), clasificación de Child y presencia de várices esofágicas. Se localizaron a los pacientes y se interrogaron dirigidamente para síntomas cardiopulmonares y factores de riesgo para enfermedad pulmonar primaria no asociada a hipertensión portal. Se realizaron pruebas de función respiratoria, gasometría arterial y ecocardiograma transtorácico de contraste (solución salina agitada) para búsqueda de cortos circuitos intrapulmonares. **Resultados:** 60 pacientes tenían el diagnóstico de SBC, de los cuales 17 se encontraron vivos, ocho de los cuales han sido estudiados, dos mujeres y seis hombres, edad promedio 38 años (17-69 años), seguimiento 48 meses (3-216 meses). La causa de la trombosis se estableció en seis pacientes, tres por resistencia a la proteína C activada, dos por síndrome antifosfolípido, uno por hemoglobinuria paroxística nocturna y dos casos idiopáticos. La mediana de puntos de Child fue de 8 (5-14). Se encontró SHP en tres pacientes e HPP en dos, el resto con ecocardiograma normal. El puntaje de Child en pacientes con alteraciones pulmonares no fue mayor al resto de los pacientes, 8 (7-14). Los cinco pacientes presentaron hipoxemia: 58 mm Hg (59-76 mm Hg). **Conclusiones:** la frecuencia de SHP e HPP resulta alta en el grupo de pacientes con SBC, que representa un modelo de hipertensión portal postsinusoidal con alteraciones hemodinámicas diferentes de los pacientes con cirrosis por daño sinusoidal, ya que presentan activación neurohormonal sin síndrome hiperdinámico. En la fisiopatología del SHP e HPP intervienen factores neurohormonales, inflamatorios, genéticos y angiogénicos, aunque se desconoce el efecto real de estas alteraciones sobre el lecho vascular pulmonar en el contexto de hipertensión portal para el desarrollo de SHP o HPP.

COLITIS MICROSCÓPICA: UN CASO DE COLITIS COLAGENOSA (No. de trabajo: 250)  
Martínez Cruz LA, Altamirano JT, Sierra RM, Zapata L. Servicio de Gastroenterología, Hospital Juárez de México (HJM). México, D.F.

**Introducción:** la colitis microscópica (MC) es una condición poco reconocida clínicamente como una causa de diarrea crónica o intermitente y que puede ser diagnosticada sólo por histopatología. La etiología es desconocida, se estima una prevalencia de 10-16 casos por 100,000 habitantes en población europea, frecuente en mujeres de edad madura y ancianos, parece ser inducida por algunos medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), se ha asociado a condiciones autoinmunes y Sprue. Se divide histopatológicamente en: colitis colagenosa (CC) y colitis linfocítica (CL), presentándose en porcentajes similares y teniendo la primera de ellas mayor predominancia en mujeres. **Objetivo:** presentación de un caso clínico de colitis colageno-

sa. **Material y métodos:** femenino de 85 años de edad, sin enfermedades crónicas degenerativas, colecistectomía hace ocho años, hemorragia digestiva alta por úlcera gástrica *Helicobacter pylori* negativa, ingesta de AINEs por 10 años. Inició padecimiento actual hace 10 años con presencia de evacuaciones diarreicas (4-6 al día) de pequeña a moderada cantidad, fétida, explosiva, con intermitencia, sin lientería, moco o sangre. Ingresó por síndrome confusional agudo secundario a desequilibrio hidroelectrolítico. TA 90/60 mm Hg, FC 90 x', afebril. Abdomen distendido, no doloroso a la palpación, timpánico, sin visceromegalias o masas. Tacto rectal normal. Cardiopulmonar normal. **Resultados:** placa simple de abdomen con abundante gas colónico, coproparasitoscópico y amiba en fresco negativos, Na 133 mEq/Lt, K 3.7 mEq/Lt, Cl 104 mEq/Lt, PFH normales. Endoscopia superior: gastritis erosiva. Colonoscopia: normal (se toman biopsias de ciego y colon transverso), histopatología: presencia de infiltrado inflamatorio mixto a nivel de la *lamina propria*, engrosamiento de la banda de colágena subepitelial, con áreas de desprendimiento epitelial difuso, en relación con colitis microscópica de tipo colagenosa. **Conclusiones:** la CC es un tipo de MC con una presentación clínica menos agresiva que CL, el tratamiento está encaminado a la mejoría de la calidad de vida, en virtud de la resolución de los síntomas, el uso de inmunomoduladores en CC es poco frecuente. En este caso asociamos la ingesta crónica de AINEs con la enfermedad. La paciente actualmente está con tratamiento a base de subsalicilato de bismuto y 1-2 evacuaciones al día.

ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS (No. de trabajo: 253)

Ayala González WK, Garza Galindo AA, Becerra Eguía, Maldonado Garza HJ. UANL Hospital Universitario. Monterrey, N.L.

**Introducción:** las indicaciones actuales del ultrasonido endoscópico (EUS, por sus siglas en inglés) en el campo de la gastroenterología de adultos se encuentran bien establecidas y continúan en expansión. Sin embargo, a pesar de que recientemente se ha incrementado el número de reportes de EUS en niños, su utilización en pacientes pediátricos es aún limitada. El presente estudio evalúa la experiencia en nuestra institución con EUS como herramienta diagnóstica en gastroenterología pediátrica. **Material y métodos:** revisamos todos los procedimientos de EUS realizados en nuestra institución de septiembre de 2002 a mayo de 2006. Los EUS fueron realizados con el ecoendoscopio convencional para adulto (modelos Pentax EG-3630 UR y EG-3630 U con diámetro de 12.1 mm), y practicados por un solo endosonografista. Los pacientes incluidos en el estudio fueron menores de 18 años de edad. Se recolectó la siguiente información: datos demográficos y clínicos, antecedentes, indicación y resultados del estudio, así como seguimiento de estos pacientes. **Resultados:** un total de siete pacientes fueron sometidos a EUS en el periodo evaluado. El promedio de edad fue de 11.7 años (margen 7-17 años), cuatro pacientes fueron femeninos y tres masculinos. Todos los pacientes eran de peso mayor a 18 kg. Cada EUS fue realizado con sedación IV proporcionada por un anesthesiólogo pediatra. Cada paciente fue sometido al estudio con el ecoendoscopio radial, dos pacientes requirieron EUS lineal para toma de BAAF de las lesiones evaluadas durante el estudio. Las indicaciones para el procedimiento incluyeron pancreatitis recurrente de origen a determinar (cuatro pacientes), lesiones submucosas del estómago (dos pacientes), y un aparente adenocarcinoma de recto. Todos los procedimientos fueron realizados sin complicaciones. Los hallazgos por EUS incluyeron enfermedad litiasica biliar (dos pacientes), pancreatitis crónica (un paciente), ictericia no obstructiva (un paciente) y colitis ulcerosa en el paciente con aparente neoplasia maligna de recto. Las dos lesiones gástricas submucosas que fueron sometidas a BAAF reportaron lesiones benignas de tipo inflamatorio. Se consideró que el EUS brindó información valiosa y tuvo un impacto directo en la toma de decisiones sobre el manejo de todos los pacientes. **Conclusiones:** en manos experimentadas, el EUS con o sin BAAF puede ser realizado con seguridad en pacientes pediátricos con peso mayor a 18 kg, utilizando ecoendoscopios estándar para adulto, y siempre bajo

asistencia de un anesthesiólogo pediatra. Las indicaciones más frecuentes de EUS en pacientes pediátricos incluyen la evaluación de pancreatitis recurrente y la presencia de lesiones submucosas del tracto digestivo encontradas durante endoscopia de rutina. EUS y EUS-BAAF pueden proporcionar información útil en casos selectos de pacientes pediátricos, la cual puede influir de manera importante en la toma de decisiones terapéuticas en estos pacientes.

NECROSIS ESOFÁGICA AGUDA: REPORTE DE UN CASO (No. de trabajo: 272)

López Olivera J, Lozoya González D, Sanjurjo García J, García Menéndez A, Pérez Manauta J. Hospital Español de México. México, D.F.

**Introducción:** la necrosis esofágica aguda es la principal causa del denominado "esófago negro", el cual de por sí es un hallazgo endoscópico infrecuente que consiste en coloración oscura extensa de la mucosa esofágica. Su descripción se limita a reportes de casos y series pequeñas por lo que sus causas y tratamiento no están bien establecidos. Se calcula una incidencia de 0.0125% en todos los estudios endoscópicos y conlleva una elevada mortalidad de hasta 36%, razón por la cual es necesario el reconocimiento oportuno de esta entidad. **Caso clínico:** paciente femenino de 89 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y evento vascular cerebral hemorrágico temporal derecho con secuela de hemiparesia corporal izquierda, así como neumonía basal derecha que requirió tratamiento hospitalario un mes antes del padecimiento actual. Medicación: atenolol y valproato. Se presentó al Servicio de Urgencias por presentar dos vómitos en poso de café en las últimas cuatro horas y disminución progresiva del estado de alerta. Desde hace tres días: evacuaciones disminuidas de consistencia, náusea, vómitos e intolerancia a la vía oral. Exploración física: temperatura 36.9 °C, presión arterial: sistólica 90 mm Hg y diastólica no detectable, frecuencia cardíaca 60 por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto. Pálida, mucosas secas, sin restos hemáticos en cavidad oral, disminución del murmullo vesicular en regiones infraescapulares; abdomen timpánico, depresible, doloroso en mesogastrio; llenado capilar de tres segundos. Tacto rectal: escasa materia fecal, sin melena. Neurológico: Glasgow 11, disminución de fuerza y sensibilidad en hemicuerpo izquierdo. Laboratorio: Hb 14.8 g/dL; leucocitos 7,800 mm<sup>3</sup>; bandas 6%. Glucosa 154, Cr 0.9, DHL 178, Na 141, K 3.8, TP 11.5', TPT 39'. EGO patológico. Gasometría arterial: alcalosis respiratoria. Radiografía de tórax: sin evidencia de infiltrado neumónico. Tratamiento con soluciones cristaloides y medidas de soporte, con respuesta favorable y estabilidad hemodinámica. Endoscopia: necrosis ulcerada de mucosa, de los tercios medio e inferior, friabilidad y úlceras longitudinales múltiples; estómago y duodeno sin alteraciones. Tratamiento con ayuno, sucralfato, esomeprazol y amoxicilina-clavulanato. Evolución satisfactoria iniciándose dieta con líquidos cuatro días después sin complicaciones y egresó del hospital dos días después. La paciente se rehusó a endoscopia de control. **Comentario:** Goldenberg realizó la primera descripción endoscópica del "esófago negro", y en la literatura médica la serie más grande es de 52 pacientes. La isquemia es citada como la etiología más frecuente, aunque también se mencionan: reflujo gastroesofágico masivo, infecciones y uso de antibióticos. La biopsia esofágica durante la endoscopia inicial probablemente no es necesaria si el contexto clínico y los hallazgos endoscópicos son consistentes con necrosis esofágica aguda. La edad promedio de presentación es a los 65 años, sobre todo con estados comórbidos importantes, y se manifiesta usualmente como sangrado gastrointestinal alto. El tratamiento consiste en medidas de soporte y perfusión óptima; inhibidor de bomba de protones, antiH2 o sucralfato; y cuando es necesario: nutrición parenteral y cirugía. La complicación más frecuente es la estenosis. El pronóstico es sombrío puesto que, en conjunto, la mortalidad y complicaciones alcanzan 60%.

ASOCIACIÓN CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA DE CONSUMO DE TABACO CON LESIONES DE LARINGE Y ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO. INFORME PRELIMINAR (No. de trabajo: 286)

Tenorio Flores C, Zárate-Guzmán M, García-Trujillo U, Siu-Moguel AG, Uc-Contreras J, Hinojosa-Ruiz A, Lujano-Salgado T, Altamirano-Castillo E, Lujano-Nicolas L, Omelas-Escobedo E. Unidad de Endoscopia. Hospital General de México, O.D. México, D.F.

**Introducción:** el consumo de tabaco es causa importante de morbilidad y mortalidad con efectos adversos en la salud bien conocidos. Es un factor de riesgo importante para enfermedades cardiovasculares y pulmonares bien establecido. Existen otros efectos sistémicos menos conocidos y no se conoce el verdadero impacto sobre lesiones del aparato digestivo. **Objetivo:** identificar sintomatología clínica, así como hallazgos endoscópicos en orofaringe y esófago para determinar si existe asociación patológica entre los hallazgos y el consumo de tabaco. **Materiales y métodos:** corte a estudio prospectivo, transversal, comparativo y observacional con pacientes referidos de la Clínica de Tabaquismo y Consulta Externa a la Unidad de Endoscopia de este Hospital con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Se realizó a cada uno un cuestionario donde se indica el consumo de tabaco, así como sintomatología orofaríngea y esofágica. Posteriormente se realizó estudio endoscópico donde se determinó la presencia de alteraciones faringolaríngeas y esofágicas. Los datos se analizaron con  $\chi^2$ , prueba exacta de Fisher y Kruskal-Wallis. **Resultados:** en cuanto a la sintomatología únicamente se encontró asociación significativamente estadística ( $p < 0.05$ ) entre tabaquismo y pérdida ponderal donde 4.5% de fumadores tuvieron pérdida ponderal y 44.8% no presentaron mientras que 14.9% de no fumadores perdieron peso y 35.8% de no fumadores no tuvieron alteraciones en el peso. También se encontró asociación entre tabaquismo y edema de cuerdas vocales ( $p < 0.05$ ) donde 35.8% de fumadores no presentó alteración; 7.5% leve, 4.5% moderado, 1.5% severo con un total de 13.5% con edema de algún grado; mientras que 49.3% de no fumadores no presentó alteración y sólo 1.5% edema moderado. El resto de las asociaciones no fue estadísticamente significativa. **Conclusiones:** en este estudio sólo se demostró asociación entre el factor causal tabaco con pérdida ponderal y edema en cuerdas vocales sin lograr identificar asociación con otros síntomas faringolaríngeos y esofágicos ni con la presencia de hernia hiatal y esofagitis en alguno de sus grados. Algunos estudios epidemiológicos han implicado el tabaquismo como factor de riesgo para enfermedad por reflujo gastroesofágico dado su efecto sobre el tono en el esfínter esofágico inferior así como el incremento en la frecuencia de episodios de reflujo. Al realizar pHmetría no se ha demostrado efecto consistente entre el consumo de tabaco y la exposición ácida del esófago y la frecuencia de los periodos de reflujo. Tampoco se ha demostrado su asociación con la prevalencia de esófago de Barrett. Consideramos necesario continuar el estudio y ampliar la población para evidenciar la asociación con tabaquismo.

AMEBIC LIVER ABSCESS OF THE CAUDATE LOBE (No. de trabajo: 288)

Gómez N, Vargas P, Zapatier J, Mejillón J, Gaibor J. Fundación Esperanza. Guayaquil, Ecuador.

**Introduction:** Hepatic affection is the most frequent complication of intestinal amebiasis. Localization in the caudate lobe is exceptional, generally the right lobe is four times more affected than the left lobe. The diagnosis is made with serology, direct demonstration, and imaging; in this sense, sonographic study is a method of great utility. Since year 1981 to 2004, 18,756 abdominal sonographic assessments were performed in our unit, from which a retrospective analysis were done finding only one male patient of 36 years-old which presented an amebic liver abscess located in the caudate lobe. **Case:** A 40 years-old patient, surgically operated (appendectomy), presents 6 days after pain in the upper right quadrant, fever, malaise, and anorexia; leukocytosis of 18,000 cel/mm<sup>3</sup>, neutrophils (70%), bands (6%), and eosinophils (10%), for which a initial diagnosis of subphrenic abscess was made. Initial sonography revealed homogeneous parenchyma. Four days after, sonographic surveillance showed a 4-cm, solitary, round, anechoic, intraparenchymatous image located in the caudate lobe. Posterior determination of its amebic origin

was established by serology. Treatment used was intravenous metronidazole for 48 hours followed by oral route. **Discussion:** The amebic liver abscess is a frequent complication with a rare presentation when it is localized in the caudate lobe, because the preferred site for trophozoites is the right lobe with a frequency 4:1 related to the left lobe. Route of contraction is well known, through oral ingestion of trophozoite-contaminated water or food, or directly through fecal-oral route due to poor hygiene or anal-oral sexual behavior. Once the surgical stimulus is provoked, the trophozoite travels through the portal circulation to the liver destroying the tissues and forming confluent micro-abscesses which form a single abscess. In the case of the caudate lobe, even when it presents independent vascularization from the portal circulation, and the three main hepatic veins, the trophozoite reaches their circulation, penetrates and produces an abscess. We believe that the pathogenicity of the invasive ameba is facilitated by the post-surgical stress from an infectious process that predisposed the formation of the abscess. The sonographic image of the hepatic abscess presents an anechoic, intraparenchymatous structure with thick and irregular walls and filled with necrotic material. This necrotic material is characterized for presenting a distribution of fine echoes, and echoic structures in a band pattern. Nevertheless, its sonographic determination at the beginning of the disease (1st day) is difficult because the liver generally presents a hepatomegaly. This sonographic image corresponds to the forming phase of the abscess, as an incipient or forming period of the hepatic liver abscess. This makes often necessary, to wait a period of 4 to 7 days once started the disease to be able to observe it. Except from Soyer in 1992 and Sonuz in 1998, there is no other cases reported in the literature. Because of this, there are no statistical data offering the precise incidence of this disease.

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST), REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA (No. de trabajo: 290)

Lujano Nicolás LA, Durán Pérez EG, Omelas Escobedo E, Lujano Salgado T, Hinojosa Ruíz A, Tenorio Flores C, Murguía Domínguez D, Pérez Hernández JL. Servicio de Gastroenterología Hospital General de México, OD, México, D.F.

**Introducción y objetivo:** los GIST son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal, la localización más frecuente es en estómago (60-70%), derivan de células intersticiales de Cajal. Se caracterizan por la sobreexpresión del producto del protooncogén c-KIT, un receptor de membrana con actividad tirosin-cinasa, proteína llamada CD117, detectable por inmunohistoquímica. Son tumores CD117 positivos en 95% de los casos. Ocurren a una edad media de 60 años. Clínicamente pueden cursar con hemorragia gastrointestinal, molestias abdominales vagas y raramente tumor palpable. El objetivo del presente trabajo es el informe de un caso clínico y revisión de la literatura.

**Materiales y métodos:** hombre de 49 años; AHF: hipertensión arterial sistémica por línea materna y paterna. Índice tabáquico de 6. Diagnóstico de HAS a los 30 años en control con IECA. Evento vascular cerebral isquémico a los 39 años, sin secuelas. Ingresó por presentar dolor en hipocondrio derecho de cuatro meses de evolución, intermitente, punzante, irradiado a epigastrio, de intensidad variable, incapacitante; acompañado de plenitud posprandial temprana y datos clínicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico. En la exploración física se encontró tumor epigástrico de 10 x 10 cm, blando, doloroso, fijo a planos profundos, sin otras alteraciones. Las únicas alteraciones en sus exámenes de laboratorio: colesterol total 246 mg/dL y triglicéridos 500 mg/dL. **Resultados:** se realizó medición de antígeno carcinoembrionario, CA 19-9 y alfa fetoproteína, resultando negativos. Panendoscopia: datos compatibles con esófago de Barrett, hernia hiatal tipo I, mucosa gástrica de aspecto macroscópico normal, compresión extrínseca en curvatura menor. Ultrasonido de hígado y vías biliares: tumor epigástrico heterogéneo, de 10 x 9 x 7 cm, bordes definidos, con áreas de diversa ecogenicidad en su interior, escaso flujo vascular al Doppler; hígado con lesión nodular heterogénea, hipocóica de 1.7 x 1.4 cm en lóbulo derecho. Tomografía abdominal: tumor ovoideo heterogéneo que emerge de serosa antroplórica, compri-

me estómago en 90%, y nódulo hiperdenso en segmento VIII de hígado. Hallazgos quirúrgicos: lesión neoplásica esférica, de 9.5 cm en su eje mayor, adherida a serosa gástrica en un área de 3 cm., superficie multinodular; se resecó en su totalidad y se realizó gastrotomía con cierre primario. Hallazgos histopatológicos: GIST epitelióide de potencial maligno, con bordes libres. Reporte inmunohistoquímico con técnica de inmunoperoxidasa: tumor del estroma gastrointestinal CD 117 positivo, PS-100 negativo. **Conclusiones:** los GIST se presentan de manera esporádica, con incidencia anual de 20 casos por millón de habitantes, su presentación clínica suele ser inespecífica y con frecuencia se detectan de manera casual con exploraciones complementarias (US, TAC, RM); como en nuestro caso. El estándar de oro para su diagnóstico es la positividad inmunohistoquímica para CD 117. La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección, aunque en la actualidad se ha demostrado una respuesta adecuada al manejo con imatinib (inhibidor de tirosin-cinasa), para tumores irreseccables o metastáticos.

**CÁNCER GÁSTRICO DIFUSO HEREDITARIO (CGDH): PRESENTACIÓN DE UNA FAMILIA CON MUTACIÓN DEL GEN CDH1 (RESULTADOS PRELIMINARES)** (No. de trabajo: 313)

\*Van Domselaar F, †Vaccaro CA, ‡Redal M, §Mazzotta S, †Correa D, †Van Domselaar RM, \*\*Huntsman D, \*\*Kaurah P, \*\*Senz J, ††Lynch H. \*Servicio de Gastroenterología del Hospital Italiano, Bs. As. †Servicio de Cirugía General, Hospital Italiano Bs. As. †Instituto de Ciencias Básicas y Medicina Experimental, Hospital Italiano Buenos Aires. †Sección de Oncología Hospital Italiano Bs. As. †Servicio de Cirugía del Hospital Provincial Dr. Rendón, Neuquén. †Clínica de la Asociación Española Socorros Mutuos, Comodoro Rivadavia. \*\*British Columbia Cancer Agency Vancouver, Canada. ††Creighton University School of Medicine, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** el CGDH se hereda en forma autonómica dominante. Su sospecha se basa en los antecedentes familiares y su confirmación requiere estudios moleculares. En 40% de las familias se logra identificar una mutación en el gen CDH1 (caderina-E). La identificación de la mutación patogénica permite además identificar entre los familiares, a los no portadores (con riesgo poblacional) y portadores (con riesgo aumentado). La prevención para estos últimos incluye la gastrectomía profiláctica o la vigilancia endoscópica con biopsias sistematizadas cada seis a 12 meses. **Objetivo:** presentar el caso de una familia con CGDH portadora de la mutación del gen CDH1. **Caso:** mujer de 28 años gastrectomizada por cáncer gástrico de tipo difuso intramucoso. Los antecedentes familiares demuestran un patrón de herencia autosómico dominante que incluye la afectación de su madre y tío materno fallecidos por cáncer gástrico de tipo difuso y un total de 10 afectados por cáncer gástrico en cinco generaciones (incluyendo las dos ramas familiares de sus abuelos maternos). Con sospecha de CGDH se comenzó un plan de vigilancia y se utilizó ADN purificado de la sangre de la paciente afectada para la secuenciación del gen CDH1, identificándose una mutación sin sentido ("non-sense") en la posición 1913 G > A (W637X) del exón 12. **Conclusión:** la recolección detallada de los antecedentes familiares permitió sospechar una entidad hereditaria muy poco frecuente. Los estudios moleculares confirmaron el diagnóstico lo que posibilitará la estimación del riesgo en los familiares consanguíneos en forma personalizada.

**SÍNDROME DE RAPUNZEL** (No. de trabajo: 321)

Rodríguez González C, Cervantes-Bustamante R, Montijo-Barrios E, Zarate-Mondragón F, Mata-Rivera N, Vargas M, Ramírez-Mayans JA. Instituto Nacional de Pediatría. México, D.F.

**Introducción/Objetivo:** el síndrome de Rapunzel es una forma rara de bezoar gástrico gigante con una cola que cruza el píloro y se extiende al intestino delgado. Puede estar formado de cabello (tricobezoar), fibras vegetales (fitobezoar) o sintéticas. La extensión de la cola del bezoar generalmente llega al duodeno pero pueden encontrarse en yeyuno o incluso en el colon. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: tricotilomanía, tricofagia, masa abdominal, pérdida de peso, dolor abdominal, obstrucción intestinal, malabsorción, anemia e hipoalbuminemia. Los pacientes tienen historia de problemas psiquiátricos. **Material y método:** (Reporte de caso) Femenino de 14 años de edad con

antecedente de tricofagia desde los ocho años, dolor abdominal de un año de evolución localizado en epigastrio, plenitud posprandial, hiporexia, así como palpación de tumoración en epigastrio e hipocondrio izquierdo y en los últimos dos meses, edema de miembros inferiores y pérdida de peso de 4 kg. Bioquímicamente con anemia e hipoalbuminemia. **Conclusión:** esta patología debe sospecharse en escolares y adolescentes del sexo femenino, con problemas psiquiátricos, retraso mental o pica. La presentación clínica puede ser completamente inespecífica, ocultándose el hecho de cursar con tricotilomanía y tricofagia. Sin embargo, la presencia de masa abdominal con tricotilomanía y edema en una adolescente con problemas emocionales nos obliga a pensar en esta patología. El método diagnóstico de elección es la endoscopia y en el tratamiento multidisciplinario (médico, quirúrgico y conductual) interviene un equipo integrado por el gastroenterólogo pediatra, cirugía pediátrica y salud mental. El pronóstico es bueno, sin embargo, un adecuado seguimiento es indispensable para evitar recaídas.

**MÉTODO PARA IDENTIFICAR GENOTIPOS DEL VIRUS DE HEPATITIS C (VHC), BASADO EN PCR-TIEMPO REAL Y ANÁLISIS DE CURVAS "MELTING"** (No. de trabajo: 331)

Sixtos Alonso MS, Domínguez LA, Gallegos Orozco GF, Sánchez Ávila JF, Vargas Vorácková F, Cruz Castellanos S, Uribe Esquivel M. INCMNSZ. México, D.F.

**Introducción.** el VHC presenta una alta variabilidad en su genoma. Se encuentra clasificado en seis genotipos y múltiples subtipos. En nuestro medio, el genotipo 1 es el de mayor prevalencia. En los últimos años se ha propuesto que la determinación del genotipo del VHC es un factor importante de predicción de respuesta al tratamiento antiviral con interferón pegilado y ribavirina, y es uno de los criterios para determinar la duración del mismo. Actualmente es parte de la evaluación pretratamiento de los pacientes con infección crónica por VHC. Se ha descrito una amplia variedad de métodos para genotipificar al VHC, mismos que por su complejidad técnica y costo limitan su uso en los laboratorios clínicos de rutina. Uno de los más empleados en la práctica clínica es el INNO-LiPA-HCVII, el cual es un ensayo de hibridación reversa en línea, emplea 19 sondas de secuencias específicas y con base en patrones de reacción se identifican los genotipos y subtipos del VHC. Nosotros proponemos un método que se basa en la amplificación una secuencia blanco de la región 5' no traducida (5'UTR) del genoma del VHC, PCR en tiempo real (PCR-TR) y análisis de curvas "melting" del producto obtenido, empleando un solo juego de sondas de transferencia de energía fluorescente por resonancia (FRET). **Objetivo:** implementar y validar un método basado en PCR-TR y análisis de curvas "melting" empleando un solo juego de sondas FRET, para genotipificar al VHC en muestras de suero de pacientes con infección crónica por virus C. **Material y métodos:** 50 pacientes con infección crónica por VHC. Se realizó extracción del RNA-VHC del suero de cada uno de los pacientes, síntesis de cDNA y amplificación por PCR-TR semianidada en sistema Light-Cycler v.2 de la secuencia blanco (6-329) de la región 5'UTR del VHC, los primers empleados fueron NAF1, NAR1 y NAR3. El producto final se analizó por curvas "melting" empleando un solo juego de sondas FRET, la sonda sensora estuvo dirigida a los nucleótidos 151-170 del VHC, diseñada para diferenciar los genotipos 1a/b, 2a/c, 2b y 3a. Se emplearon como controles muestras conocidas de los genotipos 1a, 1b, 2a/c, 2b, y 3a, así como un plásmido del genotipo 1b del VHC. El rango de temperatura para obtener las curvas de disociación para los controles y muestras fue de 40 a 80 °C. Los resultados se compararon con los obtenidos para las mismas muestras por el método de INNO-LiPA (Quest Diagnostics Nichols Institute). **Resultados:** de las 50 muestras de RNA-VHC amplificadas y analizadas por curvas "melting" se encontró que 27 (54%) correspondieron al genotipo 1, 9 (18%) al genotipo 2b, 8(16 %) al 2a/c y 6 (12%) al 3a. El promedio de la temperatura de disociación para cada uno de los genotipos fueron 65.2, 50.8, 58.4 y 49 °C para 1a/b, 2b, 2a/c y 3a, respectivamente, el límite de detección fue 50 UI/mL de RNA-VHC. Al comparar los resultados obtenidos por análisis de las curvas "melting" con los resultados de Quest Diagnostics Nichols Institute hubo

concordancia en 100% de los genotipos identificados. **Conclusiones:** el método basado en PCR-TR y análisis de curvas "melting" con el empleo de un juego único de sondas FRET es confiable y accesible para identificar los genotipos 1a/b, 2a/c 2b y 3a del VHC.

**CORRELACIÓN DE DOS MÉTODOS PARA LA CUANTIFICACIÓN DE RNA DEL VIRUS DE HEPATITIS C (VHC) Y SU IMPACTO EN EL DIAGNÓSTICO DE RESPUESTA VIRAL TEMPRANA (RVT) AL TRATAMIENTO CON PEGINTERFERÓN  $\alpha$ -2B Y RIBAVIRINA (RESULTADOS PRELIMINARES)** (No. de trabajo: 333)

Sixtos Alonso MS, Domínguez LA, Vargas Vorackova F, Sánchez Ávila JF, Gallegos Orozco JF, Cruz Castellanos S, Uribe Esquivel M. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

**Introducción:** el VHC causa daño hepático crónico, las principales complicaciones son el desarrollo de fibrosis, cirrosis y hepatocarcinoma. El interferón pegilado y la ribavirina es el tratamiento más empleado para la infección crónica por VHC. La carga viral (RNA-VHC) al inicio del tratamiento es un factor asociado con la respuesta al tratamiento, a títulos bajos es mayor la tasa de respuesta y mejor oportunidad de respuesta sostenida a largo plazo, evaluada a través de la normalización de alaninaminotransferasa y la no detección del VHC al término y seis meses posteriores al término de la terapia. Por otra parte, la disminución de la carga viral en  $\geq$  de 2 log a 12 semanas del tratamiento tiene valor pronóstico de respuesta sostenida y se define como respuesta viral temprana al tratamiento (RVT). Nuestro laboratorio propone un método para cuantificar el RNA-VHC basado en la amplificación de una secuencia blanco de la región 5' no traducida (5'UTR) por PCR- tiempo real (PCR-TR) en sistema Light Cycler v.2 en un rango de detección de 50 a 106 copias/ $\alpha$ l. **Objetivo:** implementar y validar un método basado en PCR-TR para la cuantificación del RNA-VHC empleando una curva estándar externa en un rango de detección de 50 a 106 copias/ $\alpha$ l. **Material y métodos:** se seleccionaron 25 pacientes con infección crónica por VHC en tratamiento antiviral con interferón pegilado  $\alpha$ 1537;2b y ribavirina. Se realizó la extracción del RNA-VHC de muestras suero tomadas a las 0 y 12 semanas de tratamiento. Se amplificó la secuencia blanco de 5'UTR por PCR-TR Light Cycler v.2 Se usaron los primers KY78s y KY80s y sondas de hibridación secuencia específica. Se construyó una curva estándar externa con un plásmido del genotipo 1b del VHC en un rango de 50 a 106 copias/ $\alpha$ l para determinar la cantidad de genoma VHC presente en las muestras. Se determinó la RVT de la población estudiada a las 12 semanas de tratamiento y los resultados obtenidos se compararon con un método de referencia (Quest Diagnostics Nichols Institute). Se determinó la correlación de Pearson entre ambos métodos, así como la sensibilidad, especificidad y valores predictivos para la detección de RVT. Los resultados se expresaron en media  $\pm$  desviación estándar o porcentajes (intervalos de confianza al 95%). **Resultados:** el promedio de la carga viral de las 50 muestras analizadas por nuestro método basado en PCR-TR en sistema LightCycler v.2 fue de  $4.3082 \pm 1.9481$  log (UI/mL), y por el método de referencia (Quest) fue de  $4.1098 \pm 1.8973$  log (UI/mL). La correlación de Pearson entre ambos métodos fue de 0.908. A 12 semanas de tratamiento, el método de LightCycler mostró, una sensibilidad del 90% (68-99%), especificidad de 100% (48-100%), valor predictivo positivo de 100% (81-100%) y valor predictivo negativo de 71% (29-96%) para la detección de RVT. **Conclusiones:** el método basado en PCR-TR desarrollado en nuestro laboratorio permite cuantificar el RNA-VHC en muestras de suero de pacientes con infección crónica por VHC y predecir la RVT al tratamiento en forma comparable con el método de Quest Diagnostics Nichols Institute: estos resultados serán confirmados en un número mayor de pacientes.

**REVISIÓN DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS DE LOS PACIENTES CON LINFANGIECTASIAS INTESITNALES CONGÉNITAS EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO** (No. de trabajo: 336)

Villalpando CS, Lepe I, García-Aranda JA, Valencia P. Hospital Infantil de México, México, D.F.

**Introducción:** la linfangiectasia intestinal (LI) es un síndrome bien definido que se caracteriza por hipogammaglobulinemia, edema, hipoalbuminemia, linfopenia, hipocalcemia y enteropatía perdedora de proteínas con una histología en donde se encuentran dilatación de los vasos linfáticos intestinales. **Metodología:** se realizó una revisión sistemática en forma retrospectiva de expedientes de los pacientes con diagnóstico de LI en un lapso de 15 años, en el periodo comprendido de 1990 al 2004. Se tomaron los siguientes datos: ficha de identificación, sexo, edad al inicio de los síntomas y al momento del diagnóstico, edema asimétrico de extremidades, diarrea persistente, dolor abdominal, vómito, la presencia de ascitis. Dentro de los exámenes de laboratorio y gabinete: hemoglobina, hematocrito, leucocitos con diferencial, plaquetas, calcio, albúmina sérica, inmunoglobulinas, albúmina marcada en heces y biopsia intestinal. **Resultados:** encontramos a nueve pacientes con LI de los cuales seis eran niños. La edad de inicio de los síntomas varió desde el periodo de recién nacido hasta los diez años; la edad al momento del diagnóstico tuvo un promedio de 28 meses con un intervalo de un mes a diez años; Los signos clínicos de presentación mas frecuentes fueron a) diarrea persistente en 77% de los pacientes, b) edema 55% en todos los pacientes que lo presentaron fue en extremidades inferiores en la mitad de ellos también era facial y solo uno lo presentó en hemicuerpo derecho, c) vómito intermitente en 44%, d) distensión abdominal 33% o, e) otros síntomas como dolores musculares tipo parestesias, dificultad respiratoria (secundaria a derrame pleural) y tos esporádica e intermitente los encontramos aislados en tres de los pacientes. Los hallazgos de laboratorio más importantes: linfopenia 100%, anemia 55%, hipocalcemia en 55% hipoalbuminemia 55%, tres pacientes cursaban de manera simultánea con hipocalcemia e hipoalbuminemia. De los cinco pacientes en que se reporto niveles de inmunoglobulinas, sólo tres cursaban con hipogammaglobulinemia al diagnóstico y dos pacientes cursaban con IgM en rangos por debajo de lo esperado. En seis pacientes se realizó determinación de albúmina marcada en heces presentaban pérdidas por arriba del rango normal, una media de 4.3% de pérdidas en 72 horas de recolección. Observamos que el porcentaje de afección por LI en la totalidad de la superficie de las biopsias obtenidas correspondía al 30% en dos de los casos que, sin embargo, mostraban una dilatación moderada con atrofia igualmente moderada. Tres de las biopsias mostraban más de 50% de afección del tejido estudiado. De éstos solamente un caso presentaba una dilatación de magnitud grave con atrofia grave. En un paciente se encontró afección linfangiectásica inclusive en la biopsia tomada del esófago. **Conclusiones:** encontramos predominio de sexo masculino (6/9), comparándolo con la literatura internacional es similar. La edad de presentación de los síntomas varió desde la edad perinatal hasta los diez años de edad pero la mayoría (7/9) inició en los primeros 24 meses, el tiempo que transcurrió para llegar a hacer el diagnóstico fue de un mes hasta 48 meses. Esto ejemplifica lo difícil que puede llegar a hacer el diagnóstico, dada la rareza de esta patología, constituyendo un reto para los médicos realizar su diagnóstico certero y oportuno. Las principales alteraciones de laboratorio fueron hipoalbuminemia, linfopenia, hipogammaglobulinemia e hipocalcemia.

**EXPERIENCIA DEL USO DE COLANGIORRESONANCIA EN PACIENTES CON ICTERICIA OBSTRUCTIVA** (No. de trabajo: 338)

\*Miranda Cordero RM, \*\*Vásquez MI, \*De Giau TL, \*González HS, \*\*\*Mondragón SR, \*\*\*\*Rosales SA, \*Treviño G-MN. \*Servicio de Gastroenterología, \*\*Radiología, \*\*\*Cirugía y \*\*\*\*Endoscopia. Centro Médico ISSEMyM. Metepec, Edo. de México.

**Introducción:** en la evaluación de los pacientes con ictericia obstructiva se han utilizado diferentes estudios diagnósticos: ultrasonido, tomografía helicoidal con/sin contraste de excreción biliar, colangiopancreatografía endoscópica, colangiografía transparietohepática y en los últimos años, la colangiorresonancia (CPRM). La CPRM es una técnica de imagen no invasiva que visualiza los líquidos estáticos o de movimiento muy lento que producen imágenes del árbol pancreatobiliar similares a las obtenidas por métodos invasivos. Revisando las series más grandes tiene una sensibilidad de 95% y una especificidad que alcanza

100%, sin embargo, debe considerarse que cualquier fluido corporal estático o con bajo flujo como ascitis, restan resolución al estudio. **Objetivo:** evaluar las indicaciones y resultados de CPRM en pacientes referidos por ictericia obstructiva. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo de marzo de 2003 a marzo del presente año, incluyendo a los pacientes referidos por sospecha de ictericia obstructiva. Los criterios de inclusión fueron: ictericia clínica,  $BT_3$  1.2 mg/dL,  $BD_3$  0.3 mg/dL,  $FA_3$  117U/L. Los pacientes fueron excluidos si no reúnan criterios de inclusión, claustrofobia, primer trimestre del embarazo, marcapasos o prótesis metálicas. A todos los pacientes se les realizó CPRM, previo ayuno de seis horas mediante secuencias potenciadas en T2. **Resultados:** se estudiaron un total de 96 pacientes, 57 (59.3%) del sexo femenino y 39 hombres (40.6%), con una edad media de 47.7 años. Se realizaron los siguientes diagnósticos: un 50% (n = 48) presentaban coledocolitiasis, 12 (12.5%) litiasis residual, ocho (8.3%) lesión de la vía biliar, siete (7.2%) cáncer de páncreas, seis (6.25%) ampuloma, cinco (5.2%) piocolecisto, cuatro (4.1%) colangiocarcinoma, cuatro (4.1%) quiste de colédoco, tumor de Klatskin dos (2%). Un 38.5% (n = 37) de los pacientes fueron sometidos a CPRE, mientras que en 37.5% fue obvio este procedimiento y recibieron tratamiento quirúrgico definitivo (76%). **Discusión:** la CPRM es un procedimiento no invasivo, de corta duración (15 minutos), que no utiliza contraste y que nos permite realizar un diagnóstico y un abordaje más adecuado (CPRE vs. cirugía) en los pacientes con ictericia obstructiva. Sin embargo, cuando se compara con métodos invasivos tiene como limitante la intervención terapéutica. Como está descrito por Soto, hasta 67% de los pacientes sometidos a CPRM requieren intervención endoscópica. Consideramos que la CPRM puede ser utilizada cuando la CPRE únicamente ha sido considerada como método diagnóstico obviando las complicaciones asociadas al procedimiento.

VALOR DEL MELD COMO FACTOR PRONÓSTICO DE RESANGRADO Y MUERTE EN PACIENTES CON SANGRADO VARICEAL (No. de trabajo: 339)

Flores Rendón AR, Mendoza Fuerte E, Maldonado Garza HJ, Castañeda Sepúlveda R, Mar Ruiz MA, Leal Salazar JA, González González JA. UANL Hospital Universitario. Monterrey, N.L. México.

**Introducción:** el MELD es un buen sistema predictivo de mortalidad en pacientes con hepatopatía crónica y se ha usado para pronóstico de otras patologías como hepatitis por alcohol y síndrome hepatorenal. La clasificación de Child Pugh ha sido ampliamente aceptada como factor pronóstico en pacientes con sangrado variceal (SVE). **Objetivo:** evaluar la utilidad del MELD como factor pronóstico para resangrado y muerte en pacientes con SVE. **Material y métodos:** en forma retrospectiva se revisaron todos los casos de SVE admitidos a nuestra institución de julio de 2003 a mayo de 2006. Se estudiaron los siguientes datos: edad, género, etiología de la hepatopatía, hemoglobina al ingreso y cada 24 horas, unidades de sangre transfundidas, hallazgos endoscópicos, MELD y Child Pugh al ingreso, mortalidad y resangrado durante el internamiento, los cuales se definieron según los criterios de Baveno IV. Todos los pacientes fueron tratados con ligadura. El análisis estadístico se realizó con prueba T y Ji cuadrada con análisis independiente para muerte y resangrado. Se realizaron curvas ROC tomándose como significativo un error menor al 5% y un área bajo la curva mayor a 80%. Se determinó la sensibilidad (S), especificidad (E), exactitud (Ex), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) del MELD y Child-Pugh para resangrado y muerte. **Resultados:** 212 pacientes con SVE, H/M 145/67, edad promedio 53 años, Child Pugh A: 38, B: 108 y C: 66 pacientes, MELD < 20/> 20 163/49. No se observaron diferencias significativas en antecedentes, etiología, hallazgos endoscópicos. Resangraron 15 pacientes (7%), Child Pugh A:1, B:7, C:7 de los cuales tenían MELD < 20:5 y > 20:10, fallecieron 9/15 (60%). En resangrado la curva ROC demostró como mejor punto de corte un MELD > 20, con área bajo la curva 0.67 (IC95% 0.48-0.87) (p = 0.022). S: 66.6%, E: 88.2 %, Ex: 79.2 %, VPP: 20 %, VPN: 96.9%, en comparación con los pacientes Child Pugh C encontramos una S: 46.6%, E: 70%, Ex: 68%, VPP: 11.1% y VPN: 94.5%. La morta-

lidad global fue de 17 pacientes (8%), Child Pugh A: 0, B: 3 y C: 14, MELD < 20:2 y > 20:15. Curvas ROC para muerte mejor punto de corte 23 con un área bajo la curva de 0.88 (IC95% 0.77-0.99) (p = < 0.001) con una S: 88%, E: 89%, Ex: 89%, VPP: 41.6% y VPN: 98.8%, en comparación con el grupo Child Pugh C, el cual demostró una S:82.3%, E:73.3%, Ex:74%, VPP:21.2% y VPN:97.9%. **Conclusiones:** en nuestro grupo de pacientes la escala de MELD es superior a la clasificación de Child Pugh para predecir mortalidad y no para resangrado intrahospitalario.

LINFANGIOMA HEPÁTICO. REPORTE DE UN CASO (No. de trabajo: 343) Hernández N, Venegas J, Sierra R, Altamirano T, Montesinos MA, Xochipostequi G, Popoca U, Zapata L, Flores Miranda JR, García E. Hospital Juárez de México. México, D.F.

**Introducción:** el linfangioma hepático es una neoplasia benigna extremadamente rara, caracterizada por dilatación quística de los vasos linfáticos en el parénquima hepático. Generalmente asociadas con linfangiomas en otras vísceras, siendo aún menos frecuente que sea único. Puede crecer lentamente y manifestarse con datos de compresión, no específicos, dolor abdominal, elevación de transaminasas, ictericia e incluso datos de falla hepática. **Reporte de caso:** femenino de 52 años de edad, sin antecedentes de importancia. Acude por cuadro clínico de un año de evolución, caracterizado por incremento progresivo del perímetro abdominal, acompañado de dolor en hipocondrio derecho de moderada intensidad, tipo pesantez, y plenitud posprandial. Dejado a libre evolución con exacerbación de la sintomatología 15 días previos a su ingreso, acompañado de ictericia, coluria, no fiebre ni pérdida de peso. Al examen físico ictericia, hepatomegalia de 12-10-10 en líneas convencionales, bordes regular, consistencia blanda, puño percusión negativa. Biometría hemática sin alteraciones, química sanguínea con AST 1919 U/l, ALT 1105 u/l, ALP 244 u/l, GGT 658 u/l, DHL 900 u/l, BT 19.4 mg/dL, BD 14.1 u/l, albúmina 3.28. Alfabetoproteína normal. USG hepático donde se evidencia lesión heterogénea hipocóica con ecos difusos y bordes parcialmente definidos, que produce efecto de masa sobre el resto del parénquima, localizado en lóbulo hepático izquierdo segmentos I, II, III, IV, con dimensiones de 89x87x87 cm. TAC abdominal con hígado heterogéneo, múltiples imágenes hipodensas con realce hiperdenso subcapsular del lóbulo hepático izquierdo dimensiones de 111 por 92 mm, no se evidenciaron lesiones a otro nivel. Se realiza biopsia hepática guiada por fluoroscopia. Microscopía: se identifica parénquima hepático que se interrumpe delimitadamente por lesión neoplásica benigna, caracterizada por canales vasculares linfáticos, irregulares, medianos a pequeños, con núcleos alargados que hacen prominencia hacia la luz, la cual carece de eritrocitos y se encuentran proliferando entre finas bandas de tejido conectivo con escasos linfocitos compatible con Linfangioma. **Conclusiones:** los linfangiomas generalmente se observan en niños y adolescentes. Involucran más frecuentemente cabeza, cuello, seguido de extremidades, tronco o región intraabdominal en orden decreciente. Menos de 5% de los linfangiomas involucran abdomen (bazo, hígado, intestino), mediastino, escroto y hueso. El tratamiento es controversial a causa de probabilidad de regresión espontánea, aun que esta última es poco común. La escisión quirúrgica es recomendada al momento del diagnóstico si presenta datos de infección, hemorragia, y/o deterioro de la función hepática. La paciente se consideró tributario de manejo quirúrgico y se encuentra en espera del mismo. A pesar de ser poco común la presentación abdominal se debe tener en cuenta, al momento de hacer diagnóstico de lesiones hepáticas benignas.

SÍNDROME DE MALA NUTRICIÓN EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE REFERENCIA: ¿TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO? (No. de trabajo: 347)

\*\*\*Larrosa-Haro A, \*\*\*Macías-Rosales R, \*\*Vásquez-Garibay E, \*\*\*Hurtado-López E, \*Rojo-Chávez M, \*Munguía-Bórquez E, \*Bernal A, \*Zepeda C, \*Romo H. \*Servicio de Gastroenterología y Nutrición, UMAE Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Guadalajara, Jalisco, México. \*Instituto de Nutrición Humana, Universidad de Guadalajara. \*\*\*Universidad del Valle de Atemajac. Guadalajara, Jalisco, México.

**Introducción:** la desnutrición secundaria ha constituido el principal problema nutricional en los hospitales pediátricos de referencia en las últimas tres décadas. Sin embargo, la epidemia global de obesidad parece cambiar este escenario y condicionar una transición epidemiológica. **Objetivo:** evaluar el estado nutricional de pacientes pediátricos atendidos en un hospital pediátrico de referencia. **Material y métodos:** diseño: transversal analítico. N = 641, selección de una muestra aleatoria del universo de Consulta Externa y hospitalización en un periodo de seis meses. Antropometría: talla para la edad (T/E), peso para la talla (P/T) y circunferencia media del brazo para la edad (CMB/E); instrumentos y técnicas antropométricas convencionales; patrón de referencia de la NCHS. Criterio de normalidad: -2 a +2 DE (OMS). Estadística: descriptiva: t de Student,  $\chi^2$ , OR, IC, Fisher. **Resultados:** a) T/E < -2DE: 17% de grupo total: los grupos etáreos con una mayor proporción de desnutrición crónica fueron los lactantes (31.8%) y los adolescentes (16.5%). El riesgo de retraso en el crecimiento fue significativamente mayor en lactantes al compararlos con los otros grupos etáreos. OR de lactantes vs. escolares: 4.3 (IC: 2.1 a 8.8). b) P/T < -2DE: 7.7% del grupo total. La frecuencia más alta de desnutrición aguda ocurrió en lactantes (10.9%) y preescolares (9%). OR de lactantes vs. escolares fue de 3.1 (IC 1.04-9.5). c) CMB/E < -2DE: 21.2% de grupo total. La frecuencia más alta de retraso en el crecimiento fue identificada en adolescentes (23.7%) y lactantes (20.4%); OR de adolescentes vs. escolares = 3.2 (IC 1.2 -8.6). d) P/T > + 2 DE: 12.9% del grupo total. Las frecuencias más altas de obesidad se identificaron en escolares (18.8%) y adolescentes (20%). El OR de adolescentes vs. preescolares fue 3.4 (IC: 1.7 a 7), p < 0.001; OR de adolescentes vs. lactantes fue de 6.4 (IC: 2.1 a 22); p < 0.001. **Conclusiones:** la frecuencia de desnutrición encontrada es menor a la reportada en hospitales pediátricos de tercer nivel en las últimas tres décadas. El retraso en el crecimiento fue 2.2 veces más frecuente que el de la desnutrición aguda, lo cual establece una diferencia en la proporción del tipo de desnutrición respecto a publicaciones previas en que predominaba la desnutrición aguda. La CMB/E incrementó 2.7 veces la identificación de casos < -2 DE. La proporción de obesidad equipara la de desnutrición y no ha sido reportada en otros estudios hospitalarios. Los casos encontrados con obesidad probablemente reflejan la epidemia nacional y global de este componente del síndrome de mala nutrición.

**DESNUTRICIÓN SECUNDARIA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE REFERENCIA (No. de trabajo: 349)**

\*\*\*Larrosa-Haro A, \*Macías-Rosales R, \*Hurtado-López E, \*Cámara-López M, \*Rodríguez-Anguiano K, \*\*\*Luna-Pech A. \*Servicio de Gastroenterología y Nutrición, UMAE Hospital de Pediatría, Guadalajara, Jalisco. \*\*Instituto de Nutrición Humana, Universidad de Guadalajara. \*\*\*Universidad del Valle de Atemajac, Guadalajara, Jalisco, México.

**Introducción:** los mecanismos de desnutrición secundaria en pacientes con enfermedades hepáticas, del páncreas y del intestino incluyen: disminución en la ingestión, alteración en la digestión, malabsorción, pérdidas anormales y alteración del metabolismo intermedio. Los niños con enfermedades gastrointestinales son susceptibles a tener un retardo en el crecimiento y desnutrición. **Objetivo:** evaluar el estado de nutrición en una muestra de pacientes pediátricos con enfermedades gastrointestinales, páncreas e hígado y establecer factores de riesgo asociados a características demográficas y clínicas. **Material y métodos:** diseño: transversal analítico. N = 256, selección aleatoria de pacientes hospitalizados y de Consulta Externa en un periodo de tres meses. Edad: 1 a 198 meses (promedio de edad: 74.4 meses), 51.2% correspondieron al género femenino. Antropometría: puntuación z de la talla para la edad y del peso para la talla, técnicas e instrumentos antropométricos convencionales. Patrón de referencia: NCHS. Criterios de normalidad -2 a +2 desviaciones estándar. Análisis por grupos de edad y diagnósticos. Estadística: descriptiva;  $\chi^2$ , OR, IC. **Resultados:** la talla para la edad < -2DE se identificó en 19.9% de la muestra total (lactantes 31.4%; preescolares 21.2%; escolares 10.9% y adolescentes 18.6%). El retraso en el crecimiento fue sig-

nificativamente más alto en lactantes que en los otros grupos etáreos (OR de lactantes vs. escolares = 3.9, IC = 1.6 a 9.8). El retraso en el crecimiento se encontró en los pacientes con enfermedades hepáticas (21%), diarrea persistente (16.3%) y enfermedad de reflujo gastroesofágico asociado a enfermedad pulmonar crónica (14.8%). En casos con constipación (n = 24) y pancreatitis (n = 16) no se demostró retraso en el crecimiento. Dos pacientes con dolor abdominal recurrente tuvieron talla < -2DE. El peso para la talla < -2 DE fue detectado en 16.6% de la muestra total: lactantes 44.7%; preescolares 9%; escolares 2.5% y adolescentes 12.8%. El OR de lactantes vs. Escolares = 31.6 y el OR de lactantes vs. Adolescentes = 5.5. La desnutrición aguda se asoció a enfermedad hepática (20.7%), diarrea persistente (15.8%) y enfermedad de reflujo gastroesofágico asociado a cardiopatía y enfermedad pulmonar crónica (14.7%). Se identificó desnutrición aguda en dos casos con dolor abdominal recurrente (n = 22), en 2 con constipación (n = 18) y en un caso con pancreatitis. **Conclusiones:** la proporción de desnutrición secundaria aguda o crónica en la muestra estudiada implica a la quinta parte de los casos estudiados. El riesgo de desnutrición fue más alto en lactantes y adolescentes probablemente por corresponder a un periodo de crecimiento acelerado. Los diagnósticos con probabilidad alta de presentar desnutrición secundaria aguda y/o crónica fueron enfermedad hepática crónica, diarrea persistente y enfermedad de reflujo gastroesofágico complicado; los diagnósticos con probabilidad baja de presentar desnutrición fueron pancreatitis aguda, dolor abdominal recurrente y constipación.

**PANCREATITIS AGUDA Y RECURRENTE. INCREMENTO EN LA INCIDENCIA. PANCREATITIS COMO UN SÍNDROME EMERGENTE (No. de trabajo: 351)**

\*\*Larrosa-Haro A, \*\*\*Sánchez-Ramírez C, \*\*Villa-Gómez A, \*Macías-Rosales R, \*Martínez-Punete E. \*Servicio Gastroenterología y Nutrición. UMAE Hospital de Pediatría; Centro de Investigación Biomédica de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco, México. \*\*Instituto de Nutrición Humana, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

**Introducción:** la incidencia de pancreatitis aguda (PA) en las últimas dos décadas tiende a incrementar, siendo paralelo el incremento en la prevalencia de pancreatitis recurrente (PR), lo cual en ocasiones se convierte en pancreatitis crónica en la etapa adulta. **Objetivo:** reportar la incidencia de PA, así como describir los factores asociados y características clínicas en una serie de niños con PR. **Material y métodos:** diseño: retrospectivo. Sede: UMAE Hospital de Pediatría IMSS. Variables: clínicas, demográficas, hallazgos endoscópicos, estudios de imagen y factores asociados. Estadística: promedios, desviación estándar, t de Student y  $\chi^2$ . **Resultados:** la incidencia de pancreatitis aguda por 100 ingresos/año está reportada en el cuadro (p < 0.001).

Años	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Inc	0.4	0	2.5	4.1	6.2	5.3

PR. n = 19. Edad promedio 10.9 años, 57.9% sexo femenino. Recaídas: 52 (15 pacientes tuvieron de dos a cuatro recaídas; 4 pacientes tuvieron de 5-12 recaídas). Tiempo promedio de recaída: 218 días. Primer episodio: edematoso (73.8%), hemorrágico (26.3%). Cuadro clínico: dolor abdominal (100%), vómitos (68.4%), íleo (52.6%), fiebre (10.5%) e ictericia (5.3%). Factores asociados: historia familiar (26.3%), *pancreas divisum* (15.8%), hipercalcemia (10.5%), litiasis (10.5%), ingestión de fármacos (10.5%), hiperlipidemia tipo 1 (5.3%), mutación DF508 (5.3%), insuficiencia renal (5.3%) y trasplante renal (5.3%). 21.1% (4/19) tuvieron dos o más factores asociados y 21.1% (4/19) fueron clasificados idiopáticos. En 14 pacientes se realizó conlangiografía retrógrada endoscópica, la cual mostró *pancreas divisum* (n = 3), microlitiasis en vesícula o colédoco (n = 2), Wirsung, conducto secundario irregular con segmentos dilatados (n = 5). En seis pacientes se realizó colangio-

resonancia confirmándose la presencia de páncreas divisum en tres pacientes y conducto pancreático tortuoso en un paciente. **Conclusiones:** la pancreatitis aguda ha incrementado casi 13 veces en un periodo de 15 años. Esto se ha reportado en otros hospitales pediátricos de referencia y pudiera no reflejar el incremento actual en la población pediátrica. Un tercio de los casos de PA se convirtieron en PR. Los factores asociados descritos en los casos de PR son similares a los descritos en otras series: anomalías anatómicas del páncreas y de los conductos biliares; alteraciones metabólicas y mutaciones.

ESTADO NUTRICIO DEL HIERRO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON GASTRITIS ASOCIADA A INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* (No. de trabajo: 352)

\*\*\*\*Larrosa-Haro A, \*\*García-Salazar O, \*\*\*\*Romero-Velarde E, \*Bojórquez-Ramos C, \*\*Aguilar-Luna C, \*\*\*Flores-Márquez M, \*Macías-Rosales R. \*Servicio Gastroenterología y Nutrición. \*\*Servicio de Hematología, UMAE Hospital de Pediatría. \*\*\*Departamento de Anatomía Patológica, UMAE Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. \*\*\*\*Instituto de Nutrición Humana, Universidad de Guadalajara. México.

**Introducción:** se ha demostrado asociación entre infección por *Helicobacter pylori* y deficiencia de hierro en niños con anemia refractaria. Los mecanismos de esta deficiencia nutricia no están claros. **Objetivo:** evaluar el estado nutricional de hierro en niños con dolor abdominal recurrente (DAR) y gastritis asociada a infección por *Helicobacter pylori* (HP). **Material y métodos:** diseño: transversal analítico. Criterios de inclusión: niños de seis a 15 años, dolor abdominal recurrente y diagnóstico histológico de gastritis. Muestreo: Casos consecutivos con dolor abdominal recurrente en un periodo de dos años (2004-2005). Variable dependiente: estado nutricional del hierro (biometría hemática completa, ferritina, hierro sérico, transferrina, porcentaje de saturación y capacidad total de fijación del hierro). Variables independientes: gastritis asociada y no asociada a infección por *Helicobacter pylori*. Protocolo: panendoscopia y biopsias del estómago como parte del estudio de niños con DAR (criterios de Dixon). **Resultados:** n = 63, promedio de edad 9.9 años. 30.2% tuvieron infección HP y 69.8% no la tuvieron. 26% de los casos con gastritis + HP presentaron anemia, lo que no ocurrió en ningún caso con gastritis no asociada a HP (p = 0.001). En 21% de los casos con HP se identificaron valores bajos de volumen corpuscular medio (VCM), concentración media de hemoglobina (CMH), hemoglobina corpuscular media (HCM) y concentración media de hemoglobina corpuscular (CMHC), lo que no ocurrió en los casos sin infección por HP (p = 0.04). 31.5% de casos con HP tuvieron valores bajos de ferritina vs. ninguno del grupo control (p = 0.002). No se observaron diferencias en hierro sérico, saturación y capacidad de captación de hierro. **Conclusiones:** en una quinta a una cuarta parte de los casos con HP se identificó indicadores de deficiencia de hierro, lo que puede ser otro argumento del carácter patógeno de esta bacteria. Este hallazgo trae a la discusión otra posible indicación de tratamiento de erradicación. Dado que la deficiencia de Fe ocupa los primeros lugares dentro de los problemas nutricionales en nuestro país y la alta prevalencia de esta infección, se debe de considerar la valoración de esta asociación como parte de este problema nutricional.

LA UTILIDAD DE LOS CUESTIONARIOS CLÍNICOS Y DE PRUEBA TERAPÉUTICA EN LA EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO EROSIVO (No. de trabajo: 353)

Villanueva Carreto MA, Gallegos PV, Vázquez Nava F. IMSS. Tampico, Tam. México.

**Introducción:** Carlsson y cols. han propuesto un cuestionario descriptivo para identificar personas con enfermedad por reflujo, con una sensibilidad de 70%, aunque la especificidad es de 46% para enfermedad por reflujo erosivo, otro de los cuestionarios propuestos es el de Johnson con una probabilidad de enfermedad erosiva de 85%. La endoscopia es el mejor método para evaluar daño a la mucosa, sin embargo, más de 50% de los pacientes presenta endoscopia normal. **Objetivos:** determinar si los cuestionarios de Carlsson o de Johnson son más útiles para

identificar la enfermedad por reflujo erosivo que la prueba terapéutica de inhibidor de bomba de protones a dosis altas. **Material y métodos:** se calculó un tamaño de la muestra para una IC 95% a una muestra de 36 pacientes, se elegían a aquellos individuos que serían sometidos a endoscopia al azar del primero de septiembre 2005 hasta el 31 de marzo de 2006 hasta completar la muestra, antes de realizar endoscopia se les efectuaban los dos cuestionarios y una prueba terapéutica con inhibidor de bomba (omeprazol 20 mg cada 12 horas por dos semanas previas a la endoscopia), para su análisis se dividieron en tres grupos, el grupo de Carlsson, el de Johnson y el de IBP. El método estadístico para demostrar que los cuestionarios de Carlsson y Johnson son superiores a la prueba terapéutica, será una prueba de análisis de varianza de muestras dicotómicas de Kruskal Wallis. Para establecer relación entre los tres métodos con una p < 0.05, y, segundo, el que tenga mayor rango es el mejor de los tres métodos. **Resultados:** la muestra fue de 98 pacientes, cuyas edades varían de cinco a 76 años con un  $\bar{X}$  de 47.66 del sexo femenino y 32 del sexo masculino. Resultaron positivos para la prueba de Johnson 36, pero sólo ocho tenían esofagitis erosiva (24%), Carlsson, positivos, 60, pero sólo 14 con erosión (23%) y con la prueba terapéutica 50 positivos, pero sólo 13 con erosión (26%). Al realizar la prueba de Kruskal Wallis la p = 0.187 p = 0.174. **Conclusiones:** ninguna de las pruebas demostró ser estadísticamente significativa para predecir enfermedad por reflujo erosivo. Ni los cuestionarios clínicos ni la prueba terapéutica fueron útiles como herramienta diagnóstica para la enfermedad por reflujo erosivo.

EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS (No. de trabajo: 354)

Belkotosky Villa S, Mora-Guerrero S, Frías-Aguirre Y, Pérez-Manauta J, Vinageras-Barroso J, Zárate-Osorio A. Hospital Español de México. México, D.F.

**Introducción:** el cáncer colorrectal es la segunda causa de mortalidad en hombres y mujeres en Estados Unidos, en Europa y otros países con estilo de vida y hábitos dietéticos similares. La incidencia es muy alta en países desarrollados como EU y Australia, intermedio en Europa y baja en regiones asiáticas. Ésta se ha ido incrementando en los últimos años y esto posiblemente se deba a cambios en el estilo de vida y hábitos dietéticos. Este aumento en la incidencia se ha observado en nuestra población. Por tal motivo se realiza un estudio epidemiológico de 10 años en el Hospital Español de México. **Objetivo general:** analizar la incidencia y el comportamiento epidemiológico del cáncer colorrectal en el Hospital Español de México. **Material y métodos:** se analizan 260 expedientes de pacientes con diagnóstico de neoplasias colorrectales, recopilando los siguientes datos: edad, sexo, localización de tumor y reporte de histopatología. Lugar de referencia: Servicio de Gastroenterología y Patología del Hospital Español de México. Tipo de investigación: serie de casos. Características del trabajo: descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo. Periodo de intervención: enero de 1996 a diciembre de 2005. **Metodología:** se revisaron los expedientes de los pacientes a los que se diagnosticó neoplasia colorrectal por estudios de colonoscopia, gabinete e histopatología. **Resultados:** las edades tuvieron como valor mínimo 17 años y máximo de 95 años, con una media de 69.2 años, mediana de 71 y desviación estándar de 13.17; 47% sexo masculino y 53% de sexo femenino. Localización: colon ascendente 33%, colon transverso 5%, colon descendente 15% y rectosigmoides 47%. Histopatología: adenocarcinoma bien diferenciado 55%, moderadamente diferenciado 35%, poco diferenciado 3%, linfoma no Hodgkin 2%, tumores neuroendocrinos 5%, GIST un caso. **Conclusiones:** 1. Este estudio no obtuvo diferencia de género para la presentación de cáncer colorrectal. 2. El sitio de localización de tumor fue más común en rectosigmoides, lo que da la oportunidad de diagnóstico temprano y curación. Seguido por la localización en colon ascendente. 3. El tipo histológico que se encontró con mayor frecuencia fue el adenocarcinoma bien diferenciado, confiriendo un mejor pronóstico a estos pacientes. 4. El conjunto de la predisposición genética y la exposición a factores ambientales y

protectores, entre ellos componentes nutricionales, determinan la susceptibilidad para el desarrollo y localización del cáncer colorrectal.

ENFERMEDAD AGUDA INJERTO CONTRA HUÉSPED EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL: REPORTE DE UN CASO (No. de trabajo: 360) Frías AY, De Ariño SM, García Menéndez A, Pérez Manauta J, Naves González J, Vinageras BJ, Zarate OA. Hospital Español de México. México, D.F.

**Introducción:** se desarrolla en 30-50% de los receptores, manifestándose clínicamente dentro de los 100 días posteriores al trasplante; siendo localizadas en el tracto gastrointestinal las lesiones más frecuentes y agresivas en fleon distal y colon proximal. El cuadro clínico se caracteriza por: anorexia, náusea, vómito, diarrea acuosa (secretora voluminosa), dolor abdominal (calambres, fleo) y sangrado gastrointestinal. Dentro de los 20-25 días postrasplante el diagnóstico diferencial incluye: toxicidad por quimiorradiación e infecciones oportunistas del intestino. Endoscópicamente: mucosa eritematosa y con edema, hasta enterocolitis con franca ulceración y denudación. **Caso clínico:** paciente sexo femenino de 57 años de edad, con los siguientes antecedentes 07/07/05 se ingresa por trombocitopenia severa, se realiza aspirado de médula ósea reportándose leucemia aguda, probablemente mieloblástica. LMA M4 FAB, inicia quimioterapia sin buena respuesta, el día 16/12/05 se realiza trasplante de médula ósea. Se presentó a Urgencias al día 52 postrasplante, con febrícula, malestar general y evacuaciones líquidas, de seis a siete al día sin moco o sangre, acompañadas de náusea sin llegar al vómito. Exploración física, signos vitales T/A: 80/60 mm Hg FC: 104X' FR: 26X' Temp: 37.2 °C. Palidez de tegumentos, taquipnea, deshidratación de mucosas, abdomen globoso a expensas de distensión abdominal, peristalsis aumentada en frecuencia, timpánico con dolor a la palpación de marco cólico. Sin datos de irritación peritoneal. Leu 6100 mm<sup>3</sup>, Hgb10 g/dL, Plt 165, Neu4.9, Li.7; moderada elevación de TGP y GGT, Cr .85. Coprocultivo y urocultivo negativos. El 12/02/06 se presenta estado de shock, marcada acidosis metabólica de anión Gap alto con lactato elevado y en anuria; sin evidencia de sangrado o fiebre. Ingres a UTI. El 15/02/06 interconsulta a gastroenterología: inestable hemodinámicamente. Abdomen con fleo, con gran cantidad de líquido en interior de asas intestinales, evacuaciones líquidas con volumen de 600cc en 24 horas que llegó a incrementarse hasta 3,000cc en 24 horas. El 17/02/06 estable hemodinámicamente se realiza endoscopia y colonoscopia encontrándose: Marcada inflamación en duodeno y algunas ulceraciones en ciego. Se toman biopsias de intestino delgado y colon: ulceración extensa de mucosa con escasas criptas conservadas; la mayoría están "explotadas" con desechos celulares carioreticos en la luz de las mismas. Múltiples células apoptóticas, las cuales también están en el epitelio de superficie. *Lamina propria* con infiltrado linfocítico leve. Inmunohistoquímica para CMV negativa. Coprocultivo: *P. aeruginosa* y coproparasitoscópico negativo, PCR para CMV: no detectado y toxina A y B para *Clostridium difficile* negativas. Clínicamente con desnutrición severa, mala distribución de líquidos. Aunque la función respiratoria y cardiovascular permanecen estables, sin datos de afección hepática o en piel. Manejo, cobertura antibiótica: meropenem, metronidazol y voriconazol como profilaxis. Anticuerpos monoclonales contra FNT-alfa y contra IL-2 junto a la metilprednisolona en bolos de 500 mg tres días a partir del 13/02/06, y posteriormente 2 mg/kg/día (120 mg diarios). Tacrolimus 0.03 mg/kg/día IV para reforzar efecto de anticuerpos monoclonales y disminuir volumen de evacuaciones. El 02/03/06 presenta hipotensión refractaria a tratamiento, disfunción ventricular que determina su defunción. **Comentario:** el trasplante de médula ósea se practica cada vez con más frecuencia y es necesario que el gastroenterólogo conozca que los rechazos involucran de forma importante al tracto gastrointestinal para ofrecer un tratamiento oportuno a este tipo de pacientes. Considerando el tiempo posterior al trasplante cuando se presentan los síntomas y sobre todo realizar los estudios endoscópicos de manera y en el tiempo adecuados, ya que los cambios son idénticos inmediatamente después del trasplante llevando al sobrediagnóstico de la enfermedad injerto contra huésped.

ANÁLISIS DE SÍNTOMAS POSTOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A FUNDUPPLICATURA TIPO NISSEN EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO (No. de trabajo: 362) Lozoya González D, Frías Aguirre Y, López Olivera J, Pérez Manauta J, Naves González J. Hospital Español de México. México, D.F.

**Introducción:** en la actualidad las indicaciones para llevar a cabo la cirugía antirreflujo están establecidas; sin embargo, continúan siendo motivo de discusión los detalles técnicos para obtener buenos resultados. El objetivo principal radica en reestablecer la competencia del cardias, mejorando mecánicamente su función, mientras se preserva la capacidad de deglutir con normalidad, aliviar la distensión gaseosa y vomitar cuando es necesario. Así, el éxito o el fracaso de este procedimiento podrá evaluarse con base en la mejoría, persistencia, agravamiento de la sintomatología previa o la aparición de nuevas molestias; además de la necesidad de continuar o no con tratamiento médico. Debido al constante aumento de paciente que se someten a este procedimiento es menester conocer los problemas postoperatorios a los que se enfrentará el gastroenterólogo, con el fin de brindar un mejor manejo a esta población. **Objetivo general:** analizar y conocer la incidencia y sintomatología más frecuente posterior a la funduplicatura tipo Nissen en pacientes del Hospital Español de México. **Material y método:** se revisaron 100 expedientes de pacientes sometidos a Funduplicatura tipo Nissen como método antirreflujo recopilando los siguientes datos: sexo, edad, sintomatología previa al evento quirúrgico, tiempo de sintomatología previo a la cirugía, síntomas postoperatorios y tratamiento médico actual. Lugar de referencia: Servicio de Gastroenterología del Hospital Español de México. Tipo de investigación: serie de casos. Características del trabajo: descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo. Periodo de intervención: enero de 2003 a diciembre de 2005. **Metodología:** se revisaron los expedientes de pacientes sometidos a funduplicatura tipo Nissen y posteriormente se realizó entrevista telefónica con cada uno de ellos, evaluando la sintomatología postoperatoria y la consideración personal acerca del beneficio de la cirugía. **Resultados:** 59 de los pacientes fueron sexo femenino y 41 del sexo masculino. Las edades tuvieron como valor mínimo 19 años y máximo de 84 años con media de 51 años. Los tres síntomas preoperatorios que más prevalecieron entre estos pacientes fueron: reflujo, en primer lugar, reportado por 70 pacientes; 60 pacientes refirieron pirosis; y dolor en epigastrio, en tercer lugar, reportado por 47 pacientes. Otros síntomas fueron náuseas, dolor torácico no cardíaco y vómito. El tiempo de sintomatología preoperatorio fue de un año o menos en 62% de los casos, más de tres años 17%, de dos años en 12% y de tres años en 9%. 53 pacientes se reportaron asintomáticos posterior a la cirugía, 19 continuaban con pirosis y 17 con disfagia ocasional, 11 continuaban con reflujo, 10 con incapacidad para eructar, nueve con incapacidad para vomitar, y cinco refirieron distensión abdominal. 69 pacientes se encontraban sin tratamiento en el momento de la entrevista, 31 continuaban con inhibidores de la bomba de protones, seis con procinéticos y tres con bloqueadores H2. 72 pacientes reportaron beneficio con la cirugía antirreflujo, 22 de ellos poco beneficio y sólo seis no reportaron beneficio alguno. **Conclusiones:** en este estudio no se observó una diferencia de género significativa. El reflujo fue el síntoma que más prevaleció en los pacientes para llevarlos a someterse a tratamiento quirúrgico. El tiempo de sintomatología previa al evento quirúrgico en su mayoría fue de menos de un año. La mitad de los pacientes sometidos a funduplicatura tipo Nissen se reportaron asintomáticos al momento de la entrevista, y la otra mitad reportaron sintomatología ocasional; siendo más importante la pirosis seguida de disfagia ocasional. La cirugía antirreflujo en el Hospital Español resolvió la problemática en la mayoría de los pacientes sometidos a ella y los pacientes no necesitaron de tratamiento médico posterior a la funduplicatura.

FRECUENCIA DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO PATOLÓGICO EN NIÑOS CON VÁRICES ESOFÁGICAS (No. de trabajo: 363) Bacarreza Nogales D, Cervantes Bustamante R, Menéndez Sandoval F, Sánchez Pérez MP, Mata Rivera N, Zárate Mondragón F, Montijo Barrios E, Ramírez Mayans JA. Instituto Nacional de Pediatría. México, D.F.

**Introducción:** las várices esofágicas se presentan en 80-97% de los niños con hipertensión portal. Estudios realizados en adultos, sugieren que la presencia de várices esofágicas pueden provocar alteraciones de la motilidad y del aclaramiento esofágico, así como de la presión del esfínter esofágico inferior y por lo tanto mayor riesgo de presentar reflujo gastroesofágico patológico (RGE). La frecuencia de RGE en la población pediátrica es de 8-10%. **Objetivo:** conocer la frecuencia de reflujo gastroesofágico patológico en niños con diagnóstico de hepatopatía crónica y/o sospecha de várices esofágicas de cualquier otra etiología.

**Material y método:** se efectuó un estudio prospectivo, transversal, comparativo y observacional en 50 niños que acudieron al Servicio de Gastroenterología y Nutrición del Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud, con diagnóstico de hepatopatía crónica y/o sospecha de várices esofágicas de cualquier otra etiología, con edad comprendida entre tres meses a 18 años, género indistinto. Durante el período de julio de 2003 a diciembre de 2005. A todos ellos se les efectuó endoscopia alta para la detección de várices esofágicas y de acuerdo con el resultado se dividieron en dos grupos. Grupo I: niños con várices esofágicas, Grupo II: niños sin várices esofágicas. A todos se les efectuó pHmetría intraesofágica de 24 horas con un equipo Digitrapper. Se comprobó mediante radiografía PA de tórax que el sensor estuviera 3 centímetros por arriba de la unión esofagogástrica. El resultado se consideró positivo para RGE cuando se cumplieron cuando menos dos de los criterios de Boyle. Se excluyeron del estudio a todo paciente con diagnóstico clínico de daño neurológico, antecedente de escleroterapia y/o ligadura de várices esofágicas y con tratamiento previo de al menos una semana con inhibidores de bomba de protones, bloqueadores H2 y/o procinéticos. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 14. **Resultados:** de los 50 niños estudiados, 30 corresponden al Grupo I, de los cuales 17 son del género femenino, el rango de edad fue de tres a 160 meses, con una mediana de 78.5 meses y promedio de 90 meses. De estos niños, 12/30 tuvieron reflujo gastroesofágico patológico (RGE). Al Grupo II corresponden 20 pacientes, de éstos, 10 son de género masculino, el rango de edad fue de nueve a 156 meses, la mediana de 73.5 meses y el promedio de edad de 51.8 meses. Al realizar la prueba de  $\chi^2$  entre ambos grupos en relación a la presencia de reflujo gastroesofágico patológico no se encontró diferencia estadísticamente significativa. **Conclusión:** el RGE se presentó con mayor frecuencia en el grupo de pacientes con várices esofágicas (40%), pero al contrastarlo con el grupo de hepatopatía crónica sin várices esofágicas (25%), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, en ambos grupos la frecuencia de RGE es mayor que en la población general, por lo cual podría estar indicado el uso de bloqueadores H2 o inhibidores de bombas de protones.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO (No. de trabajo: 365)  
Frías Aguirre Y, Lozoya González D, Belkotosky Villa S, Pérez Manautá J, Naves González J. Hospital Español de México. México, D.F.

**Introducción:** una de las patologías más frecuentes en gastroenterología es el reflujo gastroesofágico y sus complicaciones. Desde 1990 se dieron dos grandes cambios para su tratamiento: los inhibidores de la bomba de protones y la introducción de la laparoscopia en la cirugía antirreflujo; reportándose éxito de la misma hasta en 90% de los casos cuando se realiza adecuadamente, agrupando las bases para el manejo quirúrgico incluyéndose las indicaciones, contraindicaciones y la evaluación preoperatoria. Sin embargo, estas condiciones no siempre se toman en cuenta llevando al fracaso y demeritando el valor de la misma. Por lo anterior, es menester evaluar las condiciones de la población de pacientes del Hospital Español sometidos a cirugía antirreflujo con el fin de obtener mejores resultados y el mínimo de complicaciones. **Objetivo general:** analizar los aspectos epidemiológicos de la cirugía antirreflujo (Tipo Nissen y Toupet) en el Hospital Español de México. **Material y métodos:** análisis de 130 expedientes de pacientes sometidos a cirugía antirreflujo recopilando los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico preoperatorio y estudios preoperatorios (endoscopia, manometría o pHme-

tría) y técnica de la cirugía realizada. Lugar de referencia: Servicio de Gastroenterología del Hospital Español de México. Tipo de investigación: serie de casos. Características del trabajo: descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo. Período de intervención: enero de 2003 a diciembre 2005. **Metodología:** se revisaron los expedientes de los pacientes sometidos a cirugía antirreflujo, en el periodo mencionado. **Resultados:** el 54% de los pacientes fueron del sexo femenino y 38% del sexo masculino. Las edades tuvieron como valor mínimo 19 años y máximo de 84 años con media de 51 años. El diagnóstico preoperatorio más común en esta población fue hernia hiatal más enfermedad por reflujo en 50% de los casos; seguido de enfermedad por reflujo en 20% y hernia hiatal con 13%. 50% de los pacientes sólo contaban con endoscopia para la decisión terapéutica; 17.6% con endoscopia y manometría, 3.8% con endoscopia, manometría y pHmetría; 3% con endoscopia y pHmetría, y en 25% de los casos no se mencionaba ninguno de los tres estudios. La técnica realizada más frecuentemente fue la funduplicatura tipo Nissen en 76.9% de los casos. **Conclusiones:** el diagnóstico de hernia hiatal que predispone a enfermedad por reflujo fue considerado como indicación para llevar a cabo el tratamiento quirúrgico en la mayoría de los casos. Sin tomar en cuenta el grado de daño a la mucosa esofágica. Hay que poner énfasis en la valoración preoperatoria de los pacientes candidatos a cirugía antirreflujo, ya que la sola endoscopia puede dejar fuera diagnósticos diferenciales importantes; así como problemas de motilidad esofágica y considerar que la pHmetría de 24 horas es un estudio determinante en la evaluación fisiopatológica completa de los pacientes. Actualmente en el Hospital Español la funduplicatura tipo Nissen por laparoscopia es la más realizada como cirugía antirreflujo y en segundo lugar la Toupet. No existe diferencia de género significativa en los pacientes sometidos a cirugía antirreflujo.

HALLAZGOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS Y MANOMÉTRICOS EN PACIENTES QUE SERÁN SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA (REPORTE PRELIMINAR) (No. de trabajo: 368)  
Mendieta López T, Pulido Mocayo M, López AME, Rodríguez VG, de la Mora LJ, González ARB, Rojas MF, Bravo ChB, Acosta PMP, Cruces GRD, Gómez HJV, Moreno MP, RM. División de Gastroenterología y Endoscopia Terapéutica Hospital "Dr. Manuel Gea González". México, D.F.

**Introducción:** una de las comorbilidades frecuentes asociadas con la obesidad mórbida es el reflujo gastroesofágico (RGE) presente en más de 50% de los pacientes obesos mórbidos. El propósito de este estudio prospectivo fue evaluar las características clínicas, endoscópicas, manométricas y pHmetría que justifique este hallazgo en los pacientes que serán sometidos a cirugía bariátrica. **Objetivos:** describir los hallazgos clínicos, endoscópicos y manométricos en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. **Métodos:** estudio prospectivo, transversal y descriptivo en pacientes con diagnóstico de obesidad mórbida que serán sometidos a cirugía bariátrica en el periodo del 1 de enero al 1 de junio 2006, análisis de síntomas de reflujo (pirosis, regurgitación epigastrial), hallazgos endoscópicos, manométricos y pHmetría esofágica de un canal y correlación con el índice de masa corporal. Resultados: se valoraron un total de 25 pacientes, con edad promedio de 36.2 años, el peso promedio de 106 kg (79-154 kg), comorbilidad de 52%, presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico de 35%. Se realizaron estudios endoscópicos en 26%, serie esofagoduodenal 7.4%, gammagrafía 2.4%, manometría esofágica 12.1% y pHmetría 2.4%. Con respecto al IMC < 39, 23.2% presentaron hernia hiatal tipo I, con IMC de 40-49.9, 15.4% presentó esofagitis A de los Ángeles, 23% hernia hiatal I. Los hallazgos manométricos en cinco pacientes reportaron presión de reposo del EEI un promedio de 12.4 mm Hg (11-16.1 mm Hg), longitud total de 3.6 cm (2-4 cm), segmento intraabdominal corto 1.6 cm (1.8-2.1 cm) y en sólo dos pacientes la pHmetría reportó DeMeester promedio 66.5 (26-107) exposición anormal de la mucosa esofágica al ácido. **Conclusión:** los obesos mórbidos suelen presentar un esfínter esofágico inferior hipotónico con segmento intraabdominal corto, con exposición anormal de la mucosa esofágica al ácido y hallazgos endoscópicos que se justifica la presencia de sintomatología de enfermedad por reflujo.

**CASO CLÍNICO: PSEUDO-OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO** (No. de trabajo: 369)

Rodríguez Álvarez J, García Rivera R, Ruiz Castillo M, Cervantes Bustamante R, Mata N, Zárate Mondragón F, Ramírez-Mayan J. Departamento de Gastroenterología y Nutrición. Instituto Nacional de Pediatría. México, D.F.

**Caso clínico:** paciente pediátrico con presentación de miopatía intestinal asociado a lupus eritematoso sistémico. El lupus eritematoso sistémico tiene diversas formas de manifestación, las más frecuentes asociadas a vasculitis de diversos órganos provocan diversidad clínica, comentaremos el caso de un paciente el cual debuta con alteraciones intestinales. Lupus eritematoso sistémico en una entidad que predominantemente afecta a mujeres de entre 20 a 40 años, de los cuales entre 10 a 15% de los casos se puede establecer el diagnóstico en edad pediátrica. Las manifestaciones clínicas son diversas y a su vez de mayor severidad en este grupo de edad que en el adulto. La presentación atípica de manifestaciones diversas lleva a complicidad en la dificultad para el diagnóstico, por lo que cobra importancia el describir diversas manifestaciones atípicas de la enfermedad con lo que el conocimiento, abordaje y diagnóstico en forma temprana de esta entidad puede mejorar el pronóstico. Dentro de las manifestaciones atípicas de la enfermedad, una tercera parte se presenta con afección abdominal, LES puede envolver alguna parte del tracto gastrointestinal con lesiones orales, dismotilidad esofágica, vasculitis mesentérica, enteropatía perdedora de proteínas y en edad adulta se asocia mayormente a pancreatitis. Se ha reportado casos de dolor abdominal asociado a LES en pacientes pediátricos.

**Cuadro 1.** Manifestaciones intestinales en serie de casos de lupus eritematoso sistémico (reporte de 155 pacientes pediátricos con LES).

Datos	No. de casos
Dolor abdominal	21
Pancreatitis	6
Pseudos-obstrucción intestinal	2
Colecistitis	1
Peritonitis	1
Otros causas de dolor abdominal	11
Diarrea	5
Vómito	2
Sangrado de tubo digestivo	1

La presencia de pseudoobstrucción abdominal es de las manifestaciones que a últimas fechas se ha reportado, se tiene dos pacientes en edad pediátrica reportados con los cuales presumiblemente ocurrieron por presencia de dismotilidad a nivel de la musculatura intestinal secundario a vasculitis. La pseudoobstrucción intestinal se correlaciona con presencia de ureterohidronefrosis en un reporte de casos hasta 63.3%, esto sugiere la posible presencia de que la dismotilidad del músculo liso (smooth) sea causado por una miopatía primaria o una patología neurogénica secundario a either complejos inmunes secundario al proceso vasculítico o complejos antígeno-anticuerpo circulantes against smooth músculo. Dado la importancia en la detección temprana de la enfermedad, así como el inicio de la terapéutica es importante el difundir los datos en esta enfermedad, la cual se puede manifestar de una gran diversidad de formas dado su condición sistémica. **Reporte de caso:** paciente femenino de 15 años nueve meses de edad presentando en enero 2006 dolor abdominal localizado en FID y vómito persistente sin relación a alimentos, valorada externamente con diagnóstico de apendicitis, siendo intervenida quirúrgicamente de apendicetomía, persiste con vómito posprandial inmediato sin otra sintomatología, por lo que es reintervenida quirúrgicamente por presencia de bridas realizado bridolisis, sin remisión de la sintomatología. Se realiza endoscopia en mayo 2006 reportándose gastroenteritis eosinofílica y presencia de pólipo gástrico y reporte de USG abdominal con obstrucción gastropilórica y se envía a nuestra institución para valo-

ración junio 2006. Peso de 23 kg (Se refiere con pérdida de peso de más de 25 kg), talla 1.48 metros, falla de medro, indiferente al medio, palidez generalizada, afección del segundo par craneal bilateral 20/70 OD, 20/100 OI, FO vasos adelgazados, el abdomen con cicatriz en la línea media, no se ausculta peristalsis, extremidades con hipotrofia muscular importante, lateropulsión hacia la derecha, sonda nasogástrica con drenaje biliar de 2,300 mL en 24 horas, se encuentra hallazgos endoscópicos con gastromegalia, duodenomegalia, esofagitis con lesiones blanquecinas, se realiza laparotomía exploradora por diagnóstico de suboclusión intestinal crónica intermitente, no se encuentran hallazgos de anomalías anatómicas o macroscópicas se realiza biopsia intestinal de yeyuno, íleon y colon con presencia de infiltrado inflamatoria eosinofílico, así como necrosis de la muscular con presencia de vasculitis.

CH50:	57, AAN positivo patrón moteado +++, ANCA(-), DNA n (-)
ENA 6:	Pendiente
IgG e IgM EBV, IgG e IgM CMV, IgG e IgM HSV, PARVOVIRUS B-19:	Negativos.
Tránsito intestinal:	Imagen cortada a nivel de intestino delgado.
Marcadores tumorales:	Negativos
VIH:	Negativo
BAAR en jugo gástrico y orina:	Negativo
Búsqueda de parásitos en sangre:	Negativo
Búsqueda de formas invasivas en orina:	Positivo (blastocoonidias)
IRM cerebral:	Atrofia cortical con ventriculomegalia secundaria.
Velocidad de conducción:	Pendiente
Imágenes de biopsia y clínicas:	Pendientes.

**LINFOMA GÁSTRICO NO-HODGKIN E INFECCIÓN POR VIH. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA** (No. de trabajo: 372)

Hinojosa-Ruiz A, Abdo-Francis M, Pérez-Hernández JL, Salas-Gordillo JF, Murguía-Domínguez D, Tenorio-Flores C, Lujano-Salgado T, Lujano-Nicolás LA, Omelas-Escobedo E. Gastroenterología. Hospital General de México. O.D. México, D.F.

**Introducción:** la incidencia del linfoma no-Hodgkin (LNH) se ha incrementado en 75% en los últimos 15 años, debido al aumento en el número de pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, quienes tienen un riesgo anual de 1% de desarrollar linfoma no-Hodgkin y 104 veces más riesgo que la población general. El LNH en el tracto gastrointestinal es la forma más común de enfermedad extranodal primaria y representa de 4-12% de todos los linfomas no-Hodgkin. El estómago es el sitio más frecuente de localización de estos tumores, representando hasta el 75%. Un alto porcentaje de estos linfomas son de células B de alto grado de malignidad. **Reporte de caso:** femenino de 27 años de edad, originaria y residente de Oaxaca. Carga genética para diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica. Antecedentes quirúrgicos, transfusionales y traumáticos interrogados y negados. Parálisis facial en enero del 2004 recibió manejo con esteroides. Inicio de vida sexual activa a los 18 años de edad, tres compañeros sexuales, relaciones sexuales sin protección. Gesta II Abortos II. Inicia su padecimiento 20 días previos a su ingreso con dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio, tipo cólico, ocasionalmente urente, constante, de intensidad moderada asociado a ingesta de alimentos irritantes y acompañado de distensión abdominal, plenitud gástrica temprana, náusea y vómito posprandial inmediato de aspecto alimenticio, así como evacuaciones melénicas en 2-3 ocasiones al día. Pérdida de peso de 6 kg en 20 días, hiporexia, astenia y adinamia. En la exploración física se le encontró adenomegalias en cadena cervical posterior de cuello, de aproximadamente 0.5 cm no dolorosas y firmes. Cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen con presencia de plastrón en mesogastrio, flanco y fosa ilíaca izquierdos, doloroso a la palpación. Adenomegalias en ambas regiones inguinales, de 0.5 cm de diámetro, no dolorosas. Extremidades inferiores con edema blando, no doloroso, Go-

dete ++, infrarrotuliano. Reporte de laboratorios: BH: Hb 9.1 g/dL, hematócrito 27%, VCM 87 fl, HCM 29.3 pg, leucocitos 4,600, plaquetas 288,000. Glucosa 78 mg/dL, urea 54 mg/dL, creatinina 1.8 mg/dL, proteínas totales 6.47 g/dL, albúmina 2.82 g/dL, globulinas 3.65 g/dL, sodio 133 mmol/L, potasio 2.92 mmol/L, cloro 113 mmol/L. LDH 2704. Anti HIV 1 y 2 positivo, Western Blot positivo. A su ingreso se realiza endoscopia que reporta: estómago con lesiones polipoides, sésiles decapitadas a nivel de antro y cuerpo de aproximadamente 2 cm de diámetro, con centro erosionado y ulcerado. En duodeno el ampulla con bordes elevados, irregulares y friable. TAC de abdomen: engrosamiento difuso de las paredes de las asas de intestino delgado y grueso, que se continúa hasta recto. Imágenes sugestivas de probable linfoma intestinal. Reporte de biopsia de estómago: linfoma no Hodgkin de células B de alto grado de malignidad. **Conclusiones:** los factores que contribuyen a un mal pronóstico son factores específicos del linfoma como: a) tipo histológico, b) presencia de enfermedad extranodal y c) factores específicos de la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) como pobre reserva de la médula ósea, linfopenia CD4 e infecciones oportunistas. Sin embargo, la cuenta de linfocitos CD4 es el factor pronóstico más importante. El tratamiento resulta controversial, ya que la quimioterapia y la cirugía exacerban el daño inmunológico preexistente. El pronóstico es malo a corto plazo, con una sobrevida media de ocho meses, con el uso de regímenes de quimioterapia, y aproximadamente 10% de los casos con una sobrevida media de dos años.

DESNUTRICIÓN INFANTIL INTRAHOSPITALARIA: EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA (No. de trabajo: 373)  
García Campos M, Montijo Barrios E, Celis Vázquez I, Cervantes Bustamante R, Gutiérrez Castellón P, Ramírez Mayans J. Instituto Nacional de Pediatría. México, D.F.

**Introducción:** en la etapa infantil los requerimientos están aumentados por el crecimiento y desarrollo. La desnutrición sigue siendo uno de los principales problemas de salud, la cual aumenta el riesgo de morbimortalidad, especialmente en los pacientes hospitalizados. De ahí la importancia de conocer algunos de los factores relacionados con este fenómeno. **Material y métodos:** se incluyeron todos los pacientes menores a cinco años, de cualquier género, que fueron hospitalizados en los Servicios de Gastronomía e Infectología por más de siete días y que firmaron consentimiento informado. Se realizaron evaluaciones antropométricas empleando los indicadores: peso para la talla y talla para la

Demografía

Variable	$\bar{X} \pm DE$
Edad (meses)	23.9 + 19.35
Peso (kg)	9.3 + 4.87
Talla (cm)	76.8 + 18.60
Hospit (días)	10.1 + 5.76
Ayuno (días)	1.6 + 2.33
Fiebre (días)	1.8 + 1.97

Dx. nutricional (Z P/T)	Ingreso (%)	Egreso (%)
Desnutrición grave	19.5	28.2
Desnutrición moderada	15.2	9.8
Desnutrición leve	11.9	18.4
Normal	38	32.6

edad. Se estimó la pérdida de peso durante el internamiento. Se consignaron los días de ayuno y de fiebre. **Resultados:** se evaluaron 92 pacientes; 51.1% fueron del género femenino. La desnutrición se clasificó según el indicador peso para la talla interpretado por puntaje Z (desviaciones estándar). Los pacientes con desnutrición moderada y grave permanecieron hospitalizados 2.5 días más que el resto de la muestra. El 78.3% perdió peso. El porcentaje de pacientes con desnutrición leve y grave

aumentó al egreso a 54 y 44%, respectivamente. La variable días de hospitalización ( $p = 0.08$ ) mostró una correlación con tendencia estadística con respecto a la pérdida de peso. En el análisis multivariado los días de ayuno fue la única variable que mostró tendencia estadística ( $p = 0.06$ ) con respecto al cambio de peso. **Conclusiones:** los pacientes desnutridos permanecen hospitalizados más días que los no desnutridos. La mayoría de los pacientes pierden peso durante el internamiento hospitalario. El número de pacientes con desnutrición 1o y 3o aumentó de forma importante. El ayuno es uno de los factores relacionados con la pérdida de peso durante la hospitalización. Los pacientes hospitalizados requieren un soporte nutricional oportuno.

PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA Y PREDICCIÓN DEL ESTADO NUTRICIO EN NIÑOS CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA (No. de trabajo: 375)

\*\*\*Larrosa-Haro A, \*\*\*Hurtado-López E, \*\*Vásquez-Garibay E, \*Macías-Rosales R, \*\*Trovo-Sanromán R, \*Bojórquez-Ramos C. \*Servicio Gastroenterología y Nutrición, UMAE Hospital de Pediatría. Guadalajara Jalisco. \*\*Instituto de Nutrición Humana, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jal. México.

**Introducción:** con modelos de regresión múltiple ha sido posible predecir la severidad de daño hepático basado en las pruebas de función hepática (PFH). Sin embargo, un terreno escasamente explorado son los modelos de regresión para predecir el estado nutricional a partir de las PFH. **Objetivo:** predecir el estado nutricional de niños y adolescentes con enfermedad hepática crónica (EHC) mediante PFH. **Métodos:** diseño: transversal analítico. Lugar: Hospital Pediátrico de referencia. N = 108 (edad: 2-94 meses). Criterios de inclusión: EHC. Variable dependiente: estado nutricional. Variables independientes: PFH. Antropometría: talla para la edad, peso para la talla, circunferencia media del brazo, pliegue tricipital, área total del brazo, área grasa del brazo, y área muscular del brazo; instrumentos y técnicas antropométricas convencionales, patrón de referencia NCHS. Criterios de normalidad: puntuación  $z -2$  a  $+2$  DE. Estadística: análisis de regresión múltiple. **Resultados:** 55% fueron niñas y la edad promedio fue 74.2 meses. Los diagnósticos más frecuentes fueron atresia de vías biliares (27.8%), enfermedad hepática crónica idiopática (12.7%) y síndrome de Alagille (9%). El análisis de regresión múltiple derivó en siete modelos de predicción del estado nutricional; el mejor modelo fue con pliegue tricipital como indicador del estado nutricional y tres pruebas de función hepática-bilirrubina directa, albúmina y GGT- como indicadores del daño hepático; la  $r^2$  fue de 0.45 ( $< 0.001$ ). La bilirrubina directa, el tiempo de protrombina y la TGP (ALT) fueron predictores de 39% de los casos con retraso en crecimiento (talla para la edad  $< -2$  DE,  $r^2 = 0.39$ ,  $p < 0.001$ ). La bilirrubina directa y la GGT fueron predictores de desnutrición por indicadores del brazo (circunferencia media del brazo, área total del brazo, y área grasa del brazo) con una  $r^2$  de 0.33 a 0.37 y  $p < 0.001$ . **Conclusiones:** el modelo de regresión múltiple fue consistente en demostrar la asociación de los indicadores de daño hepático y los marcadores antropométricos de desnutrición. Estas observaciones reflejan la estrecha relación entre la función hepática y el estado nutricional.

HEPATITIS AUTOINMUNE. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA (No. de trabajo: 376)

Hinojosa-Ruiz A, Abdo-Francis M, Pérez-Hernández JL, Salas-Gordillo JF, Murguía-Domínguez D, Tenorio-Flores C, Lujano-Salgado T, Lujano-Nicolás LA, Ornelas-Escobedo E. Gastroenterología. Hospital General de México, O.D. México, D.F.

**Introducción:** la hepatitis autoinmune (HAI) es una inflamación hepatocelular crónica de causa desconocida, es progresiva y presenta un curso fluctuante. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, con una relación 4:1. Afecta a todas las edades, frecuentemente tiene un inicio agudo y puede presentarse como una hepatitis fulminante. El 15-20% de los pacientes son asintomáticos. La prevalencia mundial no se conoce, probablemente porque no se piensa en el diagnóstico. Sin embargo, la frecuencia de HAI en pacientes con enfermedad hepática crónica, en Norteamérica es de 11-23%. **Reporte de caso:** femenino de 36 años de edad. Cáncer pancreático por rama materna. Hermana

con nódulo tiroideo en estudio. Hábitos higiénicos y dietéticos adecuados. Tabaquismo y etilismo negativo, Alérgicos y transfusionales negativos. AGO: M: 10 años. Gesta 0. IVSA a los 17 años con seis parejas. VPH diagnosticado hace cinco años. Inicia su padecimiento 15 días previos a su ingreso manifestado por ataque al estado general, debilidad, náusea sin vómito e hiporexia; ocho días después se agregan hipocolia, coluria, ictericia y prurito generalizado. EF: peso: 85 kg. Talla: 1,56. TA: 120/70, FC: 80x', FR: 20x', Temp. 37 °C. tinte icterico generalizado, cuello: no adenomegalias, tórax: campos pulmonares con ruidos respiratorios normales, ruidos cardiacos rítmicos, sincrónicos, sin soplos. Abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, no visceromegalias ni tumoraciones palpables, flogosis en articulaciones interfalángicas proximales bilaterales. BH normal, glucosa 88 mg, BUN 8, creatinina 0.8 mg, amilasa 30, bilirrubina total: 10.49 mg/dL, BD 9.38 mg/dL, BI 1.11 mg/dL, TGO 850 U/L, TGP 313 U/L, FA 170 U/L, TP 12.3/13.2, TPT 28/28 colesterol 171 mg/dL, triglicéridos 232 mg/dL, Inmunoglobulinas IgA 328 mg/dL (65-421 mg/dL), IgG 2,410 mg/dL (540-2,034 mg/dL) 1.18 veces, IgM 297 mg/dL (33-293 mg/dL), panel viral: positivo para Virus A (IgG), el resto negativos; anti nucleares (ELISA), factor reumatoide, antimitocondriales, antimúsculo liso, Anti VIH y TORCH negativos. USG hepático: colecistitis aguda litiasica. TAC abdomen: hígado con ligero incremento en su tamaño dependiente del segmento posterior del lóbulo derecho, sin lesiones parenquimatosas, no existe dilatación de la vía biliar. Biopsia hepática: pericolangitis, esteatosis y fibrosis portal. **Conclusiones:** el diagnóstico de HAI requiere la exclusión de otras enfermedades hepáticas crónicas con características similares: enfermedad de Wilson, hepatitis viral crónica, deficiencia de alfa-1 antitripsina, hemocromatosis, enfermedad hepática inducida por alcohol, fármacos y toxinas ambientales, esteatohepatitis no alcohólica, cirrosis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria y colangitis autoinmune. La HAI se caracteriza por la presencia de hepatitis de interfase en el examen histopatológico, hipergammaglobulinemia y autoanticuerpos séricos. Los niveles séricos de AST y GGT reflejan la severidad de la enfermedad y el pronóstico inmediato. La remisión implica: ausencia de síntomas, resolución de los índices de inflamación (disminución de AST sérica), hallazgos histológicos con actividad mínima o normal por tres a seis meses. La hepatitis autoinmune tipo 1 constituye 80% de los casos, se caracteriza por la presencia de anticuerpos antinucleares circulantes (ANA), anticuerpos antimúsculo liso (SMA), anticuerpos antiactina, anticuerpos atípicos antineutrófilos citoplasmáticos perinucleares (pANCA), autoanticuerpos contra el antígeno hepático soluble (SLA), contra hígado-páncreas (LP). La hepatitis autoinmune tipo 2 se caracteriza por la presencia de anticuerpos antimicrosómicos de hígado/riñón de tipo 1 (LKM).

#### OBESIDAD CENTRAL, PROTEÍNA C REACTIVA Y ESCALA CREED EN PANCREATITIS AGUDA: ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO (No. de trabajo: 377)

García Cantú DA, González González JA, Galindo Marines SL, Ayala González WK, Becerra Eguía CA, Maldonado Garza HJ. Centro Regional para el Estudio de las Enfermedades Digestivas (CREED). Facultad de Medicina y Hospital Universitario "Dr. J.E. González". Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey N.L. México.

**Introducción:** la obesidad central (OC) es un factor de riesgo para pancreatitis aguda grave (PAG). **Objetivo:** determinar la utilidad predictiva de la OC como criterio único y en combinación con proteína C reactiva (PCR) y escala de CREED (Derrame pleural al ingreso 3 puntos, DHL  $\geq$  350 2 puntos, Hto  $\geq$  45 1 punto). **Material y métodos:** se revisó una base de datos prospectiva de pacientes con pancreatitis aguda (PA) con < tres días de evolución de octubre de 2002 a mayo de 2006 y se evaluaron género, edad, etiología, tiempo de evolución al ingreso, índice cintura cadera (ICC), falla de órganos y complicaciones locales (criterios de Atlanta), estancia hospitalaria y muerte. CREED  $\geq$  3 o PCR  $\geq$  155 mg/L al ingreso se consideraron PAG. Se determinó OC de acuerdo con los criterios de la OMS,  $\geq$  93 y  $\geq$  .85 en hombres y mujeres, respectivamente. Análisis estadístico. Se calculó sensibilidad, especificidad, valor pre-

dictivo positivo, negativo y exactitud de cada una de las escalas en forma aislada y agregando el factor OC. **Resultados:** se incluyeron 100 pacientes (pts) y se excluyeron 167 pts: 69 M/31 H, edad promedio 42.6 años (rango 16-96). Obesidad central presente en 65 pts. Etiología: biliar 74 pts, alcohólica 13 pts, idiopática 5 pts, post CPRE 5 pts e hipertrigliceridemia 3 pts. Promedio de estancia hospitalaria de 13.4 días (2-86). Se presentó falla orgánica en 14, complicaciones locales en seis y muerte en seis. PCR  $\geq$  155 en 15 pacientes y CREED  $\geq$  3 en 13 pts. Los resultados de mejor valor predictivo fueron para la combinación de PCR  $\geq$  155 + CREED  $\geq$  3 (al ingreso) + OC en falla orgánica S = 85.7% E = 94.4% VPP = 75 VP = 97.1 EX = 93%. en complicaciones locales S = 100% E = 89% VPP = 50 VP = 100 EX = 93% y en muerte S = 100% E = 85.3% VPP = 25 VP = 100 y EX = 86%. **Conclusiones:** la OC obtuvo los valores predictivos mas bajos en falla orgánica, complicaciones locales y muerte. La combinación de estas tres variables: escala CREED, proteína C reactiva y obesidad central en nuestra población, resultó con los mejores valores predictivos, por lo que consideramos que puede ser útil en la evaluación de gravedad en pacientes con pancreatitis aguda.

#### DIETOTERAPIA CON FIBRA VS. SUSPENSIÓN DE MAGNESIA EN NIÑOS CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO FUNCIONAL (No. de trabajo: 379)

Larrosa-Haro A, Del Río Machín S, Macías-Rosales R, Bojórquez-Ramos MC. Servicio de Gastroenterología y Nutrición, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE Hospital de Pediatría CMNO IMSS. Universidad del Valle de Atemajac. Instituto de Nutrición Humana, Universidad de Guadalajara. Guadalajara Jalisco, México.

**Objetivo:** comparar la eficacia de la dietoterapia con fibra a la de suspensión de magnesio en el tratamiento de preescolares y escolares con ECF atendidos en consulta pediátrica privada. **Material y métodos:** diseño: ensayo clínico controlado. Se seleccionó al azar un grupo de 44 pacientes entre dos y 11 años de edad con EFC, 27 niños y 17 niñas. Al grupo A se le prescribió una dieta a libre demanda adicionada con fibra soluble (avena) de acuerdo con la formula de Williams; el grupo B se trató con suspensión de magnesio (1-3 mL/kg/dosis). Se evaluó el ECF con un cuestionario validado antes y después del tratamiento; además, se realizó al inicio una encuesta de consumo de alimentos (Nutripac®) y antropometría básica. Estadística: descriptiva,  $\chi^2$ , Fisher, t de Student, U de Mann-Whitney. **Resultados:** al comparar los resultados de fibra vs. magnesio la mejoría en la consistencia de las evacuaciones fue de 85.07 y 76%; la reducción en la encopresis de 21.5 y 23.4%; el incremento en la frecuencia de evacuaciones de 21.5 y 20.0%; la eliminación de la rectorragia de 50.1 y 26.7% y la ausencia de dolor se incremento a 35.7 y 46.7%. La comparación intragrupo mostró mejoría significativa en ambos grupos en frecuencia consistencia y rectorragia, en encopresis y dolor, la diferencia sólo fue significativa en el grupo manejado con laxante. La comparación intergrupos en ningún caso mostró diferencia estadística. La evaluación antropométrica identificó tres casos con obesidad, no se identificó desnutrición; no hubo diferencias antropométricas entre los grupos estudiados. No se demostró diferencia entre la ingestión basal de energía, proteínas y fibra entre los grupos estudiados; en dos terceras partes de los casos la ingestión basal de fibra fue insuficiente de acuerdo con los criterios aplicados. **Conclusiones:** el tratamiento con fibra soluble de avena mostró una eficacia similar a la suspensión de magnesio en la mejoría de la frecuencia, consistencia de las evacuaciones y rectorragia, pero no mostró ser superior en cuanto a la mejoría de la encopresis, el dolor abdominal y la analgia. La eliminación de rectorragia fue mayor en los tratados con magnesio que en los tratados con fibra. La mejoría de la encopresis, la frecuencia de evacuaciones y la presencia de dolor abdominal no mostró diferencias significativas aunque hubo mejoría en ambos grupos de estudio.

#### INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DEL BRAZO VS. PESO PARA LA TALLA EN EL DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN AGUDA EN NIÑOS (NO. DE TRABAJO: 384)

\*Larrosa-Haro A. \*Macías-Rosales R. \*\*Vásquez-Garibay E. \*Rojó M. \*Munguía E. \*\*Hurtado-López E. \*Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS. \*\*Instituto de Nutrición Humana, UDG Guadalajara, México.

**OBJETIVO:** comparar la proporción de casos con puntaje  $z \leq 2$  DE identificada por indicadores antropométricos del brazo vs. peso para la talla (P/T) en niños atendidos en un hospital pediátrico. **Material y métodos:** diseño: transversal. N = 379, edad  $89 \pm 58$  meses, niñas 46.7%. Muestra: Aleatoria en 27 servicios de consulta externa. Índices antropométricos: P/T; circunferencia media del brazo (CMB), pliegue cutáneo tricótipa (PCT) y áreas total (ATB), muscular (AMB) y grasa (AGB) del brazo para la edad. Normalidad:  $-2$  a  $+2$ DE; desnutrición  $\leq 2$ .1DE. Estadística:  $\chi^2$ , Fisher. **Resultados:** desnutrición. Global: P/T 15(4%); CMB 58(15.3%); PCT 11(2.9%); ATB 34(9%); AMB 35(9.2%); AGB 13(3.4%). Lactantes: La identificación de casos  $\leq 2$ DE fue 4x mayor con CMB (30.4%) y 2.8x con ATB (27.4%) que con P/T (9.6%),  $p = 0.002$ ; Preescolares: La identificación de casos  $\leq 2$ DE fue 5.8 veces mas alta con CMB (17.1%) y 5.5x con ATB (16%) que con P/T (2.9%),  $p = 0.008$ . Escolares y adolescentes: No se encontraron diferencias en la identificación de casos  $\leq 2$ .1DE. **Conclusiones:** los indicadores del brazo identificaron una proporción significativamente mayor de casos con desnutrición aguda que P/T en menores de cinco años.

#### GASTRITIS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* COMO FACTOR DE RIESGO DE GASTRITIS CRÓNICA GRAVE Y GASTRITIS NODULAR (No. de trabajo: 385)

\*\*\*\*Larrosa-Haro A, \*\*\*Flores-Márquez M, \*\*\*García-Salazar O, \*\*\*\*Romero-Velarde E, \*Bojórquez-Ramos C, \*\*Aguilar-Luna C, \*Macías-Rosales R. \*Servicio Gastroenterología y Nutrición. \*\*Servicio de Hematología, UMAE Hospital de Pediatría. \*\*\*Departamento de Anatomía Patológica, UMAE Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. \*\*\*\*Instituto de Nutrición Humana, Universidad de Guadalajara. México.

**Introducción:** la infección por *Helicobacter pylori* (HP) se ha descrito como la principal causa de gastritis en niños y adultos. En la literatura existe poca información acerca de la asociación entre el tipo y grado de severidad de la gastritis asociada a infección por HP en niños. **Objetivo:** evaluar el tipo y magnitud de la gastritis en niños con gastritis asociada o no a infección por HP. **Material y métodos:** diseño: transversal comparativo. Criterios de inclusión: niños de seis a 15 años de edad, dolor abdominal recurrente (DAR) y diagnóstico histológico de gastritis. Muestra: casos consecutivos con DAR en un periodo de 2 años (2004-05). Variable dependiente: tipo y grado de severidad de la gastritis asociado a HP y sin asociación con HP. Variable independiente: presencia o no de HP. Protocolo: estudio de DAR que incluye panendoscopia y biopsias del tubo digestivo superior. Los casos con gastritis histológica (criterios de Dixon) fueron evaluados por dos patólogos en forma ciega y clasificados de acuerdo con la presencia o ausencia de HP. **Resultados:**  $n = 63$ , promedio de edad: 9.9 años. 19 casos (30.2%) tuvieron HP y 44 casos (69.8%) no lo tuvieron. Se observó con más frecuencia gastritis aguda moderada y severa en los casos con HP ( $p = 0.03$ , OR = 4.3, IC: 0.96-20.3); la gastritis crónica moderada y severa también ocurrió con más frecuencia en casos con HP ( $p < 0.001$ , OR = 30, IC: 3.7-64.3). **Conclusiones:** una proporción significativa de casos con gastritis y HP tienen cambios histológicos más graves en comparación con el grupo sin infección por HP. Este hallazgo puede ser un argumento a favor del carácter patógeno de esta bacteria, que muchos autores aún la consideran como una bacteria saprófita que no requiere ser erradicada.

#### CLÍNICA DE HÍGADO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE REFERENCIA: ETIOLOGÍA Y MAGNITUD DE DAÑO HEPÁTICO (No. de trabajo: 386)

Hurtado-López EF, Larrosa-Haro A, Vásquez-Garibay EM, Macías-Rosales R, Bojórquez-Ramos MC, Romero-Velarde E. Servicio de Gastroenterología, Hospital de Pediatría. Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica. Instituto de Nutrición Humana, U de G. Zapopan, Jal. México.

**Objetivo:** describir los datos demográficos, clínicos, bioquímicos y de gabinete de los pacientes atendidos en la Clínica de Hígado de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría CMNO IMSS. **Pacientes y métodos:** diseño: transversal descriptivo. Lugar: UMAE Hospital de Pediatría CMNO. 2004.  $n = 137$  inclusión: pacientes con enfer-

medad hepática crónica. Variables: clínicas, bioquímicas, endoscópicas e histológicas. **Método:** historia clínica, revisión de expedientes y revisión de bases de datos del Servicio. Estadística: descriptiva. **Resultados:** pacientes: edad promedio  $69.4 \pm 61.12$  meses, 25.5% lactantes, 24.1% preescolares, 17.5% escolares, 19% adolescentes. Sexo femenino 52%. 21 hepatopatías 27% atresia de vías biliares, 10% síndrome de Alagille, 7% hepatitis autoinmune, 7% fibrosis hepática congénita 7 y 6% glucogenosis. Datos clínicos: 75% hepatomegalia, 69% telangiectasias, 58% esplenomegalia, 47% ictericia, sangrado de tubo digestivo y ascitis se encontraron  $< 20\%$ . Datos bioquímicos y de gabinete: 82% tiempo de protrombina  $>$  de seis segundos, 36% colestasis (Bilirrubina directa  $> 2$  mg/dL), 21% hipoalbuminemia, 80% enzimas hepáticas elevadas (AST, ALT y GGT). Várices esofágicas. 80 pacientes evaluados endoscópicamente, 58% con presencia de várices, 32% grado I, 34% grado II, 32% grado III y 2% grado IV. Biopsia hepática. 55% fibrosis, 32% cirrosis. **Conclusiones:** la gran variedad de diagnósticos presentados son el espectro clínico habitual de las clínicas de hígado de los hospitales de referencia pediátricos y contrasta con los diagnósticos de clínicas de hígado de adultos. Los datos clínicos, bioquímicos y de gabinete encontrados traducen una alta proporción de daño hepático moderado a grave y una alta frecuencia de hipertensión. Una serie de esta magnitud puede ser utilizada como un referente epidemiológico de enfermedad hepática crónica en nuestro país.

#### ASOCIACIÓN ENTRE REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y ALERGIA EN NIÑOS (No. de trabajo: 389)

\*Chávez-Caraza KL, \*\*Tijerina-Treviño ME, \*\*Sánchez-Ávila MT, \*\*Morales-Garza LA, \*\*González-Díaz MP, \*González Camid MA, \*Uscanga V, \*\*\*Barbosa A. \*Departamento de Pediatría, \*\*Servicio de Gastroenterología, \*\*\*Departamento de Patología. Escuela de Graduados en Medicina EGRAM-ITESM, Hospital San José-Tec de Monterrey, Monterrey, N.L. México.

**Introducción:** el reflujo gastroesofágico (RGE) puede ser secundario a alergia, mediada por IgE o células T. Los pacientes presentan atopía y RGE de difícil manejo. IgE elevada, pruebas de alergia positivas, eosinofilia en 50% de los casos y eosinófilos en la mucosa (más de 20 eosinófilos por campo). Se ha propuesto que estos fenómenos alérgicos causan esofagitis eosinofílica (EE). También se ha observado esta asociación en esofagitis linfocítica, mediada por células T, presente en alergia a la proteína de la leche de vaca. Para el diagnóstico de alergia mediada por IgE se utilizan pruebas cutáneas o prick (VPP 50%, VPN 95%) o RAST (radioalergosorbent test) en suero, con igual capacidad que la prueba de prick. Para alergia mediada por células T está la prueba de parche (sensibilidad de 61-77%, especificidad 71%-81%). Se ha reportado que 1% de niños con RGE tiene EE, por lo que se debe considerar la alergia alimentaria (AA) y/o ambiental (AMB) entre los diferenciales del paciente con RGE severo. **Objetivo:** conocer si en nuestra población de pacientes evaluados por RGE hubo casos asociados a alergias. **Metodología:** estudio retrospectivo en el que se incluyeron 120 pacientes pediátricos estudiados por RGE, de enero de 1998 a junio del 2005. El diagnóstico de RGE fue establecido por pHmetría, serie esofagogastroduodenal (SEG D) o gammagrama (GG). De éstos, se seleccionaron los pacientes evaluados para identificar fenómenos alérgicos. Se analizaron los exámenes realizados para el diagnóstico de alergia: IgE, eosinófilos en sangre y RAST. **Resultados:** del total de 120 niños, 14 (16.8%) fueron estudiados por sospecha de alergia, ocho niños y seis niñas (edad media, 23 meses). Todos tenían demostración de RGE, 11 por pHmetría anormal y tres por estudio radiológico con pHmetría normal (dos con SEG D y GG, uno con SEG D). Los 14 pacientes contaban con estudio RAST, en 10 (71%; edad media 28.8 meses) se obtuvieron resultados compatibles con alergia: dos pacientes para AA, dos para AMB y seis para ambos. En siete pacientes se contaba con determinación de IgE, cinco tenían niveles elevados y dos niveles normales. En seis de 10 pacientes se identificó eosinofilia. En cuanto al cuadro clínico, 11 pacientes (79%) presentaron síntomas respiratorios, dos (14%) gastrointestinales y uno (7%) neurológicos. En 12 pacientes (83%) se realizó el

diagnóstico de alergia, 10 presentaban RAST positivo y siete IgE elevada. En dos pacientes el RAST y la IgE fueron negativos. **Conclusión:** en los pacientes que presentaron diagnóstico de RGE con RAST e IgE normal podría complementarse su estudio de alergia con prueba de parche para descartar definitivamente un proceso alérgico mediado por células T. Se debe considerar la EE en el diagnóstico diferencial de los pacientes con síntomas de RGE, especialmente cuando hay mala respuesta a tratamiento o se tenga un pHmetría normal.

PROLAPSO RECTAL EN NIÑOS Y SÍNDROME DE ÚLCERA RECTAL SOLITARIA SURS. REPORTE DE UN CASO (No. de trabajo: 391)

\*Chávez-Caraza KL, \*González-Camid MA, \*Cárdenas-Rolston S, \*\*Zavala-Pompa A, \*\*\*Sánchez-Ávila MT, \*\*\*Morales Garza LA. \*Departamento de Pediatría \*\*Departamento de Patología. Hospital de Especialidades IMSS 25. \*\*\*Servicio de Gastroenterología. Escuela de Graduados en Medicina EGRAM-ITESM, Hospital San José-Tec de Monterrey, Monterrey, N.L., México.

**Introducción:** el síndrome de úlcera rectal solitaria (SURS) es una condición benigna que afecta el recto; con una prevalencia en niños de 1:100,000. El cuadro clínico se caracteriza por constipación, moco, sangrado rectal y tenesmo. Está asociado a prolapso rectal y es el resultado, durante la defecación, de una fuerza excesiva de la mucosa de la pared anterior del recto que causa isquemia y trauma de la mucosa, lo que resulta en los cambios histopatológicos característicos. Típicamente se observa una úlcera localizada a 5-8 cm del ano, pero puede variar su localización, e incluso puede no observarse úlcera. Se han descrito tres variantes: lesiones múltiples, tipo pólipos y eritema de mucosa en parche. El diagnóstico es con base en los hallazgos endoscópicos e histopatológicos en relación con el cuadro clínico del paciente. **Descripción del caso:** motivo de consulta: prolapso rectal, sangrado rectal y cambios en el patrón intestinal. **Cuadro clínico:** masculino de nueve años, con constipación de aproximadamente tres años de evolución manejándose con laxantes. Hace dos años se estudia por presentar episodios de constipación asociados a encopresis y sangrado rectal. Se dio manejo para constipación funcional con polietilenglicol; tuvo mejoría al presentar heces de mayor calibre, evacuando una vez al día, pero persistiendo la salida de moco y tenesmo rectal. El paciente abandonó el tratamiento por seis meses. Hace un año, se estudió nuevamente por presentar disminución en el calibre de las heces, prolapso rectal, tenesmo, sangrado rectal en heces, constipación y episodios de encopresis; así como salida de moco por recto y dolor abdominal leve intermitente. Exploración física: prolapso rectal mucoso a la maniobra de Valsalva sin necesidad de reducción manual. No huellas de sangrado, úlceras o fisuras. Se observa mucosa rectal hiperémica. Al tacto rectal se encuentra ámpula rectal vacía. Resto sin alteraciones. El abordaje diagnóstico incluyó: biometría hemática, perfil bioquímico, panel coprológico y panel para enfermedad inflamatoria intestinal que fueron normales. La rectosigmoidoscopia mostró a 8-12 cm del margen anal, una mucosa anorrectal engrosada, hiperémica, con pliegues y ulcerada, con exudado fibrinoso. El reporte de histopatología fue de adenocarcinoma rectal y se realizó estudio de extensión con TAC de abdomen sin evidencia de metástasis. Al no haber una concordancia entre los hallazgos histopatológicos y la clínica, se realizó un ultrasonido endoanal que mostró lesión infiltrativa transrectal. Con base en esto se continuó con la toma de biopsia de espesor total guiada por ultrasonido endoanal que reportó: hiperplasia de músculo liso en la *lamina propria* y entre las glándulas (fibroplasia), muscularis mucosa hipertrofiada con glándulas distorsionadas (en forma de diamante) y epitelio hiperplásico con glándulas de moco desplazadas a la muscularis mucosa, hallazgos consistentes con SURS. Se realizó a la par defecografía y manometría anorrectal que mostraron incoordinación abdomino-pélvica e hipotonía del esfínter anal externo. Se dio tratamiento conservador a base de laxantes osmóticos, mesalazina tópica y reeducación anorrectal. **Discusión:** el SURS es una entidad rara, cuyo diagnóstico inicial es incorrecto en más de 25% de los pacientes con una mediana en el retraso del diagnóstico de cinco años. Se puede confundir con enfermedad inflamatoria intestinal o con un proce-

so neoplásico, tal como sucedió con nuestro paciente. El carcinoma de colon sin factores predisponentes es extremadamente raro en infantes (1.3 casos por millón) y cuya diseminación es rápida; por lo que en este caso fue primordial tomar como punto de partida el cuadro clínico y la evolución del paciente para llegar al diagnóstico y definir la lesión del recto como un proceso benigno. Concluimos que se debe considerar el SURS como diagnóstico diferencial ante el paciente con sangrado rectal, constipación y prolapso rectal.

EL NIÑO CON ENCOPIRESIS: ABORDAJE Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO. UN ESTUDIO PILOTO (No. de trabajo: 392)

\*Chávez-Caraza KL, \*\*Tijerina Treviño M, \*\*Sánchez-Ávila MT, \*\*Morales-Garza L, \*González-Camid E, \*Uscanga V, \*\*González-Díaz MP, \*\*\*Escamilla Garza M. \*Departamento de Pediatría, \*\*Servicio de Gastroenterología, \*\*\*Psicología Infantil. Escuela de Graduados en Medicina EGRAM-ITESM, Hospital San José-Tec de Monterrey, Monterrey, N.L., México.

**Introducción:** la constipación funcional es un problema común, en el cual pueden participar como factores precipitantes algunos de aspecto psicológico. Estudios revelan que situaciones familiares y eventos de estrés, pueden contribuir a perpetuar la constipación, por lo que la psicoterapia podría coadyuvar en el tratamiento de estos niños. Hasta el momento no existe evidencia que soporte el uso de psicoterapia para los problemas defecatorios en niños. **Objetivo:** establecer si el tratamiento psicológico en base a la terapia sistémica centrada en soluciones es efectiva para disminuir la constipación-encopresis en niños. **Metodología:** de agosto a noviembre del 2003, se evaluó y trató a 10 niños que presentaban constipación y/o encopresis, previamente tratados médicamente sin mejoría significativa. A todos los niños se les aplicó la prueba de Wechler para inteligencia. Todos se sometieron a la terapia del modelo centrado en soluciones, que se basa en analizar el entorno del paciente y su relación con los miembros de la familia; y posteriormente mediante la pregunta "milagro" (cambios en la dinámica familiar en relación con la desaparición de los síntomas), establecer la meta a alcanzar en donde los síntomas de encopresis y constipación disminuyen. Se solicitó a los padres dar una calificación global en relación con el problema de dinámica familiar, mediante una escala de 0 (malo) a 10 (bueno). Los indicadores de la respuesta a la terapia fueron la disminución en la frecuencia de constipación y/o encopresis de al menos 80%. Los datos se obtuvieron a través de entrevistas semiestructuradas, con duración de 45 a 60 minutos. **Resultados:** la edad media fue de siete años (cuatro a 10 años; ocho niños, dos niñas). Todos pertenecían a un estrato socioeconómico alto. Todos presentaron una inteligencia superior al promedio y tuvieron un entrenamiento de control de esfínteres punitivo con suspensión abrupta de la lactancia materna. En todos hubo una mala relación madre-hijo, la autoridad familiar racaía en la madre y padre ausente. En cuanto a la pregunta "milagro", todos querían mejorar su relación con la familia. La posición del paciente en la escala inicial fue 2.8. El promedio del número de sesiones realizadas fue de 10; la mejoría inicial del manchado se logró en un promedio de 3.7, la disminución del manchado en 80% en 7.3 y quedando el resto de las sesiones para reforzamiento y prevención de recaídas. En todos existió mejoría cuando mejoró la relación intrafamiliar. **Conclusión:** se observó que la mala relación intrafamiliar puede impactar de tal forma que se manifieste con constipación-encopresis en el niño. La mala relación madre-hijo parece originarse desde la lactancia y su suspensión abrupta, afectando la seguridad y la relación afectiva misma. Esto genera conflictos que afectan el entrenamiento de esfínteres, que al realizarse con castigo provoca una falla en el ritmo de control de los mismos, resultando en constipación/encopresis. La terapia del modelo centrado en soluciones, fue exitosa en 100% de los pacientes. Es importante considerar el factor emocional o psicológico como parte de la etiología y terapia de los problemas defecatorios.

AMILOIDOSIS GÁSTRICA (No. de trabajo: 397)

Camacho Escobedo JA, Ramírez Luna MA, Valdovinos Andraca F. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F.

**Introducción:** el objetivo es demostración de características clínicas y laboratoriales de amiloidosis gástrica como un reporte de caso. **Métodos:** las manifestaciones clínicas, resultados de laboratorio, endoscopia e histopatológicos del paciente con amiloidosis gástrica fueron obtenidos en nuestro hospital. **Resultados:** paciente masculino de 21 años con antecedente de histiocitosis de células de Langerhans con remisión desde 1996. Ingresó por presentar datos de EAP y anemia por deficiencia de hierro de dos años de evolución sin respuesta a tratamiento con dosis adecuadas de IBPs. La endoscopia demuestra una lesión de 4 x 3.5 cm ulcerada e infiltrativa a nivel de cuerpo gástrico. La histopatología de la biopsia mostró positividad para tinción rojo congo. Los reportes preliminares de biopsia colon, umbilical y ósea son negativos para depósito de material amiloide, por lo que se considera que se trata de amiloidosis con localización gástrica. **Conclusión:** la amiloidosis gástrica es una entidad rara que debe ser un diagnóstico diferencial de lesiones gástricas infiltrativas sospechosas de malignidad. La confirmación diagnóstica es solamente mediante biopsia. Actualmente la resección quirúrgica del tejido y nódulos linfáticos debe ser la estrategia preferible para prevenir las complicaciones tales como sangrado de tubo digestivo, perforación, obstrucción y desarrollo de Maltoma (asociación de hasta 30%).

MANEJO AMBULATORIO DE DIETA LICUADA POR SONDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NECESIDADES NUTRIMENTALES ESPECIALES EN EL MANTENIMIENTO Y RECUPERACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO. (PRIMER CORTE, ABRIL 2004-SEPT 2005) (No. de trabajo: 400)

Villalpando CS, López-Conteras IN, Toussaint G, Núñez I, Salgado B, Consuelo A, Worona L, Heller S, García-Aranda JA. Hospital Infantil de México. México, D.F.

**Introducción:** el objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la alimentación por sonda de alimentación enteral de manera ambulatoria sobre el estado nutricional de pacientes pediátricos desnutridos o en riesgo de desnutrición. **Metodología:** es un estudio longitudinal que se ha llevado a cabo de manera continua desde marzo de 2004 en el Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Infantil de México. Se consideró incluir a todos los pacientes en edad pediátrica que cursaran con patología crónica previamente diagnosticada, desnutrición diagnosticada con un peso/talla (P/T) inferior al 90% con respecto al percentil 50 o riesgo de desnutrición. Se excluyeron los pacientes que carecían de recursos materiales para elaborar dieta, incapacidad para manejo de la sonda por parte de los familiares o cuidadores, o requirieran de restricción hídrica. Se obtuvo consentimiento informado para participar. A los pacientes se les hacía una evaluación inicial y se indicó una dieta de elaboración casera que cubriera los requerimientos nutricionales de cada paciente. La evaluación incluía determinación de peso, talla, perímetro braquial, pliegue cutáneo tricótipal, cálculo de P/T, reserva grasa y muscular. A los pacientes que no contaban con una sonda se les administró una sonda de silicón médico verificada su posición por fluoroscopia. El seguimiento se llevó a cabo inicialmente cada semana, posteriormente bisemanal y finalmente mensual por un periodo de seis meses. El análisis estadístico se llevó a cabo con prueba de t pareada, con mediciones repetidas. Consideramos significancia estadística con una  $p < 0.05$ . El análisis se realizó con el programa SPSS versión 10. **Resultados:** se incluyeron 89 pacientes diagnosticados como desnutridos y 20 pacientes en riesgo de desnutrición. Los pacientes desnutridos tenían una mediana de edad de 41.5 meses. De estos pacientes 86.4% ya contaban con gastrostomía y a 13.6% se les colocó una sonda nasogástrica. En la determinación basal de P/T se encontró una media de 76.1% en relación con percentil 50. Después de seis meses de seguimiento los pacientes incrementaron su P/T hasta 84.4% en relación con percentil 50 ( $p = 0.002$ ). Los pacientes en riesgo de desnutrición tenían una mediana de edad 61.5 meses. De estos pacientes 90% ya contaba con gastrostomía y al 10% se les colocó una sonda nasogástrica. Su P/T basal se encontraba en 100.3% en relación con el percentil 50 y después de seis meses de seguimiento con la alimentación enteral ambulatoria se logró mantener el P/T en 103.9% en relación con el percentil 50. **Conclusión:** la nutrición ambu-

latoria por sonda nasogástrica o de gastrostomía es adecuada para mantener el P/T en pacientes con riesgo de desnutrición y mejora P/T de pacientes los desnutridos.

INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES (No. de trabajo: 404) Rodríguez González P, Aguilar Calvillo M, López Espinosa V, Fernández Ortiz S, Bilbao Chávez L, Rojas Pineda N, Madrazo de la Garza JA, Hernández Cabeza A, Miranda Barbachano K. Departamento de Gastroenterología, HPCMN Siglo XXI, IMSS, México, DF.

**Introducción:** la mayoría de CE que alcanzan el tracto digestivo pasan espontáneamente en 80 a 90%, el resto requerirá de intervención endoscópica y 1% de cirugía. La mortalidad es de uno por cada 2,206 niños. La mayoría de ingestiones de CE ocurren entre los seis meses y seis años de edad. Las monedas son los CE más frecuentemente encontrados. La mayoría de los niños acuden en las primeras 36 horas tras la ingestión. La localización más frecuente de los CE es esófago en 60%. En pacientes que cuentan con cirugía esofágica previa se incrementa la obstrucción por CE. La extracción de CE en esófago dependerá de los síntomas, ya que si existen abundantes secreciones el riesgo de desarrollar broncoaspiración es alto y la extracción de CE es una emergencia. **Objetivo:** determinar los factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones en la ingestión de cuerpos extraños. **Material y métodos:** estudio de factores de riesgo. Se revisaron los expedientes de pacientes en el periodo comprendido de enero 2003 a diciembre 2005 que ingresaron con el diagnóstico de ingesta de cuerpo extraño y ameritaron procedimiento endoscópico para su extracción. Se realizó estadística descriptiva y RM. **Resultados:** 31 pacientes a quienes se les practicó panendoscopia para la extracción de CE, edad media de 5.4 años (6m-6a), 42% sexo femenino. La edad materna promedio fue de 33 años y la paterna de 36 años, la escolaridad promedio de ambos padres fue secundaria o menor y el número de otros hijos menores en casa en promedio fue de 1, 93.3% de los casos fueron referidos del Distrito Federal, 92% de estos accidentes ocurrieron en el hogar y 8% en la escuela, las horas transcurridas entre la ingesta del CE y la endoscopia fue en promedio de 64 horas y todos los pacientes fueron referidos de primera instancia a este centro hospitalario. El tipo de CE más común fueron las monedas en 36%, objetos punzocortantes en 10%, pilas y comida en 7%, el resto por otro tipo de objetos; la localización más frecuente del CE fue esófago en 65%, estómago en 10%, duodeno en 3% y en 22% no se encontró, en 61% de los pacientes el reporte de la endoscopia fue normal, se encontraron lesiones esofágicas, gástricas y esofágicas y gástricas en 13% de cada una de ellas. El 32% de los pacientes presentaron algún tipo de complicación, que variaron desde daño superficial a la mucosa hasta estenosis esofágicas, ninguno presentó perforación ni requirió de intervención quirúrgica. Se realizaron RM para tratar de identificar probables factores de riesgo para la presencia de complicaciones en estos pacientes con prueba de  $\chi^2$  y prueba exacta de Fisher. En cuanto al tipo de cuerpo extraño ingerido el de mayor riesgo para complicaciones fue moneda con OR 5, pilas OR de 2.2, punzocortantes OR 1.05. Se analizó las horas transcurridas desde el incidente hasta la extracción de CE con OR de 1.05, los pacientes con enfermedad esofágica previa también mostraron un RM de 5, en cuanto a la localización del cuerpo extraño se encontró un OR de 2.2 cuando el CE se encontró en esófago. Finalmente, encontramos que cuando el accidente ocurrió en la escuela el OR fue de 6.8. Todos estos resultados con IC superiores a cero, pero con valores de  $p$  no significativos. **Conclusiones:** en este trabajo observamos que las características clínicas de los pacientes son semejantes a lo ya publicado, se observa una tendencia del grado de escolaridad de los padres con la presencia de este tipo de accidentes. Obtuvimos RM mayores de 1 en las variables estudiadas relacionadas con las complicaciones al momento de la endoscopia con intervalos de confianza significativos, sin embargo, con valores de  $p$  mayores de 0.05, probablemente por el tamaño de la muestra. Sugerimos por lo tanto estudios multicéntricos para incrementar tamaños de la muestra y confirmar estos hallazgos.

**AMEBOMA. REPORTE DE UN CASO (No. de trabajo: 405)**

Hernández VN, Venegas J, Altamirano JT, Sierra R, Montesinos MA, Martínez L, Rodríguez MA, García E, Zapata IL. Hospital Juárez de México. México, D.F.

**Introducción:** el ameboma es una complicación inusual de la amibiasis intestinal constituyendo < 1% de esta presentación. Es caracterizada por lesión pseudotumoral en la pared intestinal formado por tejido de granulación con adelgazamiento de la pared, sustituida por necrosis e inflamación. Causado por el parásito *E. histolytica* protozooario intestinal con distribución mundial, más frecuente en países subdesarrollados, regiones tropicales y climas cálidos. En México se estima que 20% de la población es portador asintomático, 2% presentan enfermedad con mortalidad de 0.1-0.2% anual. La forma de presentación del ameboma es en 90% de los casos diarrea y disentería, acompañado de dolor abdominal, tumoración predominantemente a nivel de ciego, tenesmo, pérdida de peso y fiebre. **Caso clínico:** se trata de femenino de 52 años de edad, casada, ama de casa, originaria del Estado de México, Combe negado. Viaje reciente al estado de Guerrero. Alérgica a penicilina, miringotomía hace 10 años e histerectomía hace 30 años. Su padecimiento lo inicia en abril del 2004 con un cuadro doloroso en hipocondrio derecho, tipo cólico, asociado a plenitud posprandial, distensión abdominal, estreñimiento, fiebre intermitente, pérdida de 3 kg en un mes, así como evacuaciones con abundante moco. Acude a particular recibiendo manejo no especificado sin éxito por lo que acude en septiembre del 2004. A la exploración física se encontró tumor de bordes irregulares de 10 x 10 cm a nivel de hipocondrio derecho y flanco. Se realizan paraclínicos con biometría hemática, leucocitos 8,080, neutrófilos de 60%, eosinófilos totales de 320, Hb 10 g, Hcto 29%, plaquetas de 210,000. TAC de abdomen con colon ascendente irregular, engrosamiento de la pared a nivel de ciego con grosor de 22 mm que refuerza heterogéneamente con medio de contraste, resto de estructuras sin alteraciones. Colonoscopia: diagnóstico de lesión neoplásica de ángulo hepático del colon. Se toman múltiples biopsias con reporte de colitis crónica ulcerada. Se realiza amiba en fresco positiva. Anticuerpos para amiba 1: 512 y colonoscopia dado reporte previo, la cual reporta en la unión de ciego y colon ascendente mucosa engrosada con lesiones de aspecto aftoide de aprox. 3 mm rodeadas por mucosa hiperémica, después del ángulo hepático la mucosa se observa engrosada, hiperémica con una lesión excavada de 0.5 cm con halo eritematoso resto no relevante. Diagnóstico de colitis de predominio derecho. Histopatológico: colitis amibiana. Se dio manejo con metronidazol por 10 días de manera exitosa. Paciente actualmente asintomático. Colonoscopia de control normal. **Conclusión:** el ameboma es una enfermedad poco frecuente actualmente, posiblemente secundario al uso indiscriminado de antiparasitarios. El diagnóstico se realiza con ELISA, PCR de heces, anticuerpos, e histopatológico, la microscopía es de fácil disponibilidad, sin embargo, presenta especificidad de 10-50% y sensibilidad menor de 60%, por lo que no nos descarta la enfermedad, siendo pese a su accesibilidad de poco valor. El diagnóstico y tratamiento son accesibles en caso de sospecha, sin embargo, la mayoría de los casos son reportados como hallazgo de cirugía por tumoración abdominal (0.24%) y/o perforación. Y presenta mortalidad elevada de hasta 60%, por lo que no debe olvidarse dentro del diagnóstico diferencial, ya que el tratamiento específico presenta menor morbilidad. En este caso la paciente recibió tratamiento con metronidazol a dosis usuales con evolución satisfactoria y no requirió manejo quirúrgico.

**CASO CLÍNICO: TUMOR DEL ESTROMA EN YEYUNO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA MASIVA (No. de trabajo: 406)**

Treviño Garciamanzo N, Rosales Solís AA, Miranda Cordero RM, De Giau Triulzi LF, Orozco Soto F, González-Huezo-MS. Departamento de Gastroenterología. Centro Médico ISSEMyM. Metepec, Estado de México.

**Introducción:** la hemorragia gastrointestinal de origen desconocido que persiste o recurre y que tiene estudios endoscópicos altos y bajos negativos se manifiesta de manera oculta ó evidente. El 5% de aquéllos con

hemorragia oculta evidente no se les identifica el sitio de sangrado mediante endoscopia gastroduodenal y/o colonoscopia. **Objetivo:** presentar un caso clínico con hemorragia gastrointestinal de origen oscuro evidente. AHF: carga genética positiva para hipertensión arterial sistémica; resto negado. APNP: etilismo positivo durante 14 años (cerveza, brandy y pulque en moderada cantidad, dos a tres veces a la semana). Llegaba a la embriaguez una a dos veces al mes. Negativo hace 30 años. Tabaquismo positivo y activo. APP: un año con melena, dos a tres ocasiones al mes, duración máxima de dos días continuos que se autolimitaban. En septiembre de 2005 se realizó en CMI endoscopia EGD, sin datos de sangrado activo. Padecimiento actual: inició su padecimiento 24 horas previas a su ingreso con dolor abdominal tipo cólico, de moderada intensidad y continuo, referido a epigastrio y mesogastrio. Disminuía parcialmente sin tratamiento y se acompañaba de náusea, que en dos ocasiones desencadenó vómito de color rojo vinoso con algunos restos en "pozcos de café". Además, en dicho lapso presentó seis evacuaciones de características melánicas. EF: TA: 90/60 Temp: 36.4 °C FC: 98 x min. FR: 20 x min. Paciente neurológicamente íntegro, delgado, con palidez de tegumentos ++ y en regular estado hídrico. Ruidos cardíacos rítmicos con soplo sistólico multifocal; el foco pulmonar sin compromiso. Abdomen blando y depresible; la maniobra producía dolor tipo punzitivo a nivel de epigastrio y mesogastrio. Sin visceromegalias y peristalsis discretamente aumentada; resto sin compromiso. EGD: (05.06.06) desgarro de Mallory Weiss Forrest III, dos cicatrices de úlcera gástrica Sakita S2 inflamatorias, gastropatía erosiva antral moderada e inactiva, angiodisplasias menores de 2 mm no sangrantes y duodenitis erosiva moderada inactiva. Laboratoriales ingreso 05.06.06. Leucocitos 18,600/mcL, TGP 13 U/L, eritrocitos 3,300,000/mcL, Bilirrubina T. -0.5 mg/dL, hemoglobina 10.3 g/dL, bilirrubina D. -0.12 mg/dL, hematocrito 30.0%, bilirrubina I. -0.40 mg/dL, VCM 89.8 fL, fosfatasa A.49 U/L, CMH 30.8 pg, proteínas T.5.0 g/dL. Plaquetas 257,000 /mcL, albúmina 2.8 mg/dL. Glucosa 143 mg/dL, relación A/G 1.4, urea 63 mg/dL, sodio sérico 133 mmol/L, creatinina 0.50 mg/dL, potasio sérico 4.3 mmol/L, TGO 13 U/L, cloro sérico 105 mmol/L. Evolución: (06.06.06) el paciente ya hospitalizado, presentó en 12 horas, cuatro evacuaciones abundantes de color rojo vinoso, corroborándose hematoquezia, por lo que se practicaron laboratorios urgentes y se le sometió a colonoscopia. Laboratorios de control: 06.06.06. Leucocitos 8,100/mcL, glucosa 124 mg/dL, eritrocitos 1,700,000/mcL, urea 87 mg/dL, hemoglobina 5.4 g/dL, creatinina 0.90 mg/dL, hematocrito 15.3%, sodio sérico 138 mmol/L, VCM 88.8 fL, potasio sérico 4.1 mmol/L. CMH 31.7 pg, cloro sérico 118 mmol/L, plaquetas 145,000/mcL. Colonoscopia: (06.06.06) restos hemáticos en colon, con datos de sangrado activo a través de válvula ileocecal. Se introdujo el instrumento a íleon terminal y no se identificó sitio de sangrado. El día 07.06.06 se sometió a laparotomía exploradora. Hallazgos quirúrgicos: tumoración de 8 cm de longitud con ulceración central, sangrado activo, localizada a 100 cm del ángulo de Treitz. Resección de 12 cm de yeyuno con anastomosis termino-terminal. Histopatología: tumoración del estroma de 7.5 cm de longitud, de baja malignidad, con zonas de necrosis y ulceraciones centrales. Evolución posquirúrgica sin complicaciones, no presentó hemorragia nuevamente y fue egresado al quinto día. **Conclusión:** estos tumores son un reto cuando se manifiestan por hemorragia, ya que se diagnostican entre 10 y 20 casos por millón. Hasta la fecha la única modalidad terapéutica efectiva es la cirugía, aunque se refieren buenos resultados con mesilato de imatinib.

**HALLAZGOS COLONOSCÓPICOS EN TUBERCULOSIS INTES-TINAL (TB) ASOCIADA A INFECCIÓN POR VIH. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA (No. de trabajo: 408)**

Tenorio Flores C, Siu-Moguel AG, García-Guerrero VA, Hinojosa-Ramírez A, Soria-Céspedes DR. Servicios de Gastroenterología, Endoscopia y Patología. Hospital General de México. O.D. México, D.F.

**Introducción:** la incidencia de tb en áreas endémicas y no endémicas se ha visto incrementada ante la aparición del SIDA, así como otros facto-

res de inmunosupresión. Dentro de la variedad de presentación de esta infección, la tb intestinal es menos frecuente y por lo general afecta la región ileocecal, ya que la sintomatología es inespecífica, se considera a la colonoscopia como una herramienta útil para el diagnóstico. Los hallazgos resultan de gran importancia para descartar procesos malignos o enfermedad intestinal inflamatoria dado que el manejo terapéutico es distinto. Presentamos el caso de una paciente con tb intestinal y diagnóstico de SIDA.

**Presentación del caso:** femenino de 32 años de medio socioeconómico bajo, previamente vacunada con BCG con diarrea de tres meses de evolución, fiebre vespertina, pérdida ponderal significativa, ataque al estado general, tumoración palpable y dolorosa en flanco y fosa ilíaca derechos sin datos de irritación peritoneal. En la exploración vaginal leucorrea abundante y dolor a movilización de cérvix. Tacto rectal dolor a palpación de pared lateral derecha. Exámenes de laboratorio leucopenia con linfopenia y anemia normocítica normocromica. ELISA y confirmatorio para VIH positivos. Carga viral y cuenta de CD4 significativos. BAAR lavado bronquial negativo. Ultrasonido pélvico anexitis y tumoración dependiente de complejo tubo-ovárico. Tomografía axial computada (TAC) engrosamiento de pared del ciego y parte de colon ascendente y enfisema de pared con mínima cantidad de líquido libre adyacente. Conglomerado ganglionar en mesenterio por debajo de cabeza del páncreas, aspecto heterogéneo, probable zona de necrosis 8 x 6 x 3.5 cm. Colonoscopia lesión infiltrante irregular con áreas cubiertas por fibrina que abarca colon ascendente. Reporte histopatológico bacilos ácido-alcohol resistentes que corresponden a infección por *Mycobacterium tuberculosis*. **Comentario:** en el aparato digestivo, la tb puede afectar cualquier localización, siendo la porción más frecuente la región ileocecal (80-90%). En muchos casos no se encuentra el contacto índice y no hay evidencia de enfermedad pulmonar previa. Los hallazgos clínicos de dolor abdominal, fiebre y ascitis obligan a descartar proceso infeccioso. El 90% de los pacientes se presentan con dolor abdominal y pérdida de peso. También cursan con vómito y hasta 30% con diarrea cuyas características varían de acuerdo con el sitio afectado. La intradermorreacción (PPD) no es de utilidad, ya que su negatividad no descarta el diagnóstico y su positividad tampoco descarta otros padecimientos. Los estudios de gabinete como TAC, estudios baritados, colonoscopia y biopsia se requieren para el diagnóstico. Endoscópicamente se observa afectación asimétrica con lesiones exofíticas y adelgazamiento de la pared. Las lesiones mucosas se clasifican en cuatro tipos: tipo 1: úlceras lineales con disposición circunferencial y mucosa multinodular; tipo 2: úlceras redondeadas o con bordes irregulares dispuestas circunferencialmente y mucosa sin nódulos; tipo 3: erosiones confinadas al colon y tipo 4: úlceras aftosas o erosiones confinadas al ileon. El aspecto de las lesiones en cicatrización se ha definido como válvula ileocecal patulosa, deformidad pseudodiverticular y aspecto mucoso atrófico con múltiples cicatrices, considerando que estas lesiones corresponden a una infección no activa. Las lesiones de tipo 1 se han considerado características de tb, mientras que los tipos 2, 3 y 4 no han sido claramente descritos. Se logran evidenciar los bacilos ácido-alcohol resistentes en un 20-70% de los casos por histología. El diagnóstico diferencial se debe realizar con carcinomatosis, linfoma y enfermedad de Crohn.

**ESTREÑIMIENTO CRÓNICO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA** (No. de trabajo: 411)  
Guzmán Trigueros R, Palacio Vélez F, Vargas Ávila A, Castro Mendoza A, Aranda Puebla J, Aranda Meza M. ISSSTE. México, D.F.

**Introducción:** la incidencia de Megaintestino idiopático (IMB) es desconocida, aunque afecta a hombres y mujeres por igual y se caracteriza por la presencia de impactación fecal recurrente durante la infancia y la vida adulta; la dilatación puede afectar varios segmentos del intestino resultando un megacolon (IMC), megarrecto (IMR) o ambos (IMB). Un diagnóstico preciso de la patología debe realizarse mediante colon por enema cuando el diámetro rectal en el borde pélvico sea mayor de 6.5 cm. Dentro de las opciones quirúrgicas que se tienen se encuentra colectomía total con ileorrectoanastomosis el empleo de una colectomía sub-

total con anastomosis ileosigmoidea ha tenido peores resultados, con la colectomía segmentaria existe menos experiencia y su papel en el estreñimiento de tránsito lento, si no se asocia a megacolon es debatible.

**Material y métodos:** reporte de caso: se trata de masculino de 15 años de edad, quien ingresó al Servicio de Cirugía con padecimiento actual de 10 años de evolución, con constipación de hasta 10 días, manejo de manera sintomática en el Servicio de Urgencias, con laxantes y enemas con mejoría transitoria, además de presentar dolor abdominal tipo cólico, con predominio en hemiabdomen izquierdo, que mejora con las evacuaciones; distensión abdominal, ocasionalmente náusea sin llegar vómito. Los estudios de laboratorio fueron normales, se realizó manometría anorrectal que reportó: anismo, disminución de la sensibilidad rectal y capacidad rectal aumentada. Se realizó biopsia de recto con reporte histopatológico de proctitis crónica, descartándose aganglionosis colónica. Se solicitó colon por enema en el que se observa dolico colon de predominio izquierdo. Se decide preparación para cirugía que consistió en dieta líquida, laxante osmótico por 10 días y antibioterapia descontaminante. La cirugía consistió en hemicolectomía izquierda con colocoloanastomosis, evolucionando de manera favorable, con tolerancia a la vía oral al cuarto día y evacuaciones regulares diariamente. **Conclusiones:** los pacientes que presentan estreñimiento crónico idiopático que no responden al tratamiento médico pueden ser beneficiados al someterse a tratamiento quirúrgico.

**RUPTURA HEPÁTICA Y SÍNDROME DE HELLP. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA** (No. de trabajo: 412)  
Guzmán Trigueros R, Aranda Puebla J, Vargas Ávila A, Castro Mendoza A, Palacio Vélez F, Aranda Meza M, Pacheco Calderón A. ISSSTE. México, D.F.

**Antecedentes:** el síndrome de HELLP tiene una incidencia de 0.2 a 0.6% de todos los embarazos y de 4 a 12% en pacientes con preeclampsia. La mortalidad materna asociada al síndrome de HELLP se encuentra en un rango de 1 a 25% y la perinatal es de 10 a 60%. La hemorragia intrahepática espontánea ocurre alrededor de 1 a 2% de los casos de preeclampsia-eclampsia y se estima una incidencia de un caso por cada 45,000 nacimientos. En el hígado, al igual que en otros órganos, como resultado de la microtrombosis y la vasoconstricción se presenta obstrucción sinusoidal, congestión vascular, sobrecarga e incremento de la presión intrahepática, dilatación de la cápsula de Glisson, desarrollo de hematoma subcapsular y ruptura hepática espontánea. La mayoría de los hematomas ocurren en el lóbulo derecho del hígado, más frecuentemente en la superficie anterior y superior. La hemorragia arterial típicamente ocurre durante el tercer trimestre del embarazo. La hipotensión y choque son hallazgos frecuentes. **Reporte del caso:** femenino de 29 años con antecedentes de HAS de reciente diagnóstico con tratamiento médico con amfetildopa cesárea hace tres años secundaria a preeclampsia y RCIU. G3, P0, A1, C1, FUR 15-04-05, embarazo actual, deseado, planeado, con hipertensión gestacional desde la 15a SDG, en tratamiento con metildopa 500 mg día. Lo inicia dos horas antes de su ingreso a Urgencias tocoquirúrgicas, con dolor abdominal súbito en epigastrio, e hipocondrio derecho, transfictivo, intenso, sin factor desencadenante ni atenuante, niega pérdidas transvaginales, niega pérdida del estado de alerta. TA 160/100 FC 99x' FR 26x' Temp 36.5 °C. Clínicamente sin compromiso respiratorio, abdomen globoso, por útero gestante, doloroso a la palpación superficial, hiperbaralgia en cuadrante superior derecho, útero a 23 cm de BSSP, no se palpan otras megalias, giordano negativo, peristalsis presente disminuida de intensidad y frecuencia, edema en extremidades inferiores+/+++ , pulsos distales presentes, ROT aumentados. Se realizó USG abdominal con reporte de hematoma hepático de 10 x 10 cm, en lóbulo derecho. Por laboratorio TGO 216, TGP 233, DHL 1025, bilirrubinas totales 1.2 glucosa 65, creatinina 0.6, hemoglobina 10.2, plaquetas de 104,000. Leucocitosis de 16. Se decidió su ingreso a quirófano para cesárea y exploración hepática. Se encontró hematoma hepático no evolutivo en lóbulo derecho, de 10 x 10 cm, se decidió empaquetamiento, continuó con choque persistente a pesar de tratamiento intensivo en la Unidad de Terapia Intensiva, se decide nueva exploración

quirúrgica, encontrando estallamiento hepático del lóbulo derecho, manejándose con hepatectomía de segmentos 6 y 7, empaquetamiento y ligadura de arteria hepática común, evolucionando favorablemente, posteriormente presenta absceso hepático del lóbulo derecho, el cual se drenó, evolucionando satisfactoriamente. **Conclusiones:** el tratamiento quirúrgico incluye evacuación del hematoma y empaquetamiento perihepático, la segmentectomía y/o lobectomía se reservan para los casos de hemorragia incontrolable, y la embolización para aquellas pacientes que cursen con coagulopatía severa.

CIRUGÍA ANTIRREFLUJO POR LAPAROSCOPIA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" (No. de trabajo: 414)

Guzmán Trigueros R, Vargas Ávila A, Castro Mendoza A, Palacio Vélez F, Aranda Puebla J, Aranda Meza M, Pacheco Calderón B. ISSSTE, México, D.F.

**Introducción:** el reflujo gastroesofágico (RGE) constituye 75% de la patología benigna del esófago. El objetivo de la cirugía antirreflujo es restablecer la competencia del cardias, para esto se deben cumplir ciertos principios como restablecer la longitud del esfínter esofágico inferior (EEI), no menos de 3 cm y elevar la presión de éste al doble de la presión gástrica en reposo, lograr una longitud del esófago intraabdominal de 2 a 3 cm, permitir que el cardias reconstruido se relaje ante la deglución, no aumentar la resistencia del esfínter relajado hasta un nivel que supere la potencia peristáltica del esófago. **Métodos y resultados:** se revisaron los expedientes de pacientes programados para cirugía antirreflujo de noviembre 2002 al febrero del 2006. Con un total de 125, de los cuales 67 (53.6%) fueron mujeres y 58 (46.4%), hombres. Con un rango de edad de 19 a 80 años con un promedio de 45 años. Contaron con serie esofagogastroduodenal y estudio endoscópico 100% de los pacientes, manométrica en 60 (48%) pacientes, en quienes se demostró hipotonía marcada del EEI, pHmetría 40 (32%), en todos ellos se reportó reflujo gastroesofágico patológico. Los grados de lesión esofágica por estudio endoscópico fueron de 27 (21.6%) con esofagitis GIV, 73 (58.4%) con esofagitis GIII, 21 (16.8%) pacientes con esofagitis GII, y 4 (3.2%) con esofagitis GI. La indicación quirúrgica fue: falla al tratamiento médico en 104 (82.2%), 10 (8%) esófago de Barrett por biopsia, ocho (6.4%) por hernia parahiatal. El tipo de tratamiento quirúrgico fueron Nissen en 99 pacientes (79.2%), Nissen más gastropexia en 85 pacientes (68%), Nissen más vagotomía en siete (5.6%), Toupet en un paciente (0.8%), Nissen más operación de Taylor en un paciente (0.8%). Se realizó colecistectomía adicional en siete pacientes (5.6%). Con conversión en siete pacientes (5.6%), cuatro debidas a adherencias, uno por perforación gástrica, dos por perforación esofágica. Diez pacientes cursaron con disfagia en el postoperatorio de los cuales únicamente seis requirieron de una sesión de dilatación esofágica, con lo que se resolvió adecuadamente. El promedio de estancia hospitalaria fue de dos días en 80 pacientes (64%) y de tres días en 38 pacientes (30.4%), el resto fue de más de tres días en los pacientes que presentaron complicaciones transoperatorias. **Conclusiones:** la cirugía de invasión mínima ha demostrado que las complicaciones perioperatorias disminuyen, entre las más importantes destacan: el menor dolor postoperatorio, las atelectasias e infecciones, así como complicaciones de las heridas quirúrgicas con estancias hospitalarias de uno a dos días en promedio.

COLECISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA. REPORTE DE UN AÑO EN EL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" (No. de trabajo: 415)

Guzmán Trigueros R, Vargas Ávila A, Castro Mendoza A, Palacio Vélez F, Aranda Puebla J, Aranda Meza M, Pacheco Calderón B. ISSSTE. México, D.F.

**Introducción:** la colecistectomía laparoscópica ha reemplazado a la colecistectomía abierta, en el manejo estándar de la colecistitis aguda y crónica. Numerosos estudios han demostrado las ventajas de la cirugía laparoscópica como: disminución en los días de estancia intrahospitalaria, menor dolor postoperatorio y la pronta incorporación a las actividades. El rango de conversión a cirugía abierta ha sido reportado en todo el

mundo, siendo hasta de 35% en colecistitis aguda, prolongando los días de estancia intrahospitalaria y aumento en la morbilidad. **Método y resultados:** se revisaron los expedientes de paciente que fueron programados para colecistectomía por laparoscopia, de enero a diciembre 2005, en total fueron 278 pacientes de los cuales 224 (80.5%) fueron del sexo femenino y 54 (19.5%) del sexo masculino, el rango de edad fue de 16 a 93 años con promedio 47, 214 (76.9%) fueron programados como cirugía electiva, de los cuales 212 (99.1%) fueron colecistitis crónica litiasica y en dos (0.9%) pólipos vesicular; y 64 (23%) como cirugía de urgencia, de las cuales 45 (70.3%) correspondieron a colecistitis aguda, 10 (15.6%) a hidrocolecisto, seis (9.4%) con pirocolecisto, tres (4.7%) a síndrome de Mirizzi. El número de conversiones a cirugía abierta fue de 12 (4.3%), siendo las causas de conversión: adherencias, síndrome de Mirizzi, hemorragia, vesícula intrahepática y anomalía de la anatomía de las vías biliares. Se realizaron un total de 10 procedimientos agregados, los cuales cinco fueron plastias umbilicales, tres biopsias hepáticas, y una hepática anastomosis al colédoco. **Conclusiones:** sin duda la cirugía por laparoscopia se ha convertido en el tratamiento estándar para la patología de la vesícula biliar, se han publicado estudios acerca de los factores de riesgo para conversión a cirugía abierta: sexo masculino, edad mayor, obesidad, engrosamiento de pared vesicular por ultrasonido, y colecistitis aguda, los cuales se encuentran dentro de nuestras causas de conversión. El porcentaje de conversión en nuestra unidad se encuentra dentro de lo reportado en la literatura. No encontramos mortalidad en nuestra revisión. Y el promedio de estancia hospitalaria fue de dos días.

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA PARAESOFÁGICA MIXTA. REPORTE DE UN CASO (No. de trabajo: 416)

Guzmán Trigueros R, Vargas Ávila A, Castro Mendoza A, Palacio Vélez F, Aranda Puebla J, Aranda Meza M, Pacheco Calderón B, ISSSTE. México, D.F.

**Introducción:** aunque la etiología de la hernia paraesofágica (PEH) es desconocida, la teoría actual promueve que resulta de la progresión de la hernia hiatal, condicionada por incremento de la presión intraabdominal ocasionada por EPOC, asma, obesidad y constipación crónica. En algunos casos la herniación del estómago dentro del mediastino puede provocar complicaciones severas como encarcelamiento del estómago o vólvulos. Se describen tres etapas en la reparación de la PEH que incluye: 1) la reducción libre de tensión del esófago y el estómago dentro del abdomen con la escisión del saco herniario; 2) la reaproximación del hiato; 3) la fijación subdiafragmática del estómago. **Reporte de caso:** femenino de 59 años de edad con antecedente de hemorragia digestiva alta, un año y medio y ocho meses previos, valorada por el Servicio de Cirugía General, manejándose con transfusiones en las dos ocasiones y sin otro antecedente de importancia. Se presenta con padecimiento actual de uno y medio de evolución con dolor abdominal y retroesternal tipo ardoroso, reflujo, pirosis, disfagia distal, que se exacerba con alimentos irritantes, además de distensión abdominal ocasional y hematemesis en una ocasión. Se realizó panendoscopia con reporte de hernia hiatal mixta, se confirma diagnóstico con una serie esofagogástrica. Se programó tratamiento quirúrgico laparoscópico en donde se encontró hernia paraesofágica mixta, con periesofagitis, con hiato amplio de 10 x 10 cm. Se realizó plastia hiatal con puntos simples con prolene y funduplicatura tipo Nissen, fijación gástrica a pilar derecho, con evolución satisfactoria. **Conclusiones:** la utilización de la funduplicatura dentro del manejo de la PEH se justifica porque 30-85% de los pacientes refieren episodios de reflujo, más aún si la manometría y pHmetría de 24 horas es realizada en estos pacientes demostrando la presencia de reflujo patológico y el esfínter esofágico inferior se encuentra hipotenso. Múltiples autores han mostrado que la funduplicatura con la reparación de la PEH es un método efectivo para prevenir el reflujo postoperatorio y para mantener la fijación del estómago dentro del abdomen.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA RETROGRADA EN PACIENTE CIRRÓTICO UNA ALTERNATIVA EN EL MANEJO (No. de trabajo: 417)

Guzmán Trigueros R, Vargas Ávila A, Castro Mendoza A, Palacio Vélez F, Aranda Puebla J, Aranda Meza M, Pacheco Calderón B. ISSSTE. México, D.F.

**Introducción:** desde que la cirugía laparoscópica fue introducida en 1980, cientos de publicaciones han confirmado su seguridad en la población en general, sin embargo, pocos estudios han mostrado la seguridad en pacientes cirróticos. En la mayoría de las series los resultados sostienen que la colecistectomía por laparoscopia es un tratamiento razonable para la colecistitis en paciente cirróticos, sin embargo, algunos grupos sostienen el alto riesgo de morbilidad y mortalidad en pacientes con estadio C de Child-Pugh. Antiguamente se consideraba que la cirrosis era una contraindicación para la realización de colecistectomía laparoscópica. Sin embargo, en este caso ofrecemos disección de la vesícula por técnica retrograda para la colecistectomía laparoscópica. **Reporte de un caso:** se trata de paciente femenino de 62 años de edad, con los siguientes antecedentes de importancia: antecedente de transfusión posparto hace 35 años con diagnóstico de hepatitis C desde hace 33 años. Paciente que inicia su padecimiento actual seis meses previos a su ingreso con la presencia de dolor de tipo cólico localizado en hipocondrio derecho posterior a la ingesta de colecistoquinéticos con irradiación a mesogastrio y a región lumbar, acompañado de náusea y vómito, se realizó USG de H y VB que reportó litiasis vesicular. Se realizaron estudios de laboratorio preoperatorios que la clasificaron en estadio A de Child Pugh. Se programa para cirugía electiva por vía laparoscópica realizando técnica con tres puertos con hallazgos transoperatorios de múltiples adherencias, con hígado cirrótico micro y macronodular, procediéndose a realizar disección del lecho vesicular por vía retrógrada, la cual se realiza sin complicaciones. **Conclusiones:** la disección de la vesícula biliar por vía retrógrada es un método seguro y eficaz en algunos casos seleccionados para pacientes con enfermedad vesicular con o sin cirrosis.

REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO EN HOSPITAL PRIVADO (No. de trabajo: 418)

\*Tijerina-Treviño ME, \*\*Chávez-Caraza KL, \*Sánchez-Ávila MT, \*Morales-Garza LA, \*Marrufo-García CA, \*\*González-Camid MA, \*\*Uscanga-Vicarte VM. \*Servicio de Gastroenterología, \*\*Departamento de Pediatría. Escuela de Graduados en Medicina EGRAM-ITESM, Hospital San José-Tec de Monterrey, Monterrey, N.L. México.

**Introducción:** pocas entidades en pediatría han sido y siguen siendo blanco de controversia como el reflujo gastroesofágico (RGE). Las presentaciones del RGE, pueden ser variadas, desde lo común, como vómito y regurgitación, hasta los síntomas respiratorios (SR) y la apnea. Las manifestaciones extraesofágicas pueden incluir tos crónica, dolor faríngeo, disfonía, asma, apnea, bradicardia, erosiones dentales, halitosis, laringitis, sinusitis, faringitis y otitis media. El abordaje diagnóstico incluye el esofagograma, la gammagrafía, la endoscopia con biopsia y la pHmetría esofágica de 24 horas considerada como estándar de oro para RGE ácido. **Objetivo:** reportar la experiencia en nuestro hospital en el diagnóstico de RGE y SR en niños por medio de pHmetría de 24 horas. **Pacientes y métodos:** se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el Hospital San José-Tec de Monterrey. Se incluyeron los menores a 17 años que acudieron al Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal para realización de pHmetría, endoscopia o ambas, por sospecha de RGE, durante enero de 1998 y junio del 2005. Obteniéndose 120 pacientes. Se excluyeron pacientes cuyos expedientes no se encontraron, o presentaban datos incompletos (18 pacientes), dando un total de 102 pacientes. La pHmetría de 24 horas se realizó usando un DigiTrapper MKIII (Synectics Medical) y catéter con un sensor de antimonio que se colocó a la altura del tercer cuerpo vertebral por arriba de la sombra de los hemidiafragmas, verificado radiológicamente. Considerándose anormal cuando el puntaje de DeMeester era mayor a 14.72 y la fracción de tiempo con pH < 4 mayor a 4%. La endoscopia con toma de biopsias se realizó utilizando endoscopios flexibles y pinzas para toma de biopsia. Considerándose anormal cuando el reporte de patología demostraba esofagitis. Se correlacionaron resultados para reflujo entre el grupo con síntomas respiratorios y el resto. El análisis se realizó utilizando Analyse-it for Microsoft® Excel®. **Resultados:** de 102 pacientes 42 (40%) presentaron síntomas respiratorios, media de 33 meses de edad. 35 tuvieron

pHmetría con un puntaje DeMeester y tiempo total de pH < 4 anormal en 83% y 67%, respectivamente; 25 esofagograma anormal en 80%; 14 gammagrafía, anormal en 100% y 20 endoscopia, (40% con esofagitis), siete (14%) comprobadas por biopsia. No hubo diferencia significativa entre los valores de pHmetría y las anomalías en el esofagograma. Se encontró valor predictivo negativo del 100% para la gammagrafía. Los síntomas respiratorios fueron la causa más común de indicación de pHmetría, siendo la prueba más solicitada. De los pacientes con SR 34 (83%) tuvieron un puntaje DeMeester anormal, con media de 42.84, es decir, RGE severo silente. El resto de los pacientes presentaron una media de 42.09, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa. Para la fracción de tiempo con pH < 4 no hubo diferencia entre los pacientes del grupo de SR y el resto, con media de 9.49 y 9.41, p 0.9 y 0.2, respectivamente. Los niños con SR en comparación con el resto fueron de menor edad (33 contra 40.2 meses, p < 0.05). **Conclusiones:** los síntomas respiratorios fueron la causa más frecuente de indicación de pHmetría, siendo positiva para reflujo ácido patológico en 83%, con base en el DeMeester, resultando mejor que el tiempo total de pH < 4 por sí solo. La severidad del reflujo, medida con estos parámetros fue similar en todos los pacientes. Recomendamos la realización de una pHmetría ante la sospecha de RGE como causante de síntomas respiratorios.

INSTILACIÓN DE AGUA OXIGENADA A TRAVÉS DE SONDA ESOFÁGICA EN PACIENTE OPERADO DE CARDIOMIOTOMÍA DE HELLER POR ACALASIA (No. de trabajo: 419)

Guzmán Trigueros R, Vargas Ávila A, Palacio Vélez F, Castro Mendoza A, Aranda Puebla J, Aranda Meza M, Pacheco Calderón A. ISSSTE. México, D.F.

**Introducción:** una de las complicaciones que se pueden presentar en la cardiomiectomía de Heller es la perforación esofágica, perforación gástrica, lesión de nervio vago, en un porcentaje aproximado de 1% de todas las intervenciones, una de las maneras que presentamos para descartar una perforación es la instilación de agua oxigenada (peróxido de hidrógeno), forma segura, no invasiva y que no puede tener efectos secundarios en el paciente, por lo que lo presentamos como una alternativa para descartar dicha complicación. APP: niega quirúrgicos, traumáticos, transfusionales y alérgicos. asma bronquial desde hace cuatro años en manejo de salbutamol. PA: lo inicia hace seis meses, con dolor a nivel de epigastrio, presentando disfagia progresiva, pérdida de peso de 20 kg en dos años, por lo que acude a esa unidad para manejo. Se inicia protocolo para diagnóstico y tratamiento. Se programa para cirugía vía laparoscópica, encontrándose esófago con membrana esofágica íntegra. Se realiza cardiomiectomía tipo Heller comprobándose hermeticidad de la mucosa, mediante la instilación de agua oxigenada al 50% a través de sonda eso-

**Cuadro 1.** Diagnóstico y tratamiento.

Panendoscopia:	(24-02-06) Esofagitis Grado A de los Ángeles Descartar trastorno motor de EEI Gastritis Crónica activa con patrón folicular del antro Duodeno normal.
Esofagograma:	(20-04-06) Acalasia (disminución de la luz a nivel epifrénico con imagen en pico de loro, así como dilatación esofágica preestenótica, con mínimo paso de medio de contraste a estomago.
Manometría:	(28-02-06). EEI: 3 cm longitud, presión de 60 mm Hg, relajación incompleta con presión residual de 12 mm Hg. CUERPO: Ondas de presión abolidas en cuanto a propulsión y duración y así como amplitud abolida en todo el trayecto. EES: La presión de cierre se encuentra en límites normales. IDX de manometría: Trastorno motor compatible con acalasia.

fágica, corroborándose ausencia de fugas a través de la misma, completándose procedimiento con funduplicatura tipo Toupet. Evolución postoperatoria satisfactoria. **Conclusión:** la instilación de agua oxigenada a través de sonda esofágica es un método seguro y efectivo para evidenciar lesiones inadvertidas de la mucosa esofágica.

LINFOMA NO CLASIFICABLE PRIMARIO DE REGIÓN ANORRECTAL EN PACIENTE INFECTADO POR VIH (No. de trabajo: 422)  
Valerio Ureña J, Vásquez-Fernández F, Pérez-Sosa JA, Tenorio-Villalvazo LF. Hospital Regional de Veracruz (SESVR).

**Introducción y objetivo:** los linfomas primarios del tracto gastrointestinal representan 9% de todos los linfomas No Hodgkin (LNH); de éstos, únicamente 3% pertenecen a la región anorrectal. Si bien los pacientes infectados por VIH tienen un riesgo incrementado para desarrollar LNH, su presentación en la región anorrectal es inusual. Presentamos a continuación el caso de un paciente positivo para anti-VIH, con tumor perianal diagnosticado por inmunohistoquímica como linfoma no clasificable. **Reporte de caso:** un paciente masculino de 34 años de edad acudió al área de urgencias de nuestro hospital por presentar tumor doloroso en región anal, de 17 días de evolución, multitratado como absceso. Al interrogatorio refirió ser soltero, de oficio músico urbano, con alcoholismo frecuente hasta la embriaguez, negando drogadicción o tabaquismo. Manifestó promiscuidad sexual sin contactos homosexuales, desconociendo ser paciente VIH positivo. En la exploración física se observó paciente con desgaste físico, con pérdida de 10 kg en los últimos 45 días, con presencia de tatuajes en cara anterior y posterior de tronco y abdomen. La región perianal con presencia de tumor de aprox. 12 x 10 x 7 cm., ulcerado en su superficie. Al examen rectal se encontró pérdida del esfínter anal externo, con restos fecales y sangrado en ampulla rectal. El resto de la exploración física fue normal sin evidencia de adenopatía. Se inició protocolo de estudio, con toma de biopsia del tumor, encontrando tejido friable y sangrante; la determinación sérica de anticuerpos anti-VIH mostró resultado positivo; por otra parte, la determinación de alfa feto proteína y antígeno carcinoembrionario expusieron resultados dentro de parámetros normales. Con estos resultados se reintegro al paciente, admitiendo contactos homosexuales. El estudio histopatológico de la muestra reveló neoplasia linfoide, compatible con linfoma. El resultado de inmunohistoquímica encontró linfoma no clasificable en CD20, CD3 y CD30, con positividad a CD45. Se indicó tratamiento con quimioterapia, en esquema CHOP, observando resultados iniciales alentadores, con regresión tumoral de más de 75%; sin embargo, a los 30 días se observa recidiva tumoral, por lo que inicia el paciente tratamiento con radioterapia. El paciente actualmente se encuentra vivo, recibiendo terapia antirretroviral. **Discusión:** los linfomas primarios del área anorrectal son lesiones muy poco frecuentes en la población general, correspondiendo al 0.1 -1.3% de todas las lesiones rectales malignas. La evidencia epidemiológica indica que la edad media de presentación es los 34 años, siendo los principales factores de riesgo positividad anti-VIH y homosexualidad, conducta sexual que propicia una alta incidencia de lesiones ano rectales, tales como proctitis, abscesos perianales, fisuras e infecciones bacterianas y virales –donde los virus de más riesgo son VPH y EBV–, las cuales propician la adquisición de tejido MALT en esta zona, proveyendo el sustrato potencial para el desarrollo de esta neoplasia. En nuestro caso, el paciente presentó dichos factores de riesgo, y su forma de presentación fue la de absceso perianal. Sin embargo, el tipo histológico no clasificable de esta neoplasia constituye un hallazgo aún menos frecuente. El pronóstico de los pacientes con linfoma de recto es muy pobre y se describe 15% de sobrevida a cinco años. **Conclusión:** el linfoma de región anorrectal es muy infrecuente en la población general. Los grupos de más alto riesgo los constituyen los pacientes infectados por VIH, así como los homosexuales. El diagnóstico debe ser confirmado por inmunohistoquímica, a fin de instaurar el tratamiento adecuado y mejorar la sobrevida de estos pacientes. Este trabajo no recibió patrocinio de ningún laboratorio ni instancia gubernamental.

MUCOCELE APENDICULAR GIGANTE – REPORTE DE UN CASO (No. de trabajo: 423)  
Valerio Ureña J, Aldana Franco S, Torres Medina V, Vásquez Fernández F. Hospital Regional de Veracruz (SESVR).

**Introducción y objetivo:** el mucocele apendicular se define como una dilatación quística del apéndice, cuyo contenido es mucoso, el cual generalmente se presenta de forma unilocular. Histológicamente son secundarios a patologías benignas –cistadenoma mucinoso– o malignas –adenocarcinoma–. No obstante, cualquiera que sea la causa, corresponde únicamente del 0.1-0.3% de todas las apendicetomías. A propósito de lo anterior, describimos a un paciente de 80 años con hallazgo incidental de mucocele apendicular gigante. **Reporte de caso:** se trató de paciente masculino de 80 años de edad, el cual acudió a nuestro servicio por hallar en autoexploración una tumoración en abdomen; relata el hallazgo cinco días previos a la consulta, al presentar dolor en región ilíaca derecha, el cual remite espontáneamente 36 horas posterior a su aparición. En la exploración física se encuentra al paciente en buen estado general; en abdomen se palpa tumoración en fosa ilíaca derecha, redondeada, con bordes bien definidos y de consistencia remitente. El resto de la exploración física normal. Se indica realización de tomografía axial computada de abdomen, encontrando tumoración homogénea, con densidad líquida, medial al ciego y lateral a los vasos ilíacos derechos, sin datos topográficos de infiltración a órganos adyacentes. Los estudios de laboratorio, incluyendo marcadores tumorales, mostraron resultados sin alteraciones. Con esta información se realiza laparotomía media, con hallazgo transoperatorio de mucocele apendicular, de 12 x 10 x 8 cm, con base libre, la cual fue resecada en su totalidad mediante apendicetomía. No se halló evidencia de perforación, ni de metástasis en peritoneo u órganos adyacentes. El resultado histopatológico de la pieza confirmó el hallazgo, con diagnóstico de mucocele apendicular secundario a cistadenoma mucinoso, lesión totalmente extirpada, la cual presentaba fecalito en porción proximal del apéndice. El paciente se encuentra actualmente recuperado de la cirugía, sin evidencia de recidiva tumoral. **Discusión:** el mucocele apendicular es una entidad clínica rara, que puede cursar asintomático hasta en 25% de los casos. En nuestro caso fue un hallazgo incidental del mismo paciente, al presentar dolor en región ilíaca derecha. El estudio histopatológico de la muestra mostró la presencia de un fecalito en la base apendicular, sin datos de inflamación crónica. En la literatura se menciona que una causa no neoplásica de mucocele apendicular es la obstrucción de la luz apendicular, con acumulación de moco en su interior. Sin embargo, este tipo de lesiones rara vez son mayores a 1 cm. En nuestro caso, se determinó que el mucocele era secundario a un cistadenoma mucinoso; sin embargo, no se puede descartar la contribución del fecalito en la acumulación de mucina. **Conclusión:** el mucocele apendicular es una entidad clínica rara, cuyo diagnóstico es incidental en muchas ocasiones. Es importante una adecuada identificación y manejo cuidadoso de las lesiones, a fin de evitar las siembras peritoneales. Este trabajo no recibió patrocinio de ningún laboratorio ni instancia gubernamental.

SÍNDROME DE FANCONI BICKEL: REPORTE DE CASO EN MÉXICO (No. de trabajo: 427)  
Miranda-Sanchez S, Villalpando S, Valencia P, Núñez S, Salgado B, Acevedo González E, Bolaños C, Arbo M. Hospital Infantil de México Federico Gómez. México, D.F.

**Introducción:** el síndrome de Fanconi-Bickel (SFB) clásicamente se caracteriza por hepatomegalia, con acumulación de glucógeno en hígado y riñón y disfunción tubular de Fanconi (glucosuria, aminoaciduria y fosfatúria). Descrito en 1949, fue catalogado como glucogenosis XI. Se considera una enfermedad autonómica recesiva, en la que se han detectado 34 mutaciones en el gen del GLUT2. Se han reportado más de 100 casos en el mundo y uno en México. **Objetivo:** reporte de un caso y revisión de la literatura. **Caso clínico:** masculino de un año ocho meses de edad, con padres no consanguíneos y dos hermanos sanos, con peso al nacimiento de 3,100 g y talla de 51 cm. Presentó retraso psicomotor

(RPM) y de crecimiento a partir de los seis meses de edad. Ingresó al hospital a la edad de un año ocho meses, con glucosuria, aminoaciduria y fosfaturia, con peso para edad (P/E) 47% talla para edad (T/E) 83%, tórax en quilla, rosario raquíptico y hepatomegalia. Se reportaron AST 89 UI/L, ALT 149 UI/L, fosfatasa alcalina 688 UI/L, proteínas normales, colesterol 206 mg/dL, triglicéridos 435 gm/dL, Ca 8.2 mg/dL, P 1.5 mg/dL Mg 2.9 mg/dL, HCO<sub>3</sub> 13.5 mEq/l, reabsorción tubular de fosfatos de 2%; calciuria 2 mg/24 horas y fosfaturia 190 mg/24 horas; aminograma en sangre y tamiz metabólico ampliado normales. Radiografía de huesos largos con ensanchamiento metafisiario y pobre mineralización generalizada; ultrasonido hepático con ecogenicidad aumentada. Biopsia hepática con arquitectura conservada, congestión sinusoidal tinción PAS positiva intensa –que desaparece con diastasa– en la microscopía de luz y microscopía electrónica con acumulación moderada de glucógeno. Curso con acidosis metabólica persistente (que cedió con el uso de bicarbonato e hidroclorotiazida), hipocalcemia e hipofosfatemia persistentes corregidas con dosis elevadas de calcitriol. Recibió alimentación con fórmula láctea de inicio, adicionada con cereal de arroz y aceite de maíz. Se agregó maicena cruda para control de hipoglucemias. Tras agregar alimentos sólidos, presentó hiperglucemias que cedieron al regular la ingesta de carbohidratos y de maicena cruda. Su evolución posterior fue adecuada, presentó ganancia de peso sostenida (retraso, sin embargo, en el crecimiento) y control de la glucemia. **Discusión:** el cuadro clínico típico del síndrome de Fanconi-Bickel es el de hepatomegalia secundaria a acumulación de glucógeno, intolerancia a glucosa y galactosa, hipoglucemia en ayuno, nefropatía tubular proximal característica y talla baja (Eur J Pediatr 1998;157(10): 783-97). La glucogenosis se considera ahora un epifenómeno en el SFB por defecto del transportador GLUT2 de glucosa y galactosa, lo que provoca acumulación hepática de glucosa que sobreactiva la glucogénesis hepática y renal; este defecto genera hiperglucemia posprandial, por acumulación de glucosa en el líquido extracelular (LEC), e hipoglucemia interprandial por lenta liberación de glucosa hepática al LEC. Este caso presenta los signos clínicos típicos del SFB, y además RPM, con moderada acumulación de glucógeno en hígado, lo que ha sido descrito en dos casos reportados en la literatura (Acta Paediatr Scand 1981;70:527-533). Se han reportado casos sin hepatomegalia o sin acumulación de glucógeno con confirmación del diagnóstico de SFB por biología molecular (Curr Mol Med 2002; 2:213-27), por lo que la acumulación excesiva de glucógeno no es un elemento *sine qua non* para el diagnóstico. El síndrome de Fanconi-Bickel es una entidad clínica definida que debe distinguirse de otras enfermedades metabólicas hereditarias con defectos complejos de transporte tubular renal y de otras formas de glucogenosis.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO EN LACTANTES Y PRE-ESCOLARES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS (No. de trabajo: 432)

Abundis-Castro L, Lara-Valle R, Urbina-Cid E, Herrera-Silva JC. Hospital de Regional No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social. Obregón, Sonora, México.

**Introducción:** las complicaciones tardías de la obesidad como enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes mellitas tipo 2 se encuentran dentro de las principales causas de mortalidad en el Estado de Sonora, de acuerdo con la ENN 2000 el porcentaje de niños con sobrepeso u obesidad en edad escolar alcanza 25% en la zona norte de México, por lo que es importante implementar medidas preventivas en la población infantil, es importante conocer la frecuencia de obesidad en la población de nuestra localidad. **Objetivo:** evaluar el estado nutricio en niños menores de cinco años, atendidos en el Área de Urgencias Pediátricas de un hospital del IMSS en Sonora, México. **Material y métodos:** estudio prospectivo, transversal, analítico, realizado de diciembre 2005 a marzo 2006 en Urgencias Pediátricas. Se analizaron peso, talla, índice de masa corporal, el valor de Z de peso/talla en busca de aquellos por arriba o por debajo de 2 DE del valor normal para su edad. **Resultados:** fueron evaluados 606 niños con edad promedio de 23.1 meses (margen 1-59 meses), 243 niñas y 363 niños, de los cuales 16%, 19 niñas

y 32 niños tenían un valor de Z de peso/talla por arriba de 2 DE. Comparando ambos géneros con la W-Mann-Whitney no encontramos diferencia significativa en el valor de Z del peso con -1.063 (p 0.288), el valor de Z para talla de 1.454 (p 0.146), el valor de Z del índice de masa corporal fue de 0.953 y el valor de Z del peso/talla en '0.127 (p 0.899). **Conclusiones:** no encontramos una frecuencia elevada de obesidad en este grupo de niños en relación con lo reportado en la Encuesta Nacional de Nutrición, sin embargo, este grupo es de lactantes y preescolares, consideramos importante que al encontrar niños menores de cinco años obesos se deben fomentar acciones para prevenir el incremento o la aparición de obesidad en niños mayores, como la capacitación en aspectos de alimentación y nutrición a maestros y padres, incrementar las horas de educación física en las escuelas y muy importante disminuir las horas de ver la televisión, todo esto desde antes de la edad escolar en todos los niños, sobre todo en aquellos con obesidad o sobrepeso antes de ingresar a la primaria.

GIST: REPORTE DE CASOS Y EVALUACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA (No. de trabajo: 433)

González Linares JL, Mora Guerrero S, Morales Fuentes G, Lozoya González D, Zarate Osorno A, Pérez Manauta J. Hospital Español de México. México, D.F.

**Introducción:** de los tumores mesenquimatosos, los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los más comunes. Recientes descubrimientos en biología molecular sugieren que las células intersticiales de Cajal, que expresan receptor alfa de factor de crecimiento derivado de las plaquetas o receptores para la tirocininasa y KIT, que es un producto del proto-oncogén c-kit (CD117), son las progenitoras de GIST. Actualmente hay un medicamento: Imatinib mesylato (Gleevec), que es un potente inhibidor selectivo y competitivo para la tirocininasa ABL y receptores para factor de crecimiento derivado de las plaquetas. Aunque hay reportes variados sobre la incidencia y comportamiento de estos tumores, podemos mencionar que éstos se presentan principalmente en estómago, siguiendo intestino delgado, colon y recto, y, por último, esófago; siendo esta aparición muy poco común. No se ha visto una franca preferencia de sexos –reportando las dos posibilidades como mayoría en la literatura–, y en cambio sí se ha visto que tienen su aparición en edades tardías, siendo la media en pacientes mayores de 55 años. Son tumores asintomáticos que no se diagnostican hasta ya etapas avanzadas, incluso con un porcentaje de 50% en los que se encuentran ya con daño metastático. Hay alguna variante rara reportada como tumores del estroma gastrointestinal de aparición congénita que tiene como particularidad el no expresar CD117. Uno de las armas diagnósticas más importante en la actualidad es la morfología del tumor de la cual hablaremos más adelante, pero la de mayor trascendencia en este momento es la inmunohistoquímica. Los dos marcadores principales son el c-kit (CD117), el cual mencionamos anteriormente, y el CD 34. Ambos marcadores son fuerte y difusamente positivos en la mayor parte de tumores gastrointestinales. La frecuencia de presentación del c-kit va de 90 a 95%, según el informe, y de CD34 de 60-78%. Otros marcadores se han utilizado. Macroscópicamente estos tumores se desarrollan en cualquier porción de la pared del digestivo, pero normalmente lo hacen en la submucosa o la muscularis propia, algunos tumores son predominantemente extramurales e incluso pueden infiltrar otro órganos. Son bien circunscritos aunque pueden ser multinodulares. El diagnóstico de sospecha de tumores del estroma gastrointestinal se realiza siempre histológicamente, dentro de las cuales se divide en tres categorías:

- Tumor del estroma de células fusiformes (70%).
- Tumores del estroma de tipo epitelioides (20%).
- Tumores del estroma de tipo mixto (10%).

De acuerdo con las características morfológicas se han clasificado a este tipo de tumores, y a su vez nos han dado elementos que podemos considerar predictivos para el comportamiento de dichos tumores. Los factores que se han considerado son: actividad mitótica y tamaño principal-

mente, aunque hay otros que también se consideran, pero por el momento todavía no han sobrepasado la importancia de los dos rubros previos: celularidad, necrosis, tipo y forma histológica, inmunohistoquímica, pleomorfismo nuclear y mutación del c-kit y del PDGFRA, atipia nuclear e invasión mucosa. **Material y métodos:** se revisaron los expedientes del Servicio de Patología del Hospital Español desde el año 1995 hasta la fecha en búsqueda de tumores del estroma gastrointestinal, todos ellos fueron corroborados mediante histoquímica con los siguientes marcadores: CD117, CD34, actina del músculo liso SMA, desmina, S100. De los siguientes casos corroborados se verificaron: total de tumores del estroma gastrointestinal, localización de los mismos, clasificación de éstos (epitelioide, fusiforme, mixtos), se mencionará si es posible el tratamiento que tuvo cada uno de ellos, de acuerdo con lo anterior se verá la evolución del mismo y se verá si hay relación pronóstica (riesgo) por tamaño y mitosis con la agresividad por sus características, es decir, la concordancia entre dos clasificaciones, información posteriormente extraída de los expedientes clínicos de los pacientes.

**INMADUREZ INTESTINAL, NO TODO ES HIRSCHSPRUNG. CASO CLÍNICO** (No. de trabajo: 434)

\*Tijerina-Treviño ME, \*\*Chávez-Caraza KL, \*Sánchez-Ávila MT, \*Morales-Garza LA, \*\*Uscanga VÍcarTE VM, \*\*\*Barbosa A. \*Servicio de Gastroenterología, \*\*Departamento de Pediatría, \*\*\*Departamento de Patología. Escuela de Graduados en Medicina EGRAM-ITESM, Hospital San José-Tec de Monterrey, Monterrey, N.L. México.

**Introducción:** los desórdenes del sistema nervioso entérico, como la ausencia de neuronas en los plexos o aganglionosis, la disminución en el número o hipoganglionosis y la hiperganglionosis, conocida también como displasia neuronal intestinal, pueden ser primarios o secundarios a otra enfermedad y pueden afectar todo el tracto gastrointestinal o regiones del mismo. En los niños, la inmadurez intestinal es casi siempre primaria y en 90% de los casos se presenta en el primer año de vida, más comúnmente al nacimiento o cercano a éste. Las presentaciones clínicas pueden ser variadas, desde la obstrucción intestinal completa, con vómito biliar, distensión y falla al paso de heces, hasta enterocolitis y problemas de constipación. Para el diagnóstico la radiografía de abdomen puede ser de utilidad, al igual que los estudios con medio de contraste y el ultrasonido, el diagnóstico final y certero se lleva a cabo mediante anatomía patológica y tinciones especiales. **Descripción del caso:** motivo de consulta: constipación y distensión abdominal. Cuadro clínico: femenino de tres meses de edad, de término, nacida y manejada en otro hospital, que en sus primeras horas de vida mostró cuadro compatible con obstrucción intestinal, demostrándose radiológicamente un patrón obstructivo; en una laparotomía exploradora se encontraron asas intestinales dilatadas con una zona de transición en sigmoides, con dilatación proximal, sin datos de isquemia ni necrosis. Biopsias transoperatorias reportaron en la sección proximal, la presencia de células ganglionares y en la sección distal, ausencia de las mismas. Se le realizó colostomía. Tres meses después, se identificó por colon por enema un área de adelgazamiento de la luz colónica a 5 cm del esfínter anal. Mediante laparoscopia se obtuvieron biopsias de colon a 1, 3 y 6 cm de la reflexión peritoneal, y por vía transanal a 2 cm de línea ileoceólica. Se reportó presencia de células ganglionares con cambios degenerativos del citoplasma a 1 cm de la reflexión peritoneal y ausencia de células ganglionares en la muscular del sigmoides a 3 cm de la reflexión. Se le practicó descenso abdominoperineal tipo Duhamel. En el recto resecaDO se identificó la presencia de células ganglionares. Por lo anterior, se revisaron las biopsias iniciales, y mediante tinciones especiales se demostró la presencia de plexos mientéricos anormales y pequeños, identificándose un patrón reticular claro de células de Schwann. La mayoría contenían células pequeñas de núcleos hiper cromáticos, desprovistas de nucléolo, estas células francamente positivas a inmunotinción con Sinaptofisina, por lo que se consideraron como neuroblastos, reclasificándose el diagnóstico como inmadurez neuronal. Al año y medio de edad acude a nuestro hospital por constipación, a pesar de manejo con polietilenglicol y domperidona, habiendo tenido hasta dos cuadros de suboclusión asociada a coproesta-

sis. Además del examen físico se practicó manometría anorrectal, encontrándose fisuras anales en vías de resolución, canal anal asimétrico corto, con presencia de reflejo de guarda, esfínter anal interno hipotónico, con reflejo recto anal inhibitor, presente al insuflar 50cc de aire, lo que descartó la presencia de Hirschsprung. **Discusión:** en los desórdenes de la motilidad colónica, un diagnóstico histopatológico basado únicamente en intestino fijado en formalina es frecuentemente inconcluso, por lo que son de utilidad tinciones especiales, como la sinaptofisina, que en esta ocasión nos corroboró la presencia de células ganglionares, aunque de características anormales que correspondían a células inmaduras. En este caso podemos notar el rol que juega la inmadurez de los plexos mientéricos en la etiología del fleo relacionado a meconio; por lo que debe considerarse la inmadurez de los plexos mientéricos antes de realizar un tratamiento definitivo en estos pacientes.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, BIOQUÍMICAS E HISTOLÓGICAS DEL HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD LITIÁSICA VESICULAR** (No. de trabajo: 436)

Roesch Dietlen F, Pérez Morales AG, Melo Santisteban G, Díaz Blanco F, Martínez Fernández S, Martínez JA, Cid Juárez S. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Veracruz, México.

**Introducción:** la enfermedad litiasica vesicular es una enfermedad adquirida, como resultado de una alteración del metabolismo de los componentes de la bilis, sobre todo del colesterol. En el año de 1980, se describió una entidad particular, que tiene como sustrato las alteraciones del síndrome metabólico, no relacionada con la ingesta de bebidas alcohólicas y predominantemente mujeres jóvenes, a la que se denominó como hígado graso no alcohólico (HGNA) y que indudablemente guardan íntima relación con la génesis de los cálculos en la vía biliar, por lo que la colelitiasis debe ser considerada como una manifestación más de esta entidad, la cual se ha incrementado en el transcurso de las últimas décadas. Con objeto de conocer la frecuencia y las alteraciones clínicas, bioquímicas e histológicas del HGNA en pacientes sometidos a colecistectomía, se consideró conveniente elaborar el presente trabajo. **Material y métodos:** tipo de estudio: prospectivo, observacional, transversal y comparativo. Universo: pacientes con diagnóstico de colelitiasis, atendidas en el Hospital Español de la Ciudad de Veracruz, durante el periodo comprendido de mayo de 2005 a junio de 2006, quienes fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica y biopsia hepática. Se dividieron en dos grupos: Grupo A, aquellos en lo que se descartó el HGNA y Grupo B, en los que se confirmó su existencia. Variables analizadas: parámetros clínicos: género, edad, antecedentes familiares y obstétricos. Factores personales de riesgo. Índice de masa corporal (IMC), medición de la cintura, existencia de estigmas hepáticos y características organolépticas del hígado. Perfil bioquímico: glucemia, hemoglobina glicosilada, colesterol, triglicéridos, HDL, AST, ALT, FA. Estudios de imagen: ultrasonido abdominal. Histopatología: se efectuó estudio histológico de la biopsia hepática. Criterios de exclusión: antecedente de ingesta de alcohol (más de 28 U. etanol x semana) y marcadores virales de hepatitis B y C. **Resultados:** se estudiaron en total 65 casos, en 35 de ellos (53.84%) se demostró la existencia de HGNA por el estudio histológico y en 30 (46.16%) se descartó. De las variables analizadas, hubo diferencia estadísticamente significativa en: parámetros clínicos (sexo femenino en una proporción de 4.3:1 sobre el masculino, la edad promedio en este grupo fue de 55.6 años, 7.47 años más que el promedio del grupo control, antecedentes hereditarios de obesidad, dislipidemia e hipertensión arterial IMC y el hallazgo de hepatomegalia), perfil bioquímico, (cifra de triglicéridos, AST y ALT, FA, proteínas totales y albúmina). No hubo diferencia significativa en los hallazgos de imagen en el USG en ambos grupos. El grado de infiltración grasa correspondió al grado I en el 51.43%, grado II en 28.57% y grado III en 20.0% del Grupo B, en 2.58% de los casos se encontró además fibrosis focal y en 8.57% cirrosis. **Discusión:** en los últimos años se ha empezado a dar importancia a la relación que existe entre el HGNA y el desarrollo de enfermedad litiasica vesicular, las cuales tienen como sustrato fisiopatológico el síndrome metabólico.

No existen hasta la actualidad publicaciones al respecto, por lo cual decidimos realizar el presente estudio en un grupo de pacientes sometidos a colecistectomía. Dicha asociación se presentó en 53.84% de nuestro grupo, con predominio en el género femenino, entre la cuarta y sexta décadas de la vida, sobre todo con antecedentes heredofamiliares y factores de riesgo como obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Según los resultados obtenidos uno de los principales indicadores del HGNA fueron la elevación moderada de las transaminasas, aunado a la elevación de triglicéridos. El USG de nuestra serie no resultó ser útil en la detección de cambios en patrón morfológico del hígado. En 80% de los casos el grado de esteatosis fue de leve a moderado y en 20% severa, encontrándose en tres pacientes cirrosis hepática. Consideramos de utilidad realizar el presente estudio, para corroborar la elevada frecuencia del HGNA en nuestra población y su relación con la colestiasis, con el objeto de implementar programas de salud pública dirigidos a mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida de nuestra población y elevar la calidad de vida de estos pacientes.

LINFOMA GÁSTRICO PRIMARIO ASOCIADO A *HELICOBACTER PYLORI* EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE CASO (No. de trabajo: 440)

Fonseca Nájera J, Ruelas Vargas C, Rodríguez Reynosa L. Servicio de Endoscopia Pediátrica. UMAE Hospital Gaudencio González Garza C.M.N. La Raza I.M.S.S. México, D.F.

**Introducción:** las neoplasias primarias del tubo digestivo en pediatría son raras, se reporta una incidencia de 1.2% dentro de las neoplasias en pediatría. El linfoma es el más frecuente y afecta principalmente intestino. El linfoma gástrico es aún más raro y se desconoce su incidencia, ya que en la literatura sólo existen reportes de casos. En pacientes adultos el linfoma gástrico se asocia con *Helicobacter pylori* y se ha descrito adecuada respuesta con el tratamiento de erradicación, en algunos casos requieren además quimioterapia, datos similares han sido observados en los pacientes pediátricos. **Objetivo:** reportar un caso diagnosticado en un hospital en la Ciudad de México. **Caso clínico:** masculino de 11 años, inicia un mes antes de su ingreso con astenia, adinamia, hiporexia, palidez, síntomas que incrementaron en forma progresiva y pérdida de peso de aproximadamente 4 kg. Valorado por su médico familiar que por laboratorio encuentra hemoglobina 6.4 y lo envía a su Hospital General de Zona donde se corrobora la anemia con hemoglobina de 5.7 y es enviado a esta unidad, la química sanguínea, pruebas de función hepática y pruebas de coagulación en parámetros normales. La exploración física sin alteraciones. El ultrasonido abdominal con lesión localizada en epigastrio y mesogastrio dependiente de antro y curvatura mayor de contornos lobulados consistencia sólida, aproximadamente 146 x 66 x 126 mm, Doppler revela moderado flujo dentro la lesión. La SEG D con lesión dependiente de cuerpo y curvatura mayor con defecto de llenado. Eritrocitos marcados con tecnesio 99 en imágenes dinámicas se observa presencia de zona anormal de focalización del radiotrazador a nivel de cámara gástrica. En la tomografía, estómago con bordes lobulados, aumento de tamaño, parcialmente distendido por engrosamiento en su pared de forma difusa que disminuye la luz, densidad homogénea y reforzamiento con el material de contraste y a nivel de pared posterior de estómago hay conglomerado ganglionar. En la endoscopia se observa en esófago lesiones sugestivas de *Candida*, en estómago lesión polipoidea ulcerada concéntrica en todo cuerpo gástrico que no permite paso del equipo a píloro ni realizar retrovisión. Histopatología corrobora *Candida albicans* y las biopsias gástricas con linfoma-leucemia linfoblástica en estómago, gastritis crónica y aguda moderada superficial y profunda se observa flora bacilar. El paciente recibió tratamiento de erradicación para *Helicobacter pylori* con omeprazol, amoxicilina y claritromicina por 14 días además de quimioterapia con remisión de la lesión, la última endoscopia realizada tres meses después del diagnóstico se observa gastropatía erosiva de cuerpo y antro, las biopsias con gastritis crónica y aguda erosiva sin evidencia de linfoma. Hasta el momento se mantiene asintomático bajo vigilancia. **Conclusiones:** el linfoma gás-

trico primario es muy raro en pediatría, los casos reportados sin predominio de sexo son escolares y adolescentes de diferentes áreas geográficas. Los tratamientos han sido diversos, quimioterapia, radioterapia, cirugía y en los casos asociados a *Helicobacter pylori* algunos solamente con tratamiento de erradicación y en otros además quimioterapia. En nuestro paciente el tratamiento fue de erradicación y quimioterapia. En los síntomas iniciales fueron inespecíficos y se asoció de *Candida* en esófago. En la mayoría de los casos hay remisión del linfoma, sólo un paciente de nueve años falleció por la neoplasia. Debido a que son pocos los casos conocidos, aún no es posible determinar datos epidemiológicos y establecer esquemas de tratamiento y pronóstico, aun cuando existen similitudes con la población adulta, no se pueden extrapolar directamente los datos y aplicarlos en nuestra población.

TRES ENTIDADES POCO FRECUENTES. COLITIS QUÍSTICA PROFUNDA, DIVERTICULITIS DE TRANSVERSO Y COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA SECUNDARIA A TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN PARA *HELICOBACTER PYLORI* EN EL MISMO PACIENTE: REPORTE DE UN CASO (No. de trabajo: 445)  
Sánchez Osorio M, Aguilar-Magaña FA. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F.

**Introducción:** la colitis quística profunda, la diverticulitis del transversal y la colitis pseudomembranosa asociada a tratamiento de erradicación para *Helicobacter pylori* son entidades clínicas muy poco frecuentes. Existen sólo algunos reportes de caso de éstas patologías en la literatura internacional. Éste es el primer reporte de caso de la presentación de estas raras entidades en un mismo paciente. Presentación del caso: mujer de 54 años de edad, sin antecedentes relevantes para su padecimiento actual, el cual inicia ocho meses previos a su hospitalización manifestado por episodios intermitentes de dolor abdominal cólico, difuso y evacuaciones líquidas; para su estudio se sometió a endoscopia superior con toma de biopsias, las cuales reportaron gastritis crónica y presencia de *Helicobacter pylori* (Hp) y colonoscopia con resultado normal. Recibió tratamiento de erradicación para Hp tres meses previos a su admisión hospitalaria, con mejoría parcial de los síntomas. Consulta por dolor abdominal intenso, generalizado, distensión, náusea, hiporexia, evacuaciones líquidas, fiebre de 38 °C, astenia y adinamia de seis días de evolución, además de pérdida de peso de 11 kilogramos en seis meses. A la exploración física se encuentra con signos vitales estables; abdomen globoso con plastrón palpable en cuadrantes superior e inferior derechos, doloroso a la palpación superficial, sin datos de irritación peritoneal, edema de miembros inferiores con fóvea y prueba de sangre oculta en evacuaciones negativa. Sus exámenes de laboratorio de ingreso reportaron leucocitos 7,000, neutrófilos 75%, plaquetas 480,000, Hb 11.9, Alb 1.3, VSG 50 mm/Hr, coproparasitoscópicos y toxina de *Clostridium difficile* negativos. Una TAC de abdomen con contraste reveló un engrosamiento mural concéntrico en colon desde el ángulo hepático al colon transversal, con afección de la grasa circundante e imágenes de densidad aérea en la pared del colon que sugerían la presencia de úlceras con extensión intramural y una colonoscopia corta que evidenció la presencia de microerosiones en recto y sigmoideas, además de pérdida mínima del patrón vascular. Por los hallazgos tomográficos, el posterior desarrollo de fiebre y la necesidad de una futura intervención quirúrgica, se inició tratamiento con ceftriaxona, amikacina, metronidazol IV y NPT, con mejoría sintomática. Diez días después de su hospitalización presenta un cuadro de obstrucción intestinal, fiebre de 39 °C y datos de irritación peritoneal; es sometida a laparotomía exploradora en la que se reporta un tumor en colon transversal de 20 x 15 cm, por lo que se realiza colectomía subtotal e ileostomía terminal. Los hallazgos histopatológicos fueron diverticulitis aguda perforada en transversal, colitis quística profunda, colitis pseudomembranosa y peritonitis aguda y crónica. La paciente continuó con el tratamiento antimicrobiano ya descrito con buena evolución y fue egresada en condiciones adecuadas. **Discusión:** la colitis quística profunda es una entidad rara, benigna, que puede afectar el esófago, estómago, vía biliar e intestino delgado. Se caracteri-

za por la presencia de quistes en la submucosa (de hasta 2 cm) y obliteración de la *lamina propria* por fibroblastos; existen tres formas de presentación localizada como en este caso, segmentaria o difusa. Puede asociarse a otras patologías como la enfermedad inflamatoria intestinal, úlcera rectal solitaria, disentería, cirugía gastrointestinal, etc. Puede presentarse como abdomen agudo, dolor cólico, pujo, tenesmo rectal, hemorragia transrectal y diarrea. El diagnóstico diferencial debe hacerse con entidades como la diverticulitis, pneumatosis cistoides intestinales y carcinoma mucinoso. El tratamiento de esta condición puede ser endoscópico o quirúrgico. La diverticulitis del transversa otra entidad rara, con una incidencia del 0.5%, afecta principalmente al género femenino, con una edad promedio de presentación de 52 años. Se manifiesta por dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen, fosa ilíaca o región periumbilical derecha. Las perforaciones en colon transversa por enfermedad diverticular ocurren en sólo en 3% de los casos. El tratamiento consiste en la resección segmentaria del colon transversa. Por otro lado, la asociación entre colitis pseudomembranosa y tratamiento de erradicación para Hp, previamente poco reportada en la literatura debido a que el tratamiento solía incluir metronidazol, actualmente ha llamado la atención; la claritromicina es el principal antimicrobiano responsable de esta entidad, que afecta principalmente a mujeres, como es el caso, y a pacientes mayores; puede ocurrir desde dos días hasta 12 semanas posttratamiento; el diagnóstico se realiza mediante la prueba de inmunoensayo para toxina A y B. El tratamiento consiste en la administración de metronidazol vía oral o IV o vancomicina. En el presente caso por el cuadro clínico, los hallazgos de laboratorio y de los estudios de gabinete se plantearon varias posibilidades diagnósticas, entre ellas enfermedad inflamatoria intestinal, la presencia de una neoplasia colónica y colitis pseudomembranosa por el antecedente de la ingesta de antimicrobianos; sin embargo, aún con esos datos era difícil establecer un diagnóstico preciso. **Conclusión:** aunque la paciente no fue tan afortunada al enfermar, podemos decir que finalmente si lo fue, ya que las tres entidades que la aquejaban aunque poco frecuentes son susceptibles de tratamiento y en términos generales de buen pronóstico. Podemos concluir diciendo “El mejor de todos los males, el menor”.

MANEJO LAPAROENDOSCÓPICO DE LA COLEDOLITIASIS (No. de trabajo: 446)

Lozada León JD, Contreras Arellano A, Reyes Dorantes AA, Carreto Arredondo FB, Escorcia Sánchez M. Sanatorio Santa Mónica. Cuernavaca, Mor. México.

**Antecedentes:** la exploración de vía biliar laparoscópica exige destreza quirúrgica y además es costosa, se puede realizar transcística y/o transcoledociana. Entre 8 y 19% de la población puede presentar un lito inadvertido en la vía biliar, esto hace pensar que en pacientes con dilatación de vía biliar corroborada transoperatoriamente y/o elevación de fosfatasa alcalina, hiperbilirrubinemia, elevación de transaminasas la exploración de vía biliar debe ser mandatoria. **Descripción del video:** se presenta una forma sencilla de explorar la vía biliar en pacientes con dilatación importante de colédoco por enfermedad litiasica, se presentan varios casos en forma consecutiva de extracción de litos con catéter de Fogarty en forma transcística, exploración con ureteroscópico flexible y extracción de litos con canastilla de dormia, litotripsia eletrohidráulica, exploración de vía biliar con lente de 30° de 5 mm a través de trocar subxifoideo y surgiwand de 5 mm a través de trocar de 5 mm en línea media clavicular y posición del paciente en semi fowler y decúbito lateral derecho, extracción de lito en forma laparoendoscópica con canastilla de dormia, CPRE y esfinterotomía endoscópica con aclaración satisfactorio de la vía biliar en todos los casos. **Comentarios:** consideramos que actualmente existe buen armamentario tecnológico que nos permite en forma de mínima invasión realizar una adecuada exploración y limpieza de la vía biliar.

NUTRICIÓN ARTIFICIAL DOMICILIARIA EN ENFERMEDAD DE CROHN (No. de trabajo: 451)

\*Fuentes-Carrasco M, \*\*De Giau-Triulzi L, \*\*Miranda-Cordero RM, \*\*\*Jaramillo-García C, \*\*Treviño García-Manzo N, \*\*González-Hueso S. \*Departamento de Nutrición,

\*\*Gastroenterología Médica, \*\*\*Cirugía General. Centro Médico ISSEMyM, Metepec Estado de México.

**Introducción:** en México la nutrición artificial domiciliaria es una modalidad terapéutica poco empleada, por lo cual no existen registros de los pacientes que la han recibido. Se considera una terapia con alta tasa de complicaciones y su manejo implica un gasto económico elevado. Sin embargo, cuando el paciente permanece hospitalizado con la única finalidad de mejorar su estado nutricional, el costo de esta atención debe ser evaluado. **Objetivo:** reportar el caso de un paciente con enfermedad de Crohn estenosante que en el periodo preoperatorio recibió nutrición artificial en casa. **Presentación del caso:** masculino de 18 años, con enfermedad de Crohn desde los 11 años, con pubertad retrasada, hipogonadismo en tratamiento hormonal de reemplazo, edad ósea de 11 años, anemia microcítica hipocrómica y desnutrición grado I. Antropométricamente: peso de 49 kg, talla 1.63 m. Alteraciones bioquímicas: albúmina 2.5 mg/dL, proteínas totales 4.6 mg/dL. Manejo médico: sulfato ferroso (200 mg/8 horas), ácido fólico (1 tab/24 horas), azatrioprina (1-0-1/2), mesalazina 500 mg (1 c < 78 horas), fórmula polimérica estándar (1 lata/24 horas), polivitamínicos (1 tab/24 horas). Se confirma Crohn estenosante, por la presencia de cuadros de oclusión intestinal de repetición. La sintomatología no le permite incorporarse a sus actividades normales. Se recomienda tratamiento quirúrgico de la zona de estenosis, el cual se posterga por el estado nutricional del paciente por lo cual se decide otorgar soporte nutricional artificial domiciliario. Antes de egresar al paciente se capacita a la familia para la administración y manejo de nutrición parenteral en casa. El paciente es manejado con terapia nutricional mixta. Egresar con nutrición parenteral cíclica nocturna por 12 horas, volumen total administrado de 1,320 mL, con 1,307 kcal., g N 8.28/24 horas. Se emplea dextrosa al 50%, triglicéridos de cadena media y larga, aminoácidos cristalinos al 10%, multivitamínicos, oligoelementos, gluconato de calcio, sulfato de magnesio, cloruro de sodio, fosfato de potasio y glutamina. En adición, recibe alimentación enteral, con frutas, verduras y cereales, aproximadamente 1,000 kcal/24 horas. Es monitoreado bioquímicamente por semana y se establece contacto diario vía telefónica con la familia. **Resultados:** a los 45 días de recibir soporte artificial reingresa por oclusión intestinal. Presenta un incremento de 3.5 kg, albúmina de 3.2 mg/dL y proteínas totales de 6.2 mg/dL; sin complicaciones metabólicas, electrolíticas ni mecánicas. Se realiza una hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis. Es egresado a los 15 días de postoperado. A los seis meses pesa 60 kg y tiene una talla de 1.68 m. **Conclusión:** la nutrición artificial domiciliaria es una terapia segura y efectiva para mejorar el estado nutricional en el periodo preoperatorio de los pacientes con enfermedad de Crohn. El manejo multidisciplinario permite establecer una terapia nutricional exitosa. Nutrir a un paciente en casa es una alternativa de ahorro hospitalario y un tratamiento más cómodo para el enfermo y su familia.

LINFOMA NO HODGKIN PRIMARIO ESOFÁGICO DE CÉLULAS B. REPORTE DE UN CASO (No. de trabajo: 454)

Venegas SJD, Hernández N, Popoca U, Cortés E, Altamirano T, Rodríguez A, Zapata L, Jurado J. Hospital Juárez de México. México, D.F.

**Introducción:** el tracto gastrointestinal es el sitio extranodal más comúnmente involucrado en el linfoma no-Hodgkin. La incidencia de linfomas primarios de el esófago es relativamente raro comparado con linfomas que ocurren en otros órganos gastrointestinales, tales como el estómago, intestino delgado y colon. Los linfomas esofágicos son usualmente secundarios a invasión de nódulos linfáticos adyacentes o por extensión de linfoma gástrico. El linfoma esofágico primario es definido por la presencia de daño aislado de la pared del esófago y ganglios linfáticos adyacentes sin evidencia de linfoma en otra parte. La apariencia endoscópica de linfoma no-Hodgkin del esófago, frecuentemente localizado en la parte distal del esófago, es indistinguible de las neoplasias esofágicas usuales, las biopsias endoscópicas pueden ser inefectivas por el origen submucoso del tumor y el diagnóstico puede retrasarse. El tra-

tamiento puede consistir en quimioterapia y radioterapia con una sobrevida a los cinco años de 40% para linfoma no-Hodgkin. **Presentación de caso:** paciente masculino de 52 años de edad, comerciante, originario y residente de la Ciudad de México, con antecedente de madre finada por cáncer gástrico, antecedente de tabaquismo durante 15 años, cinco cigarrillos por día, suspendido hace 10 años, alcoholismo de tipo social, niega otros antecedentes. Padecimiento de cuatro meses de evolución, caracterizado por disfagia esofágica progresiva primero a sólidos luego a líquidos, se agrega vómito posprandial mediato, dolor torácico, evacuaciones melánicas intermitentes y pérdida de peso de 6 kg en el último mes. A la exploración física sólo palidez de tegumentos, cardiopulmonar sin alteraciones, no adenopatías, abdomen no visceromegalias no masas, hipotrofia muscular de miembros pélvicos. Dentro de laboratorios con biometría hemática con leucocitos de 2,840 x mm<sup>3</sup>, hemoglobina de 10.2 g/dL, VCM 75.2 fl, CMH 26.1 pg, plaquetas 306 mil, química sanguínea con glucosa de 110 mg/dL, creatinina 0.87 mg/dL, deshidrogenasa láctica de 268, fosfatasa alcalina 83, pruebas de función hepática normales. Esofagograma con estenosis lineal de tercio distal de aproximadamente 8 cm de longitud, discreta dilatación del esófago por arriba de estenosis. Endoscopia alta a partir de los 26 cm de la arcada dentaria superior se observó lesión excrescente, que abarca 70% de la luz con bordes irregulares, con elasticidad disminuida y friabilidad, se toman biopsias y cepillado. En citología se observaron linfocitos atípicos, compatible con linfoma. La biopsia con tinción de H&E reportó neoplasia compatible con linfoma. Se realizó inmunohistoquímica con BCL 2 negativo en células neoplásicas, CD45, CD20 positivos en células neoplásicas y CD43 positivo focal, compatible con linfoma no-Hodgkin de células B ulcerado. La TC de tórax y abdomen con imágenes sugerentes de metástasis pulmonares. **Conclusión:** el linfoma primario de esófago es una entidad poco frecuente, se han reportado menos de 20 casos en la literatura, generalmente tiende a aparecer en pacientes con historia de inmunodeficiencia, enfermedades autoinmunes o alteraciones inflamatorias crónicas. En el caso de nuestro paciente no tenía ninguno de los antecedentes antes descritos, presentándose sólo con disfagia y ataque al estado general. El paciente fue manejado con quimioterapia con respuesta favorable hasta el momento. Por lo que en todo paciente con masa esofágica, sobre todo cuando hay sintomatología B debe hacer sospechar en linfoma esofágico.

**HIPERTROFIA PILÓRICA DEL ADULTO EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE ERLHES DANLOS TIPO VII** (No. de trabajo: 457)  
Wilson Gómez GF, Olán Z, Morales Ramos DM, García Guzmán. Departamentos de Gastroenterología y Medicina Interna del Hospital "Gustavo A Rovirosa Pérez" de la Secretaría de Salud, Villahermosa, Tabasco.

**Introducción:** el síndrome de Erhles Danlos (SED) es una entidad rara que afecta las fibras colágenas, se reportan 10 tipos de esta entidad, todas con características clínicas y severidad diferentes. Las formas frecuentes son la tipo II y III. La inherencia genética varía según los tipos. El tipo VII se presenta predominante con talla baja, síntomas articulares, subluxación congénita de la cadera usualmente bilateral, hiper movilidad articular, cutis laxa adelgazada. Las manifestaciones gastrointestinales más frecuentes en el SED son debidas a ruptura del tracto intestinal de predominio en el colon. Revisamos la literatura desde 1980 a la fecha mediante MD-line no encontrando reporte alguno de la asociación de estas entidades. **Caso clínico:** mujer de 24 años con progenitores consanguíneos, luxación congénita de cadera y múltiples cirugías para corrección de pie equino bilateral, luxaciones espontáneas de grandes articulaciones y subluxación del cristalino del ojo derecho. Estudiada por genética en su infancia con diagnóstico de SED tipo VII. Su padecimiento actual lo inició dos meses previos a su ingreso con intolerancia a la vía oral, vómitos posprandiales, progresiva la sintomatología con pérdida ponderal de 5 kilos. El examen físico reveló cutis laxa y adelgazada, opacidad del cristalino derecho, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin alteraciones, extremidades con hiper movilidad articular de pequeñas y grandes articulaciones, cicatrices queloides en rodillas y tobillos, se le reali-

zó estudio endoscópico, el cual mostró estenosis pilórica de 80% sin lesiones mucosas, la biopsia de la mucosa reportó epitelio bien diferenciado, edema moderado sin atipias celulares, un ecocardiograma transtorácico reportó corazón estructuralmente normal. Como tratamiento se planteó la posibilidad de resolución quirúrgica, pero los trastornos de la colágena y la gran predisposición a hernias de la pared además de alteraciones para la cicatrización inclinaron el manejo a la dilatación con balón pilórico vía endoscópica realizándose dos sesiones con intervalo de un mes; en la primera sesión se presentó sangrado escaso por desgarro que se manejó con inyección de adrenalina, evolución clínica adecuada a seis meses del manejo. **Conclusiones:** presentamos una rara asociación de hipertrofia pilórica del adulto en una paciente con síndrome de Erhles Danlos tipo VII, en esta rara patología y debido a las múltiples alteraciones asociadas, el manejo conservador vía endoscópica representó una oportunidad de buenos resultados en una paciente con muy elevado riesgo al tratamiento quirúrgico.

**TUMOR CARCINOIDE PRIMARIO DE HÍGADO: INFORME DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA** (No. de trabajo: 458)

\*Cortés Espinosa T, \*Arvellaga-Rivera C, \*De la Paz-Ibarra B, \*\*Sánchez-Cisneros R, \*\*\*Mondragón-Sánchez RJ, \*Servicios de \*Gastroenterología CMN "20 de Noviembre" ISSSTE, \*\*Patología, Hospital Mocel, \*\*\*Cirugía, Sanatorio Toluca, México. D.F.

**Introducción:** los tumores carcinoides surgen del sistema neuroendocrino. Aproximadamente 80% se originan en el aparato gastrointestinal y 10% en el aparato respiratorio. Si bien el hígado es un sitio frecuente de metástasis por tumor carcinoides(TC), un tumor carcinoides primario de hígado (TCPH) es muy poco frecuente, informándose menos de 60 casos en la literatura inglesa. El diagnóstico de TCPH se basa en la confirmación histopatológica del TC y la exclusión de un tumor primario extrahepático. El abordaje quirúrgico de estos tumores conlleva a un mejor diagnóstico que en otros tipos de neoplasia hepática primaria, así como en las metástasis hepáticas por carcinoides. **Objetivo:** informar un caso de TCPH que se manifestó por crisis de carcinoides grave. **Informe de caso:** femenino de 51 años de edad, con historia de tres años de dolor abdominal en cuadrante superior derecho, náusea, vómito, diarrea, diaforesis, palpitations y enrojecimiento facial. La tomografía axial, mostró múltiples masas en ambos lóbulos del hígado, los niveles urinarios de ácido 5-hidroxiindolacético fueron normales. Se diagnóstico TCPH basado en octreótida marcado con Indio 111, así como hallazgo histopatológico con tinción positiva de células tumorales para grimelius y cromogranina A. La paciente recibió sandostatina controlándose el síndrome carcinoides y posteriormente fue sometida a laparotomía exploradora, así como hemipatectomía izquierda. Actualmente se encuentra controlada con sandostatina LAR. **Resultados:** en la revisión de Iwao de 53 casos el TCPH ocurrió en una edad promedio de 48.2 años, siendo mas frecuente en el sexo femenino. El 80 a 84% de los casos revisados las células tumorales fueron positivas para grimelius y cromogranina A. La resección quirúrgica fue el tratamiento de elección con 18% de recurrencia y 74% de sobrevida. Hasta el momento actual sólo se han informado cinco casos de TCPH asociado a síndrome carcinoides. **Conclusión:** es importante para el diagnóstico de TCPH excluir un sitio extrahepático. En los casos de TCPH y síndrome carcinoides el uso de sandostatina puede ser de elección para el control de los síntomas. La resección quirúrgica es el tratamiento primario de TCPH.

**CALCIUM POLYCARBOPHIL IN DIARRHEA: EVALUATION IN CLINICAL PRACTICE** (No. de trabajo: 460)

Vidal Silva A, Bueno M, Koizumi F, Alves F, Bueno F, Gomes R. Aclimed. Sao Paulo, Brazil.

Calcium polycarbophil is the calcium salt of the hydrophilic polymer of polyacrylic acid cross-linked with divinylglycol. It is approved to treat both constipation and diarrhea, and is an important therapeutic agent in a variety of functional intestinal disorders. The aim of this study was to evaluate Calcium polycarbophil use in a group of patients who had diarrhea. The study was carried out in a total of 200 patients (68% female

and 32% male), the ages ranged from 14 to over 86 years old. Finally, 21% had acute diarrhea and 79% chronic. Following an initial history, physical examination and diagnostic investigations, the patient was given Calcium polycarbophil in a daily dosage of 1 or 2 g, dispensed in random sequence, given twice a day. The patients were evaluated by clinical and laboratorial methods, during 8 weeks of medication use. The results consisted in a final group of 166 patients, 84% had a good response of their diarrhea at the first month evaluation, and 96% in the second month. Side effects were observed in 20% of the patients, and 100% did not have laboratorial abnormalities. Our group conclusion was that Calcium polycarbophil proved to be helpful, safe and effective in the treatment of diarrhea, even in association with other medications, and there was no response difference between the 1 g/day or the 2 g/day group.

**FIBROSIS PORTAL CON HIPERTENSIÓN PORTAL NO CIRRÓTICA. REPORTE DE CASO (No. de trabajo: 466)**

Zamorano Y, Rodríguez A, Gama M, Pacheco C, Salinas AC. CEMENAV. México, D.F.

**Introducción:** la patogenia de la hipertensión portal, está en relación con el flujo sanguíneo dentro del hígado (resistencia portohepática) y de los vasos sanguíneos colaterales portosistémicos (resistencia portocolateral). Las causas son diversas, las principales causas son la cirrosis hepática, hepatopatía crónica por infección viral, pero existen otras muchas causas no cirróticas. el conocimiento de la patología, confirma la existencia de la resistencia al flujo portal, en una variedad de diferentes niveles anatómicos, en la patogenia de la hipertensión portal. Las causas no cirróticas son diversas, siendo la más común la esquistosomiasis.

**Material y método:** presentar caso clínico de paciente que ingresa al Servicio de Gastroenterología del Centro Médico Naval, en febrero del 2006. **Caso clínico:** masculino de 16 años de edad, sin antecedentes hereditarios de importancia, ingresa al Servicio con manifestaciones de hemorragia de tubo digestivo, con hematemesis, melena y deterioro del estado hemodinámico, al realizar estudio endoscópico, se identifican várices esofágicas grandes con estigmas de hemorragia reciente y se lleva a cabo escleroterapia con polidocanol al 3% con técnica paravariceal y se hemotransfunden dos concentrados globulares. Se traslada a nuestro servicio, con persistencia de melena y se lleva a cabo segundo estudio endoscópico, en donde se corrobora la presencia de várices esofágicas grandes con puntos cereza y se colocan cinco bandas elásticas, en forma exitosa, además de iniciar infusión de vasopresor (terlipresina; con buena respuesta terapéutica y sin evidencia de resangrado temprano). A la EF: consciente, con palidez de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen plano, depresible, con esplenomegalia no dolorosa, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis normal. Resto de la exploración sin datos relevantes que comentar. Se llevaron a cabo los siguientes estudios: ecosonografía abdominal con flujometría de 12 mm sin evidencia de reflujo ni de turbulencias en la porta, la cual midió 13 mm. AngioTAC; con vena cava con dm de 20 mm a nivel del hepático y por debajo del mismo con un dm de 40 mm, con dilatación de vena esplénica con dm de 11 mm, venas renales de 10 mm. Esplenomegalia con 160 mm, dilatación de venas colaterales hepatogástricas. Cavografía: normal. Biopsia hepática a cielo abierto con colangiografía con aspecto morfológico normal. Reporte histopatológico: compatible con fibrosis portal no cirrótica, con distribución anormal de espacios porta y venas centrolobulillares con engrosamiento de la pared con fibrosis. Perfil inmunológico: anticuerpos antimitocondriales, antinucleares y antimúsculo liso: negativos. Perfil de TORCH: negativo. Panel viral para el virus B y C de la hepatitis: negativos. Espirometría: patrón espirométrico normal. **Resultados:** se llevó a cabo tratamiento endoscópico (ligadura variceal en dos ocasiones) y también se inició tratamiento de tipo farmacológico con betabloqueador no selectivo (propranolol) 40 mg día. Actualmente sin evidencia de resangrado variceal y se encuentra en protocolo quirúrgico para cirugía de tipo derivativo.

**VESÍCULA BILIAR DOBLE. REPORTE DE CASO CLÍNICO (No. de trabajo: 467)**

Pujadas Z, Rodríguez O, Valero R, Benítez G, Sánchez A, Siverio A, Valls J. Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela.

**Introducción y objetivos:** se presenta caso clínico de vesícula biliar doble en paciente femenino de 68 años quien consulta por presentar clínica de colecistitis aguda; el procedimiento quirúrgico se inicia por vía laparoscópica y ante la imposibilidad de identificación de estructuras anatómicas es convertido a cirugía convencional abierta donde se evidencia vesícula biliar doble, cada una de las cuales desembocaba en un conducto cístico separado, ambas con signos de inflamación aguda; una de ellas con múltiples cálculos; la otra, acalculosa, con un pólipo mayor de 1 cm en su interior. El estudio anatomopatológico reportó colecistitis crónica, colecistitis aguda severa y pólipo necrótico, respectivamente. La vesícula biliar doble es una variante anatómica poco frecuente la cual puede ser diagnosticada preoperatoriamente por imagenológico cuyo abordaje laparoscópico resulta exitoso. El objetivo del presente cartel es presentar un caso de vesícula biliar doble debutando como colecistitis aguda haciendo énfasis en su diagnóstico y manejo; destacando el papel en esta patología de la cirugía laparoscópica. **Materiales y métodos:** femenino de 68 años; consulta por dolor en hipocondrio derecho de 15 días de evolución, fuerte intensidad, cólico; concomitante hipertermia no cuantificada. A la valoración paraclínica leucocitosis con neutrofilia. Se realiza ecosonograma abdominal evidenciando vesícula biliar de paredes engrosadas con múltiples imágenes hiperecogénicas en su interior. Ingres a quirófano con diagnóstico de colecistitis aguda; se inicia el procedimiento por vía laparoscópica, el cual es convertido a ante la imposibilidad de identificación de estructuras anatómicas. El ambiente en el cual se desarrolla el caso es el Servicio de Cirugía III-Hospital Universitario de Caracas. **Resultados:** doble vesícula biliar, cada una de las cuales desembocaba en un conducto cístico separado. Una de ellas con múltiples cálculos en su interior; la otra presentaba picrocolecisto perforado. Se realiza colecistectomía doble. En la pieza con picrocolecisto a la apertura se evidencia un pólipo mayor de 1 cm. **Conclusiones:** la duplicación de la vesícula biliar es una rara anomalía congénita del sistema biliar, en la que existen dos cavidades independientes y dos conductos císticos distintos. Se han descrito dos variedades principales: el tipo ductal y el tipo "Y" invertida. La incidencia reportada se ubica en el orden de 1 por cada 4,000 autopsias. Pese a ser una variante anatómica poco común, con el advenimiento de técnicas avanzadas de imagenología, es posible realizar el diagnóstico preoperatorio siendo exitoso el abordaje laparoscópico de la misma.

**EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA COMBINACIÓN DE CITRATO DE ALVERINA Y SIMETICONA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA POBLACIÓN MEXICANA, ESTUDIO MULTICÉNTRICO (NO. DE TRABAJO: 469)**

\*Manzano Sosa B, \*Hernández Ramírez A, \*Herrera López JA, \*Malé R. \*\*Novoa Heckel G. \*CMN 20 Nov. ISSSTE. \*\*Lab. Mayoli. México, D.F.

El síndrome de intestino irritable (SII) es el principal motivo de consulta a los gastroenterólogos y es la causa más común de deterioro de la calidad de vida, responsable de una gran carga económica para algunos de los miembros de la sociedad contemporánea. El conocimiento actual nos ha llevado a entender las interacciones entre el intestino y la flora, el sistema nervioso entérico y el eje cerebro intestinal, avanzando en la patogénesis de los síntomas, así como en su etiología básica. En el SII la explicación de la fisiopatología aún es tema en debate, ya que en teoría se han propuesto explicaciones que van desde factores psicosociales como causa primaria, hasta alteraciones sobre la motilidad gastrointestinal, y no queda claro cuáles son los mecanismos primordiales que pueden explicar los síntomas del fenómeno llamado recientemente hipersensibilidad visceral. El tratamiento del SII aún representa todo un reto, ya que la evidencia con respecto a los múltiples factores involucrados es compleja. **Objetivo:** evaluar la efectividad y tolerabilidad en población mexicana del citrato de alverina+simeticona en el tratamiento del SII

durante un periodo de cuatro semanas, bajo condiciones de practica clínica habitual. **Material y método:** estudio clínico abierto, multicéntrico, longitudinal y prospectivo, que se llevó a cabo en el territorio de la República Mexicana de febrero a agosto del 2005. El estudio previó como intención original 1,500 pacientes, reclutados por 250 médicos a razón de seis pacientes por médico participante. Al final se conjuntaron un total de 894 pacientes con diagnóstico clínico de SII apegados a los criterios de Roma II, edades entre 18 y 60 años, ultrasonido abdominal negativo a patología digestiva por lo menos en los últimos tres años de inicio de tratamiento, heces negativas a sangre y parásitos. Se excluyeron los pacientes con cualquier enfermedad asociada crónica degenerativa descontrolada o bien síntomas de alarma como pérdida de peso, pacientes tratados con anterioridad a causa de enfermedad inflamatoria intestinal, diarrea aguda o crónica, cirugía intestinal, dependencia de alcohol u otra droga. El tratamiento consistió en la prescripción de una combinación de 60 mg de citrato de alverina más 300 mg de simeticona. El periodo de estudio por paciente fue de dos meses, examinándose los pacientes en cinco ocasiones: los días -14.0, 14.28 y 60. Los pacientes seleccionados fueron tratados durante cuatro semanas, administrando una cápsula antes de cada comida. La consignación de los resultados se realizó en una hoja clínica de vaciamiento, en donde se señalaban los signos y síntomas antes y durante el tratamiento, es decir, cambios en el hábito intestinal, dolor abdominal y distensión abdominal. La evaluación de los síntomas se realizó de acuerdo con los datos referidos de cada paciente con una escala del 1 al 10 para dolor, dolor y distensión, distensión abdominal. Para los cambios en el hábito intestinal se estableció una escala del 1 al 7, en donde su variación respondía a la frecuencia de la evacuación en número de días. Se realizaron pruebas de Kruskal Wallis para marcar las diferencias estadísticamente significativas en cada síntoma evaluado. **Resultados:** se incluyeron 894 pacientes evaluables, con características demográficas y clínicas de SII, la población en su mayoría del sexo femenino con 74% del total de pacientes. El dolor fue el síntoma más común tanto en hombres como en mujeres, seguidos de la distensión abdominal y dolor y en menor frecuencia los cambios en el hábito intestinal. Desde la segunda semana de tratamiento se observaron cambios muy significativos, desapareciendo el dolor al final del estudio en 79.4%, los cambios en el hábito intestinal y distensión abdominal también se pronunciaron a la mejoría. Los efectos adversos fueron mínimos y leves, y no obligaron a suspender el manejo. **Conclusiones:** la combinación del medicamento señalado mostró ser eficaz y seguro para la población con SII, mejorando la calidad de vida. Trab. Patroc. por Mayoli.

#### EVALUACIÓN DE PROTOTIPOS DE LA PRUEBA RÁPIDA DE UREASA PARA DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*. ESTUDIO PILOTO (No. de trabajo: 470)

Ortiz-Olvera N, Castro JA, Bautista D, Blancas-Valencia JM, Morán-Villota S. Servicio de Endoscopia Gastrointestinal. Laboratorio de Gastroenterología. Hospital de Especialidades y Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

**Antecedentes:** se han diseñado diferentes prototipos de la prueba rápida de ureasa (PRU) cuyo principio es el desdoblamiento de la urea en CO<sub>2</sub> y amonio, por medio de la ureasa del *H. pylori*. El amonio incrementa el pH del medio, lo cual puede ser detectado por el cambio de color del rojo fenol de amarillo a magenta. **Objetivo:** evaluar tres prototipos (gel, líquido y papel filtro) de la prueba rápida de ureasa para diagnóstico de infección por *H. pylori* en biopsias de la mucosa gástrica. **Material y métodos:** se incluyeron 30 pacientes (18 mujeres y 12 hombres); con promedio de edad 42 ± 11.43 años, referidos para endoscopia gastrointestinal y toma de biopsias. La PRU se realizó colocando el espécimen de la biopsia gástrica en cada uno de los prototipos y la lectura de la prueba se realizó después de 30 minutos y 24 horas. El cambio de color a magenta en la base, se consideró como positivo para presencia de *H. pylori*. El diagnóstico de infección se consideró cuando el cultivo y/o la biopsia y la serología fueron positivas para *H. pylori*. **Resultados:** la concordancia (kappa) de la PRU con otras pruebas se muestra en el cuadro 1.

**Cuadro 1.** Concordancia.

Método	N	Biopsia-serología &#954;	Cultivo &#954;	p
PRU liq	30	0.5217	0.5294	0.005
PRU gel	30	0.5217	0.5294	0.005
PRU papel	30	0.3186	0.1579	0.041
PRU liq y gel 24 h	30	0.8197	0.7143	0.035

**Conclusiones:** los resultados preliminares sugieren que los prototipos de la PRU en forma de gel y líquida son las alternativas para el diagnóstico de infección por *H. pylori* que se deben perfeccionar y validar en futuros estudios clínicos. Este trabajo ha sido financiado por el FOFOI-IMSS.

#### DRESS SYNDROME IN A YOUNG PATIENT – THE RISKS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES THERAPY (No. de trabajo: 471) Vidal Silva A, Bueno M, Bueno F, Alves F, Koizumi F, Gomes R. Aclimed. Sao Paulo, Brazil.

Skin is the most frequent target of drug reactions that are reported, may be because they are easily detected. DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) is a drug-induced hypersensitivity syndrome that can mimic malignant lymphoma. It is characterized by exfoliative dermatitis, hepatitis, interstitial nephritis and eosinophilia. Drugs previously reported to cause DRESS syndrome include sulfasalazine, hydantoine, d-penicillamine, allopurinol, hydrochlorothiazide, and cyclosporine. Sulfasalazine is the drug most widely used in intestinal inflammatory disease given its efficacy and low cost. We report a case in a 16-year-old boy who had been on sulfasalazine for 2 months to treat ulcerative colitis, that presented a flu-like syndrome with a pruriginous maculopapular erythema, initially involving the face, trunk and proximal limbs; a fever of 40 degrees C, systemic discomfort, fatigue, headache. Enlargement of the liver, spleen and several peripheral lymph nodes were also observed. Blood tests showed marked eosinophilia and hepatitis. The symptoms resolved with sulfasalazine withdrawal and corticosteroid therapy. The markers of hepatitis become negative after 2 months. DRESS syndrome continues to carry a high mortality rate of about 10%. The physiopathology has not been yet elucidated and the treatment is not codified, but the triggering agent must immediately be stopped. It is important to recognize this entity recently named DRESS syndrome because it can mimic other pathologies, is potentially serious, and because withdrawal of the incriminating drug is imperative.

#### ADENOCARCINOMA DE PAPILA DE VATER Y ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN. ¿ASOCIACIÓN CASUAL O RELACIÓN HABITUAL? (No. de trabajo: 473)

\*Pujadas Z, \*Rodríguez O, \*Valero R, \*Bellorin O, \*García E, \*\*Muñoz I, \*Belloso R. \*Servicio de Cirugía y \*\*Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario de Caracas.

**Introducción y objetivos:** la asociación de la neurofibromatosis de Von Recklinghausen con tumores gastrointestinales y hepato biliares está bien documentada. La mayoría de ellos son neurofibromas benignos; extraordinariamente raro es el desarrollo de tumores epiteliales malignos sin una relación ontogénica bien establecida. Los tumores periampulares en pacientes afectados con neurofibromatosis son usualmente carcinoides o tumores estromales y rara vez, adenocarcinomas. En todos los pacientes con neurofibromatosis que presentan ictericia, hemorragia digestiva o dolor abdominal, debe ser considerado un tumor periampular. La escisión endoscópica o quirúrgica son los únicos tratamientos curativos. Describimos un interesante caso de una paciente portadora de neurofibromatosis tipo 2 con clínica de ictericia obstructiva debido a adenocarcinoma de papila de Vater. Se le practicó pancreatoduodenectomía con preservación de píloro. El objetivo del presente cartel es discutir la relación fortuita o no entre estas dos entidades. **Materiales y métodos:** paciente femenino de 21 años con antecedente de neurofibromatosis tipo 2 diagnosticada a los seis años de edad quien consulta por tinte icterico intermitente, coluria, hipocolia, dolor en hipocondrio derecho,

náuseas y vómitos en dos oportunidades; concomitante pérdida de peso de 13 kg en cuatro meses. Se realiza colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica que reporta obstrucción biliar baja y tumor de papila. La biopsia guiada por endoscopia digestiva superior reporta adenocarcinoma infiltrante bien diferenciado. Invasión vasculo-linfática presente. **Resultados:** es llevada a mesa operatoria; se realiza pancreatoduodenectomía con preservación de píloro evolucionando satisfactoriamente. **Conclusiones:** la asociación de la neurofibromatosis de Von Recklinghausen con tumores gastrointestinales y hepatobiliares está bien documentada, la mayoría de ellos neurofibromas benignos; otros tumores son menos frecuentes. Extraordinariamente raro es el desarrollo de tumores epiteliales malignos y su relación ontogénica no está bien establecida. La revisión de la literatura sugiere que los pacientes con enfermedad de Von Recklinghausen tienen un riesgo significativo de sufrir neoplasias periampulares originadas en la cresta neural. Los tumores periampulares en pacientes afectados por neurofibromatosis son usualmente carcinoides o tumores estromales y más rara vez, adenocarcinomas. La coexistencia de lesiones cutáneas en neurofibromatosis y tumores carcinoides de la ampolla de Vater no es fortuita. Los melanocitos en las lesiones cutáneas pigmentadas de la neurofibromatosis unen DOPA, mientras que la células cromafines de los tumores digestivos contienen gránulos citoplasmáticos que son precursores de aminas con actividad digestivas de síntesis y almacenamiento. La DOPA es uno de esos precursores. Ambas enfermedades además están interrelacionadas con un origen embriológico común: la cresta neural. En todos los pacientes con neurofibromatosis que presentan ictericia, hemorragia digestiva o dolor abdominal; debe ser considerado un tumor periampular. La escisión quirúrgica es el único tratamiento curativo.

PANENDOSCOPIA PREOPERATORIA Y SU UTILIDAD EN CIRUGÍA BARIÁTRICA (No. de trabajo: 475)  
Flores Gama F, Rojano RM, Moreno PM, Bahena AJ. Hospital "Dr. Manuel Gea González". México, D.F.

**Antecedentes:** la obesidad es un gran problema de salud pública en nuestro país debido a su impacto sobre la esperanza y calidad de vida de las personas, incrementándose los procedimientos bariátricos en los últimos años. La panendoscopia se realiza habitualmente en estos pacientes como preoperatorio, encontrando diversas patologías que pueden cambiar el plan de tratamiento. **Objetivo:** determinar la utilidad de la panendoscopia diagnóstica preoperatorio en los pacientes que se someterán a algún procedimiento bariátrico. Diseño: descriptivo, prospectivo, transversal. **Material y métodos:** se incluyó a todos los pacientes en protocolo preoperatorio para cirugía bariátrica entre enero de 2005 y enero de 2006. Dos endoscopistas expertos revisaron los videos y reportes de las panendoscopias dividiendo a los pacientes en cuatro grupos: estudio normal (0), anormal sin influencia sobre el procedimiento (1), anormal que modifican el abordaje quirúrgico (2) y anormalidad que contraindica el procedimiento (3). **Resultados:** se incluyeron 60 pacientes en protocolo de estudio de obesidad, de los cuales 50 fueron sometidos a panendoscopia preoperatoria. Se identificaron en 75% de los casos una o más lesiones, 60% de ellas con importancia clínica. De acuerdo con la clasificación de hallazgos el grupo 0 tuvo una prevalencia de 20%; grupo 1, 20%; grupo 2, 55%; grupo 3, 5%. El principal hallazgo encontrado durante dichos estudios fue la presencia de hernia hiatal en 42%; esofagitis, 35%; úlcera gástrica, 3%. **Conclusiones:** la panendoscopia diagnóstica previa a la realización de un procedimiento bariátrico, sin duda alguna juega un rol importante no sólo en la valoración preoperatorio, sino también en la elección del procedimiento quirúrgico.

COLONIC GANGLIONEUROMA - REPORT OF A CASE (No. de trabajo: 476)  
Vidal Silva A, Bueno M, Bueno F, Alves F, Koizumi F, Gomes R. Aclimed. Sao Paulo, Brazil

Gastrointestinal involvement in neurofibromatosis occurs in three forms: neurofibromatous tumors, visceral vasculopathy and ganglioneuro-

matosis. Ganglioneuromas are neuroectodermal tumors that are found in diverse anatomic sites, but they are very uncommon in the colon. Ganglioneuromatous polyposis is a very rare intestinal disease which differs from isolated polypoid ganglioneuroma and from diffuse ganglioneuromatosis. Its clinical, endoscopic, microscopic and evolutive features are poorly known. We report the case of a 54-year-old man that presentet chronic diarrhea and abdominal pain of several months of duration. Endoscopic features suggested diagnosis with polyposis, predominating in the right colon, with flat lesions. Histological study showed a diffuse mucosal ganglioneuromatous proliferation with a single adenomatous polyp. The patient presented pseudo-obstruction and right hemicolectomy was the best choice. The patient improved and is an outpatient. Neurogenic tumors are not uncommon in Von Recklinghausen's neurofibromatosis and multiple mucosal neuroma syndrome, but solitary lesions unassociated with these conditions are rare. The recorded incidence is too low, maybe because many cases are undiagnosed. According to the literature, 10-25% of the patients with neurofibromatosis develop intestinal manifestations. Subtotal colectomy is recommended for pseudo-obstructive symptoms refractory to medical management.

ASOCIACIÓN ENTRE HIPERTRANSAMINASEMIA Y FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD HEPÁTICA (No. de trabajo: 477)  
\*\*Cerezo CO, \*Flores Y, \*Díaz JC, \*\*\*Cabrera G, \*Salmerón J. \*Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Cuernavaca, Mor. \*\*Escuela de Salud Pública de México. \*\*\*Clínica de Hígado, IMSS HGR No. 1, Cuernavaca, Mor. México.

Pregunta de investigación: ¿Existe asociación entre la prevalencia de los factores de riesgo seleccionados para enfermedad hepática y la presencia de hipertransaminasemia?

**Antecedentes:** la elevación de las aminotransferasas obedece a múltiples factores, gran parte de ellos corresponden a factores de riesgo para enfermedad hepática. La hipertransaminasemia no siempre condiciona presentación clínica; en la mayoría de veces la causa se debe a esteatosis/esteatohepatitis no alcohólica, seguida de hepatitis crónica C, esteatohepatitis alcohólica, hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria y hepatitis de origen desconocido. Las patologías citadas se han asociado con factores de riesgo específicos, desde los sociodemográficos hasta los exclusivos de cada patología. **Objetivo:** identificar la posible relación de factores de riesgo para enfermedad hepática con la elevación de las aminotransferasas, para lo cual se usarán los datos recabados del estudio de Cohorte de trabajadores del IMSS, en Cuernavaca, Morelos. **Métodos:** para establecer la posible asociación entre la elevación de aminotransferasas y factores de riesgo seleccionados se generó un modelo de regresión logística. Así mismo, se evaluó la asociación de las covariables seleccionadas con distintos eventos, como, consumo de alcohol, obesidad, diabetes y síndrome metabólico. El tamaño de la muestra estuvo compuesto por 7,454 pacientes mayores de 20 años. **Resultados:** la prevalencia de aminotransferasas elevadas (AST o ALT), de obesidad y síndrome metabólico fue mayor entre los hombres (24.0 vs. 17.0%; 19.6 vs. 15.1 y 15.9 vs. 10.4%, respectivamente), mientras que la prevalencia de consumo de alcohol fue mayor entre las mujeres (77.9 vs. 87.5%). La presencia de obesidad (RM: 5.12 IC95% 3.99-6.55; con respecto a las personas que tienen un peso normal); diabetes (RM: 1.41 IC95% 1.05-1.89) y de síndrome metabólico (RM: 2.37 IC95% 1.87-3.01) incrementan la probabilidad de tener elevada alguna de las aminotransferasas, independientemente de otros factores (edad, sexo, educación e ingreso). **Conclusiones:** nuestros resultados indican que la prevalencia de hipertransaminasemia varía de acuerdo con el género y confirman la asociación de este evento con otros factores de riesgo para enfermedad hepática, como la presencia de obesidad, síndrome metabólico y diabetes. Estos hallazgos resaltan la importancia de implementar programas de prevención primaria y secundaria en grupos de alto riesgo.

EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE PUEBLA (HGP) EN FUNDUPPLICATURAS COMO TRATAMIENTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE). ANÁLISIS DE 26 PACIENTES (No. de trabajo: 478)

Sánchez Carvajal LG, Theurel G, Prado E, Justo JM, Jaimes, Sigala. Servicio de Cirugía General, Servicio de Endoscopia. Hospital General de Puebla. Puebla, Pue. México.

**Antecedentes:** la ERGE es frecuente, produciendo en 10-20% complicaciones graves como esófago de Barret, úlceras esofágicas y estenosis. El objetivo de la cirugía antirreflujo es restablecer la competencia del EEI mejorando su función para evitar la aparición reflujo gastroesofágico, mientras se preserva la capacidad de deglutir con normalidad, aliviar la distensión gaseosa, vomitar y eructar cuando es necesario. Nissen describió la funduplicatura de 360 grados abierta y Damallage la laparoscópica y desde aquellos tiempos se ha demostrado que el tratamiento quirúrgico para ERGE es el más eficaz y seguro para todos los pacientes que ya han sido tratados previamente. **Objetivo:** analizar retrospectivamente a un grupo de pacientes con ERGE y hernia hiatal tratados con distintas técnicas de funduplicaturas (Nissen, Nissen-Rossetti, Toupet, Técnica en "V"), laparoscópicas o abierta. Diseño: retrospectivo, observacional, longitudinal. **Material y métodos:** en el periodo comprendido del 01/01/01 al 31/06/05, se analizaron a 26 pacientes en quienes se realizó funduplicatura laparoscópica 23 (88.4%), y abierta por conversión tres (11.6%). En edades entre los dos meses de edad a los 72 años de edad con una media de 35.4. Varones 13 (50%), mujeres 13 (50%). Quienes por clínica se demostró ERGE 100%, y por endoscopia 24 (92.3%). Se les realizó endoscopia con la clasificación de Salvary-Miller. Se valoraron complicaciones quirúrgicas, conversiones, inicio de la vía oral, estancia intrahospitalaria, y se les realizó valoración clínica posquirúrgica con la clasificación de Visick (I-IV). **Resultados:** los diagnósticos quirúrgicos fueron hernia hiatal 18 pacientes (69%), esófago de Barret cuatro (16%), ERGE 26 (100%). **Métodos diagnósticos:** endoscópico 24 pacientes (92%), manométrico tres (11.6%), pHmetría dos (7.6%), SEG D siete (29.9%). Se diagnosticaron esofagitis grado I en cinco pacientes (19.2%), grado II en seis (23%), grado III en cuatro (15.3%), grado IV en 11 (42%). Tratamiento previo: ranitidina en nueve pacientes (34.6%), omeprazol en 10 pacientes (38.4%), ambos Tx en siete pacientes (26.9%). Los síntomas extraesofágicos más importantes fueron: dolor urente epigástrico: en 23 pacientes (88.4%), distensión abdominal en dos pacientes (7.6%). Los síntomas intraesofágicos más frecuentes fueron: pirosis, regurgitación. Las náuseas se presentaron en todos los pacientes. Las técnicas de funduplicaturas fueron cuatro: Nissen en 14 pacientes (53.8%), Nissen-Rossetti en uno (3.8%), Toupet en cuatro (15.3%), funduplicatura en "V" en seis (23%). Realizadas por cuatro médicos adscritos del HGP. Se utilizó dilatador esofágico Hurts 48fr en 25 pacientes. Abiertas tres (11.6%) ambas Nissen. En 22 pacientes (84%) sin complicaciones, complicadas en cuatro (15.3%), (por presentar sangrado, perforación esofágica, gástrica, lesión hepática) de estas complicaciones sólo se convirtieron tres cirugías (11.6%) a las que se realizó cierre primario de esófago y gástrico, hemostasia de sangrado de vasos cortos. Complicaciones posquirúrgicas: la más importante fue disfagia en 17 pacientes (65.3%), la cual en 12 pacientes duró < una semana, 4 > una semana, 1 > del mes. Estancia intrahospitalaria: (laparoscópicas) ocho pacientes (40%) ambulatorios, nueve (45%) un día, tres (15%) dos días; en cirugía abiertas: tres paciente dos días; y tres pacientes en los que se convirtió la cirugía cinco días. Endoscopia posquirúrgica: sólo se realizó en tres pacientes: normales. SEG D en dos pacientes: normales. En la clasificación de Visick en 22 pacientes I (84.6%), 4 II (15.3%) ninguno presentó III, IV. No ha habido ninguna reintervención quirúrgica por malestar o incapacidad del paciente. **Conclusiones:** tras la experiencia en cuatro años y medio en funduplicaturas en el hospital y la vista de resultados obtenidos pensamos y corroboramos que la técnica quirúrgica elegida para cada paciente fue el mejor tratamiento para la enfermedad por reflujo gastroesofágico, dando buenos resultados finales para cada paciente, los cuales se encuentran satisfechos por el resultado obtenido.

BIOPSIAS HEPÁTICAS: EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO (No. de trabajo: 481)

Venegas JD, Hernández N, Sierra R, Altamirano JT, Martínez L, Montesinos MA, Zapata L, Rodríguez A. Hospital Juárez de México. México. D.F.

**Introducción:** la biopsia hepática es el estándar de oro para el diagnóstico histológico de enfermedades y lesiones hepáticas. Los métodos utilizados con mayor frecuencia son: biopsia percutánea a ciegas, guiada por TAC o US y en casos específicas, transyugular o con abordaje quirúrgico. Los reportes de complicaciones van de 1-6%, siendo las más frecuentes dolor en hipocondrio derecho e hipotensión arterial. La mortalidad se ha informado de 0.11% a 0.33% y en la gran mayoría de los casos secundaria a hemorragia intraperitoneal. **Objetivo:** describir las características clínicas, indicaciones, complicaciones y tipo de biopsia utilizada en el Hospital Juárez de México. **Material y métodos:** se revisaron expedientes de pacientes con biopsia hepática del Hospital Juárez de México, de enero del 2000 a diciembre del 2005. Se obtuvo un total de 96 pacientes, se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, ingesta de alcohol, enfermedades asociadas, diagnóstico clínico, método utilizado para toma de biopsia hepática, resultado histopatológico, y complicaciones del procedimiento. **Resultados:** de un total de 96 pacientes, 31 (32.22%) fueron hombres y 65 (67.70%) mujeres. El promedio de edad fue de 47.2 años. Se excluyeron cuatro pacientes por no contar con material suficiente para evaluación histopatológica. El antecedente de ingesta de alcohol se observó en n = 16 (51.61%) hombres y en n = 5 (7.6%) mujeres. Se encontró 42.7% de enfermedades asociadas: hipertensión arterial sistémica n = 14 (14.58%) pacientes, diabetes mellitus tipo 2 n = 10 (10.41%), y otras n = 17 (17.70%). Todas las biopsias percutáneas a ciegas se tomaron con aguja Tru-Cut, la principal indicación fue cirrosis hepática de etiología viral o alcohólica y en menor proporción hepatopatías autoinmunes, colagenopatías y hepatitis reactivas. Las biopsias hepáticas guiadas por US o TAC se tomaron con aguja Tru-Care y la principal indicación fue masa hepática en estudio e hígado metastásico. Los métodos empleados fueron: biopsia percutánea a ciegas n = 41 (42.7%), guiada por ultrasonido o TC con aguja fina n = 44 (45.83%), vía laparoscopia n = 2 (2.08%), transoperatoria n = 8 (8.33%) y transyugular n = 1 (1.04%). Los diagnósticos histopatológicos encontrados fueron los siguientes: neoplasias malignas n = 27 (28.2%), hepatitis viral n = 11 (11.45%), enfermedades autoinmunes n = 17 (17.7%), colestasis por fármacos n = 3 (3.12%), esteatosis hepática n = 13 (13.54%), cirrosis hepática de etiología critogénica n = 8 (8.33%) y otros padecimientos n = 13 (13.54%) pacientes. El diagnóstico clínico presuntivo coincidió con el resultado histopatológico en n = 69 (71.87%) casos. Las complicaciones se presentaron en n = 13 (13.54%) y fueron: dolor intenso n = 3 (3.2%) pacientes, hemorragia en n = 3 (3.2%), biopsia fallida n = 4 (4.3%), neumotórax n = 2 (2.16%) y biliperitoneo n = 1 (1.08%). La mortalidad fue de 1.04%. **Conclusiones:** en los datos presentados, la indicación más frecuente de la biopsia hepática percutánea a ciegas fue cirrosis hepática y en la biopsia guiada (US o TAC) fue masa hepática en estudio. Los métodos más utilizados de biopsia hepática fueron: biopsia percutánea a ciegas y biopsia dirigida, con la misma frecuencia. La tasa de complicaciones de nuestra muestra fue mayor a la informada en la literatura.

HEMOSIDEROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA Y ENFERMEDAD CELÍACA

(No. de trabajo: 482)

Trucco E, Torres V, Magga D, Aiello G. Hospital Maciel-Montevideo, Uruguay.

**Introducción:** la asociación de hemosiderosis pulmonar idiopática (HPI) y enfermedad celíaca (EC) es rara con pocos casos publicados. La asociación de estas entidades no es mera coincidencia dado que la dieta sin gluten beneficia la afección pulmonar. Describimos tres casos. **Caso 1:** joven de 15 años con anemia y EC desde los ocho años sin adhesión a la dieta libre de gluten (DLG). Ingresa a Cuidados Intensivos por insuficiencia respiratoria severa con hemoptisis y derrame pleural. Examen: polipneico, regular estado general, anemia clínica, estertores crepitantes

bibasales. RxTx: infiltrado intersticial alveolar bilateral con h. pulmonar. Hb: 5 g/dL, Alb: 3-2 g %. FGC: mucosa duodenal con aspecto atrófico, la histopatología muestra atrofia severa. Se inicia corticoterapia con buena respuesta, con dieta libre de gluten siendo difícil la adhesión a la misma. **Caso 2:** joven de 19 años sin AP, ingresa por adelgazamiento, fiebre y hemoptisis reiterada. Examen: desnutrido, pálido, estertores crepitantes bibasales. RxTx: relleno alveolar en 1/3 inferior de ambos campos pulmonares, TAC: opacidad en vidrio deslustrado bilateral. Biopsia pulmonar: hemosiderosis de macrófagos intraalveolar sin vasculitis. Hb 8 g/dL. ACantiDNA, ANA, ANCAc y p negativos. Se plantea la HPI. Por la desnutrición se solicita FGC: que muestra mucosa duodenal compatible con EC. Biopsia: atrofia vellositaria severa. AcAntiendomiso, AcAntitransglutaminasa positivos. Se inicia corticoterapia y DLG. En la evolución agrega diabetes tipo I. **Caso 3:** mujer de 22 años, anemia desde niña, consumidora de drogas inhalatorias. Ingresó por anemia severa, hemoptisis e insuficiencia respiratoria. Examen: polipneica, con taquicardia, anemia y estertores crepitantes bilaterales. Hb: 3, 8 g/dL VCM: 63 AEM y AcATG + FGC: aspecto atrófico, histopatología: atrofia severa. ANA, ANCA, AcantiMBC negativos. Se trata con transfusiones, corticoides y DLG con buena evolución. **Conclusión:** ningún paciente tenía síntomas digestivos, siendo la anemia lo constante, en ocasiones desmedida para la afectación pulmonar. Dado el beneficio de los síntomas pulmonares con DLG, se plantea un mecanismo inmunológico entre ac de EC y antígenos alveolares.

ESCLEROSIS SISTÉMICA Y ENFERMEDAD CELÍACA (No. de trabajo: 483)  
Trucco E, Olano C, Barrero M, Isasi ME, Isasi ES, Rondan M. Hospital Maciel-Monteideo, Uruguay.

**Introducción:** la esclerosis sistémica (ES): enfermedad generalizada que afecta el tejido conjuntivo, de etiopatogenia desconocida tiene repercusión en diferentes órganos. Las manifestaciones digestivas se observan en 50% de los pacientes. Con frecuencia asocia otras enfermedades autoinmunes, si bien no se ha identificado un HLA específico, se observa mayor relación con HLA A1, B8, DR3, DR5 y C4AQ. La enfermedad celíaca (EC) se vincula a determinados antígenos de histocompatibilidad principalmente HLA B8, DR3 y DQ2, antígenos que se expresan con mayor frecuencia en enfermedades autoinmunes y reumatólogicas. Estas dos entidades comparten algunos de los antígenos mencionados, siendo un posible vínculo entre ambas patologías. **Caso clínico:** Mujer de 31 años con diagnóstico de esclerosis sistémica en el año 2003, confirmado por Ac antinucleares y anticentrómero positivos, con afectación pulmonar restrictiva y cardiovascular normal. Ardor y pirosis ocasional sin otras manifestaciones digestivas. AP: aftas bucales, caída del cabello. AGO: menarca 11 años, tres embarazos, dos óbitos un parto prematuro (60. mes). Consulta por adelgazamiento sin otras manifestaciones digestivas. Examen: mal estado general, peso 37 kg, talla 1.58, BMI 14.8. P.A.: 100/60. Mucosas normo coloreadas, lengua depapilada, disminución apertura bucal, osteolisis de falanges distales. Severa afectación de MMSS y rostro. Abd: levemente globuloso, depresible, indoloro. Paraclínica: Hto 38.7%, Hb12.8, Alb 3.70 g%, azoemia, glicemia, TSH, FH y EH: normales. Ac antiendomiso IgA y Ac antitransglutaminasa IgA: positivos. FGC: peristalsis esofágica disminuida, disminución de pliegues duodenales, borde festoneado, mucosa en mosaico. AP: atrofia vellositaria severa. Se inicia dieta libre de gluten con suplementos nutricionales, tiene buena adhesión a la dieta con aumento de peso. **Conclusión:** la sospecha de EC en el contexto de la ES puede ser difícil por la frecuente asociación de síntomas digestivos en la esclerodermia. Sin embargo, dado que ambas comparten una base inmunológica, la investigación con serología y biopsia es de gran importancia para lograr una máxima respuesta a los tratamientos instituidos en estos pacientes que tienen muy afectada su calidad de vida.

CAUSAS DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO AGUDA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CULIACÁN "DR. BERNARDO J. GASTÉLUM" (No. de trabajo: 484)

Favela Dorado JE, Villarreal Careaga J, Tamayo de la Cuesta JL, Gallardo Angulo VE, Inzunza González JA. Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum", Culiacán, Sin. México.

**Introducción:** la hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA) aguda es una causa de hospitalización y mortalidad alrededor del mundo. Se estima que ocurre un caso de de HTDA por cada 20,000 habitantes. Suele ser leve en 80% de los casos, pero en 20% restante es grave, requiere manejo hospitalario, multidisciplinario y en Unidades de Cuidados Intensivos para su control. En un cuadro clínico agudo, la endoscopia digestiva superior tiene una sensibilidad de 95% y una especificidad de 98%. Básicamente, la hemorragia digestiva puede expresarse de tres formas: hematemesis, melena y hematoquezia (hemorragia digestiva aguda) o bien no manifestarse clínicamente y tan sólo detectarse por exámenes de laboratorio (hemorragia digestiva crónica). De acuerdo con fines terapéuticos y pronóstico suele dividirse en HTDA aguda: variceal y no variceal. Las principales cuatro causas son: gastritis hemorrágica aguda, enfermedad ulcerosa péptica, hemorragia variceal y síndrome de Mallory-Weiss. La incidencia de cada una de ellas es variable, dependiendo de cada país. **Objetivo:** determinar las causas de hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA) aguda en la población que demandó atención del Servicio de Endoscopia del Departamento de Gastroenterología de nuestro hospital. **Material y métodos:** tipo de investigación: encuesta descriptiva. Características del estudio: observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Ubicación espacio-temporal: Servicio de Endoscopia del Departamento de Gastroenterología del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum", Secretaría de Salud, en el periodo comprendido de junio de 1996 a junio de 2005. **Metodología:** se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes en quienes se les realizó endoscopia digestiva superior por presentar HTDA aguda, manifestada ésta por hematemesis, melena y/o hematoquezia; (esta última de acuerdo con la sospecha clínica por otros criterios como hipovolemia o inestabilidad hemodinámica). **Resultados:** fueron 1,764 expedientes de pacientes a quienes el motivo de la endoscopia digestiva fue diagnóstico clínico de HTDA aguda. El sexo masculino fue afectado en 59.9% (n = 1,058) y el femenino en 40.02% (n = 706). Relación hombre:mujer 2:1. El sitio más frecuente de hemorragia fue estómago 50.3% (n = 888), seguida de esófago 33.2% (n = 587) y después duodeno 16.3% (n = 289). La etiología fue diversa. Las cinco principales causas fueron: gastritis hemorrágica 25.3%, hemorragia variceal 19.3%, úlcera gástrica 18.5%, úlcera duodenal 11.9%, esofagitis erosiva 9.4%. El restante 15.6% lo constituyeron el síndrome de Mallory-Weiss, tumores gástricos y esofágicos, ectasias vasculares, esófago de Barrett y pólipos gástricos. **Conclusiones:** las causas de HTDA aguda en nuestro hospital son similares a lo publicado en la literatura médica. Sin embargo, la HTDA variceal se presentó más a menudo que la enfermedad ulcerosa péptica.

COLESTASIS ASOCIADA A NUTRICIÓN PARENTERAL EN PACIENTES NEONATALES (No. de trabajo: 489)

\*Villalpando CS, \*Chávez J, \*\*Santillán E, \*\*Murguía T. \*Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, \*\*Departamento de Neonatología. Hospital Infantil de México "Federico Gómez". México.

**Introducción:** la colestasis asociada a nutrición parenteral (NP) es frecuente en los pacientes en edad neonatal. Su prevalencia varía según la serie revisada y se estima en 7 a 8.4%. **Objetivo:** determinar la prevalencia de colestasis en neonatos que recibieron nutrición parenteral y el punto crítico en la duración de la nutrición parenteral a partir del cual se incrementa el riesgo de desarrollar colestasis. **Material:** se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes que estuvieron hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Departamento de Neonatología del Hospital Infantil de México en el periodo de 30 de octubre de 2004 al 20 de abril del 2006. Se obtuvieron los siguientes datos clínicos: edad gestacional, peso al nacimiento, género, uso de NP, días NP, días hospitalización y colestasis (definida como bilirrubinemia directa > 2 mg/dL). Los datos fueron analizados con SPSS 13.0 estimando frecuen-

cias y medidas de tendencia central. Los grupos se compararon con t Student. Se consideró una p significativa < 0.05. **Resultados:** se incluyeron 209 pacientes, de los cuales 86 habían recibido NP, 12 (13%) de estos pacientes desarrollaron colestasis. La prevalencia de colestasis de esta muestra es de 9%. La prevalencia de colestasis asociada a NPT de este grupo es de 5.3%. Al comparar los grupos no se encontró diferencia en la edad gestacional, peso al ingreso, ni distribución de sexo entre los pacientes con NP que desarrollaron colestasis y los que no (*Cuadro 1*). Sin embargo, sí se encontraron diferencias en los días de NP, así como en los días de estancia hospitalaria. La colestasis asociada a NP se encontró tan tempranamente como 14 días después de iniciar infusión. En el análisis del grupo de pacientes que recibieron NP el riesgo relativo de desarrollar colestasis se incrementó en relación con el número de días de NP. Considerando si recibieron menos de 10 días de NP (Q1), 10 a 18 días de NP (Q2) y > 19 días de NP (Q3), el riesgo relativo de desarrollar colestasis incrementó de manera constante. Q1 vs Q2 RR = 1.39, Q2 vs. Q3 (RR = 2.26) y Q1 vs. Q3 (RR = 2.53, p < 0.001).

**Cuadro 1.**

(n = 86)	Sin colestasis con NP			
(n = 74)	Colestasis con NP			
(n = 12)	Sin colestasis vs. con colestasis (p)**			
Edad gestacional	36.48 ± 3.6	36.4 ± 3.69	36.42 ± 3.57	NS
Peso (g) al ingreso				
( $\bar{x}$ ± DE)	2558 ± 909	2559 ± 905	2550 ± 973	NS
Sexo Masculino n (%)	51 (59.3%)	43 (58.1%)	8 (66%)	—
Días NP ( $\bar{x}$ ± DE)	14 ± 12.4	11.76 ± 9.6	30.8 ± 15.2	< 0.001
Estancia hospitalaria				
en días ( $\bar{x}$ ± DE)	45 ± 30 días	40 ± 26	78.9 ± 33	< 0.01

\*\* prueba t Student (Pacientes con NP sin colestasis vs. Con colestasis). ( $\bar{x}$  ± DE) = media ± desviación estándar. NP = nutrición parenteral.

**Conclusión:** la NP es una herramienta importante en el manejo de los pacientes neonatales, sin embargo, la prevalencia de colestasis en estos pacientes es alta. En nuestra serie la prevalencia es similar a la reportada en la literatura (5.3%). En este grupo de pacientes el riesgo relativo de desarrollar colestasis incrementa dos y media veces al recibir más de 19 días de NP. Se deben establecer estrategias para disminuir la incidencia de colestasis asociada a nutrición parenteral como el ciclado de la misma en esta población.

**FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE NECROSIS Y COMPLICACIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PANCREATITIS AGUDA (No. de trabajo: 495)**

\*Fernández Ortiz S, \*\*Martínez I, \*Rodríguez González P, Rojas Pineda N, \*Bilbao Chávez L, \*López Espinoza V, \*Aguilar Calvillo M, \*Madrazo de la Garza A. \*Departamento de Gastroenterología. \*\*Departamento de Radiología Hospital de Pediatría de la UMAE, CMNSXXI, México, D.F.

La pancreatitis aguda (PA) poco frecuente en la edad pediátrica. Las series de casos de pancreatitis en población pediátrica no reportan más de 10 casos por año y debido a esto es difícil establecer índices pronósticos, tratamiento, resultados, severidad y factores epidemiológicos. En la edad pediátrica la etiología más frecuente en enfermedades multisistémicas, idiopáticas y traumatismos abdominales. La clasificación de Atlanta establece dos categorías para la PA: leve y severa, esta última se acompaña de necrosis. La importancia de esta clasificación radica principalmente en que la PA leve sigue un curso benigno con una mortalidad alrededor de 1%, mientras que la PA severa conlleva una mortalidad de hasta 10% si es estéril y hasta 25% en la PA necrótica infectada, aunado a que la mayoría de las complicaciones que ponen en riesgo la vida se acompañan de necrosis pancreática. Por lo antes descrito y con el fin de

disminuir la morbimortalidad, durante la última década se han realizado esfuerzos para la detección temprana de necrosis pancreática, siendo la tomografía axial computarizada con contraste el estándar de oro para el diagnóstico. En pacientes pediátricos no se ha establecido el valor de la necrosis pancreática para el desarrollo de complicaciones. **Objetivo:** identificar probables factores de riesgo para el desarrollo de necrosis pancreática en pacientes pediátricos con PA. Evaluar si la presencia de necrosis es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones. **Material y métodos:** se llevó a cabo un estudio de cohorte histórica en donde se obtuvieron los datos de los expedientes clínicos y radiológicos, en el cual se realizó estadística descriptiva y razones de momios. **Resultados:** 42 pacientes en un periodo de cinco años, con edad promedio de 10.2 años (4-15), 43% masculinos. El peso promedio fue de 37.8 kg, DE 18. Treinta y nueve pacientes al momento del diagnóstico eutróficos, un paciente con obesidad y otro con desnutrición crónica. Los niveles séricos de lipasa al momento del diagnóstico fueron de 982U/L y de amilasa de 611U/L. Los niveles de glucosa tuvieron una media de 135 mg/dL. Los valores de leucocitos, bilirrubina directa, calcio sérico (excepción de un paciente con hiperparatiroidismo) y DHL se encontraron dentro de parámetros normales. Se encontraron niveles elevados de AST y ALT en los pacientes con enfermedad biliar litiasica. La correlación entre los hallazgos por TC y US fue de 0.6. Los hallazgos tomográficos: 52.4% edema, colecciones sin necrosis en 7.1%, necrosis en 14.3% y necrosis con colecciones en 28.3%. No se encontró reporte de TC en 2.4% de los pacientes. Las complicaciones fueron: diabetes 24%, sepsis 36%, muerte 9.5%, SDRA 5%, pseudoquiste 5% y derrame pleural 2.5%, cabe mencionar que hubo pacientes con más de una complicación. La etiología más frecuente fue por fármacos 33.3%, idiopática 23.8%, infecciosa 11.9%, traumática 9.5%, uremia 7.1%, litiasica y malformaciones congénitas de la vía biliar 4.8% cada una. Se analizaron los probables factores de riesgo para el desarrollo de necrosis pancreática. La etiología traumática, infecciosa, fármacos y uremia mostraron una RM menor de 1. La etiología idiopática mostró una RM 1.3, IC de 0.3 a 5.5, p 0.9, litiasis RM de 1.86, IC 0.11 a 32, p 0.7. Las RM para sexo, edad preescolar y adolescentes fueron menores de uno, mientras que para la edad escolar la RM fue de 5.8, IC de 1.32 a 32.8 y p 0.08. Para la presencia de complicaciones relacionadas a necrosis sólo se encontró RM significativos para el desarrollo de pseudoquiste pancreático, con RM de 0.86, IC de 0.11 a 32 y p 0.75 y para el resto de las complicaciones las RM fueron menores de 1. **Conclusiones:** la presencia de necrosis en pacientes pediátricos con PA puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de pseudoquiste. Los probables factores de riesgo para el desarrollo de necrosis son la edad escolar, etiología litiasica e idiopática. Se deben hacer estudios multicéntricos con poblaciones mayores para confirmar estos hallazgos.

**DERIVACIÓN ESPLÉNORRENAL DISTAL MÁS ESPLENECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL PREHEPÁTICA. EXPERIENCIA DE HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI (HP CMN SXXI) (No. de trabajo: 496)**

\*Fernández Ortiz S, \*\*Ortiz Galván R, \*Rodríguez González P, \*Rojas Pineda N, \*Miranda Barbachano K, \*Bilbao Chávez L, \*López Espinoza V, \*Aguilar Calvillo M, \*Madrazo de la Garza A. \*Departamento de Gastroenterología. \*\*Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital de Pediatría de la UMAE, CMNSXXI, México, D.F.

**Introducción:** se han desarrollado diferentes tipos de derivaciones portosistémicas para su uso en la práctica clínica entre las que se encuentra la derivación esplenorrenal distal. Las derivaciones esplenorreales dirigen la vena esplénica hacia la circulación sistémica por medio de la vena renal; mientras que la derivación esplenorrenal distal o también llamada de Warren separa la vena esplénica de la porta, permitiendo que el flujo de ésta entre al hígado mientras que el flujo de la esplénica y las vórices que alimenta se dirigen hacia la vena renal, esto ofrece grandes ventajas a los niños con hipertensión portal y hemorragia de tubo digestivo secundaria a vórices esofágicas en los que ha fracasado el tratamiento endoscópico. **Objetivo:** reportar la experiencia del HPCM-NSXXI en la realización de derivación esplenorrenal distal más esple-

nectomía (DERD+E) como parte del tratamiento de la hipertensión portal hepática (HTPP) en pacientes pediátricos. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y analítico para evaluar una técnica quirúrgica. Se revisaron los expedientes de siete pacientes con el diagnóstico de HTPP que fueron sometidos a cirugía de DERD+E en el periodo comprendido entre enero de 2004 a marzo de 2006. Se realizó estadística descriptiva y comparativa con prueba de t pareada y  $\chi^2$ . **Resultados:** se incluyeron en el estudio cuatro pacientes femeninos y tres masculinos, con edad promedio al momento del diagnóstico de 6.7 años. A todos se les realizó DERD+E a una edad promedio de ocho años, no se encontró diferencia significativa entre la edad del diagnóstico y la cirugía. Antes de la cirugía cinco pacientes presentaron sangrado de tubo digestivo alto (STDA), con una frecuencia de 0 a 3 episodios en general, mientras que posterior a la cirugía sólo un paciente presentó un evento de STDA y al realizar la comparación se obtuvo una diferencia significativa con una p de 0.03 con IC de (95%) 0.15-2. Se realizó endoscopia antes de la cirugía al 86% de los pacientes, encontrando várices esofágicas grado I en un paciente, grado III en cuatro pacientes y grado IV en un paciente; várices fúndicas en cinco pacientes y várices duodenales en un paciente. Se encontró gastropatía hipertensiva en cinco pacientes. Posterior a la cirugía se realizó endoscopia para revisión a los seis meses al 100% de los pacientes. No se evidenció la presencia de várices esofágicas en tres pacientes, se observaron várices esofágicas grado I en dos pacientes, grado II en uno y várices grado III en uno. Se vio la presencia de várices fúndicas en dos pacientes, várices duodenales en ningún paciente y gastropatía hipertensiva en un paciente. Al realizar el análisis estadístico comparativo entre los hallazgos endoscópicos pre y posquirúrgicos no se encontraron valores estadísticamente significativos. También se compararon la cuenta de plaquetas y leucocitos antes y después de la cirugía, ambos resultados con valores de p e IC estadísticamente significativos. Ningún paciente antes y después de la cirugía presentó datos clínicos y bioquímicos de encefalopatía hepática. **Conclusiones:** en este grupo de pacientes pudimos observar que se presentó mejoría estadísticamente significativa en los episodios de sangrado posterior a la cirugía derivativa, así como también en los valores de la BH que indican hiperesplenismo. Es importante remarcar que aunque no se encontraron diferencias significativas cuando se compararon los hallazgos endoscópicos pre y posquirúrgicos, se pudo evidenciar mejoría clínica al lograr la disminución en general de las várices esofágicas y gastropatía hipertensiva, así como la erradicación total de las várices esofágicas en tres pacientes. Por último, a pesar de que se requiere de un ensayo clínico controlado se pudo demostrar el valor de esta técnica quirúrgica en cuanto a seguridad y efectividad en pacientes con bajo riesgo quirúrgico y adecuada función hepática. Además de que en un país subdesarrollado este procedimiento es de mayor costo-beneficio.

#### SOBREPESO Y OBESIDAD EN ESCOLARES DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y SU RELACIÓN CON CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL: REPORTE PRELIMINAR (No. de trabajo: 500)

Díaz Madero S, Montijo-Barrios E, García-Campos M, López-Portillo L, Cervantes-Bustamante R, Mata-Rivera N, Zárate-Mondragón F, Ramírez-Mayans J. Instituto Nacional de Pediatría. México, D.F.

La obesidad es un problema grave de salud pública. Su prevalencia se ha incrementado importantemente en los últimos 20 años. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 (ENN), la prevalencia de sobrepeso y obesidad (definida como el Índice de Masa Corporal (IMC) > percentil 85 para edad y sexo) es de 27% en niños escolares. Se menciona que el ver la televisión más de dos horas por día puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad. Sin embargo, los resultados de diferentes estudios han mostrado resultados tanto a favor, como en contra de dicha asociación. A su vez, la obesidad es un factor de riesgo conocido para hipertensión arterial y otras enfermedades crónico-degenerativas. Los objetivos del presente estudio fueron evaluar la prevalencia de obesidad en la muestra, valorar su posible relación con el número de horas al día que ven la televisión y por último establecer si

existe o no correlación con cifras anormales de presión arterial (PA) en niños obesos de este grupo. **Material y métodos:** se trata de un estudio prospectivo, transversal y descriptivo en el que se incluyeron un total de 821 niños entre seis y 12 años, que asisten a escuelas privadas de la Ciudad de México. Se tomaron registros de peso, talla y PA (Baumanómetro Digital marca Omron) en una sola ocasión y se solicitó, mediante la aplicación de un cuestionario, un recuento de tres días tanto de alimentación, como de las actividades que realizaron durante las tardes, incluyendo las horas que vieron televisión. Las mediciones de peso y talla se llevaron a cabo por personal estandarizado para dichas pruebas. Los datos fueron capturados en hojas específicamente diseñadas para el estudio. Se analizó la frecuencia de obesidad y sobrepeso en la muestra. Para el análisis de correlación entre las variables (IMC y horas de televisión, IMC e hipertensión, etc.) se utilizó la prueba de  $\chi^2$ . **Resultados:** se obtuvieron datos de 821 pacientes con un promedio de edad de 11.2 meses con una desviación estándar de 20.47. El 51% correspondió al sexo femenino y 49% al masculino. El 69.8% de los pacientes tuvieron un peso adecuado, 20.5% tuvieron sobrepeso (definido como un IMC > percentil 85 (p > 85%) pero < al percentil 95 (p < 95%) para edad y sexo) y 9.7% presentaron obesidad (IMC > p 95% para edad y sexo). En cuanto al género, se estableció correlación por medio de  $\chi^2$  encontrando que 65% de los obesos fueron del sexo masculino mientras 35% correspondieron al femenino (p = 0.007). Se obtuvieron registros de PA de 777 pacientes (94.6%) y se encontraron cifras de PA anormales en 18.4% de los casos (PA mayor a la percentil 90 para la talla según edad). Se analizaron por separado las presiones sistólica (PS) y diastólica (PD) encontrando que 18.01% y 18.8% de los pacientes tuvieron cifras anormales, respectivamente. Se encontró correlación entre las cifras elevadas de PA y el grado de obesidad. En pacientes con IMC > p = 95% la frecuencia de PS elevada fue de 18% contra 16.3% en pacientes que no tuvieron sobrepeso (p = 0.023), mientras que la frecuencia de PD elevada fue de 29.1% contra un 16.4%, respectivamente (p = 0.002). No se encontraron diferencias entre los demás grupos. En lo que respecta a las horas de televisión, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de niños con peso adecuado y en aquellos con sobrepeso y obesidad. **Conclusiones:** estos resultados preliminares indican que la frecuencia de sobrepeso y obesidad en esta muestra es muy similar a la reportada por la ENN para el mismo grupo etario. La obesidad fue más frecuente en varones que en mujeres. El estado de obesidad se correlaciona con cifras anormales de PA, particularmente con cifras de PD. No encontramos correlación entre las horas de televisión y el grado de obesidad en este grupo de niños.

#### OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO EN ADOLESCENTES. ¿LA NUEVA EPIDEMIA DEL SIGLO? REPORTE DE DOS CASOS (No. de trabajo: 504)

\*Tijerina-Treviño ME, \*\*Chávez-Caraza KL, \*Sánchez-Ávila MT, \*Morales-Garza LA, \*\*González-Camid MA, \*\*\*Barbosa A. \*Servicio de Gastroenterología. \*\*Departamento de Pediatría. \*\*\*Departamento de Patología. Escuela de Graduados en Medicina EGRAM-ITESM, Hospital San José-Tec de Monterrey, Monterrey, N.L. México.

**Introducción:** la prevalencia y magnitud de la obesidad en población pediátrica aumenta dramáticamente. La OMS la ha considerado "una enfermedad crónica", porque se perpetúa en el tiempo y se asocia a un síndrome metabólico de resistencia insulínica, y a futuro riesgo de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares. Debido a la magnitud y prevalencia de obesidad en la niñez y adolescencia ha aumentado en la última década, la extensión real del problema puede subestimarse. **Objetivo:** evaluar el grado de obesidad, en relación con el síndrome metabólico y resistencia a la insulina, el manejo y evolución en dos casos de adolescentes. **Resultados:** a continuación se describen los hallazgos encontrados en ambos casos. En ambos pacientes la curva de tolerancia a la glucosa fue normal, al igual que la ceruloplasmina y el panel de hepatitis fue negativo. El ultrasonido mostró en ambos pacientes la presencia de esteatosis hepática, grado I de NASH y la biopsia esteatohepatitis grado II de NASH

**Cuadro 1.** Hallazgos por historia y exploración (antropométricos).

	Caso 1	Caso 2
Género:	Hombre	Hombre
Edad (años):	15	15
Síntomas:	&#8593;de peso (14 kg) Astenia/adinamia	Cefalea Vértigo
	Cefalea	Mareo
Peso (kg)	70	83
Talla (m)	1.60	1.70
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	27	28.7
Cintura (cm)	106	109
Cadera (cm)	104.1	106.6
Cintura/cadera (ICC)	1.02	1.02
Acantosis	Ausente	Presente

**Cuadro 2.** Hallazgos bioquímicos.

	AST	ALT	Insulina	Colesterol	HDL	LDL	TGC
1	48	93	40.8	219	31.3	139.9	239
2	167	257	33.8	216	38.1	157.9	100

(Kleiner DE, et al. Hepatology 2005; 41: 1313-21) en el caso 1 y grado I en el caso 2. Con esto se diagnóstico: 1. Sobrepeso. 2. Síndrome metabólico y 3. Esteatohepatitis no alcohólica. Ambos pacientes se manejaron con dieta para diabético de 1,300 calorías, metformin, y vitamina E, además el paciente 1 recibió rosuvastatina, y el 2 ácido ursodeoxicólico, y un plan de ejercicio para cada uno de ellos. El seguimiento ha sido de 12 meses, ambos han logrado disminuir hasta 14 kg, con base en la dieta. La sintomatología mejoró en el paciente 1, no así en el paciente 2, que aún persiste con cefalea ocasional. **Discusión:** en nuestros pacientes la sospecha clínica de síndrome metabólico se basó en los hallazgos de exceso de grasa corporal, depósito central de la misma, IMC, medición de cintura e ICC y se encontró que existió una asociación con la resistencia insulínica. Múltiples investigadores han demostrado que el perímetro de cintura sería el indicador antropométrico más sensible para diagnosticar la insulinoresistencia en los niños. Por lo que, de acuerdo con lo reportado en la literatura, estos patrones antropométricos alterados son sugerentes de alteraciones bioquímicas, las cuales estuvieron presentes en estos adolescentes. Llamó la atención la presencia de cefalea en los dos adolescentes, como parte de la presentación inicial, que ya ha sido encontrada en asociación a síndrome metabólico. Interesantemente existió coincidencia entre los grados de NASH reportados radiológicamente y por anatomía patológica.

CAUSAS DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN EL CENTRO MÉDICO ISSEMYM TOLUCA (No. de trabajo: 511)  
 Sánchez Flores GR, Matus Fuentes B, Chávez López C, González Huevo S, Rosales Solís A, Miranda Cordero RM, De Giau Trilzu L, Treviño García-Manzo N, Mondragón Sánchez R. ISSEMYM. Metepec, Estado de México.

**Introducción y objetivos:** la hemorragia del tubo digestivo alto (HTDA), continúa siendo una importante causa de morbimortalidad en el mundo, las causas más frecuentes son úlcera péptica (UP), vórices esofágicas o gástricas (VE o G), gastritis o duodenitis erosiva (G o DE), desgarro de Mallory Weiss, etc., además representa la 1a. causa de endoscopia de Urgencia, nuestro objetivo es presentar las causas más frecuentes por grupo de edad y sexo. **Material y métodos:** se trata de un estudio retrospectivo, realizado en pacientes sometidos a endoscopia de febrero de 2003 a septiembre de 2005, referidos por HTDA. Se utilizó un videoendoscopio Olympus GIFQ 145. Se revisaron los registros endoscópicos. El análisis estadístico se hizo con medidas de tendencia central. **Resultados:** de 5,730 estudios realizados, 4,456 correspondieron a panendoscopias, 826 enviados por HTDA, 446 hombres y el resto mujeres, se dividieron en cuatro grupos de acuerdo con su edad: 1)

Menores de 25 años. 2) 26-45. 3) 46-65 y 4) Mayores de 66 años. Veinte pacientes pertenecían al primer grupo: 10 masculinos y 10 femeninos; 145 al 2o.: 79 hombres y 66 mujeres; 346 al 3o.: 206 hombres y 140 mujeres y 315 al 4o.: 151 masculinos y 164 femeninos. Nosotros ubicamos a nuestros pacientes dentro de cinco grupos: I) los de úlcera péptica, II) aquellos con hipertensión portal, III) los que presentaban erosiones, IV) los desgarrados de Mallory Weiss y V) aquellos con otra patología como Dieulafoy, cáncer, angiodisplasias, etc. Aquellos pacientes sin relación con HTDA con hallazgos de hernia hiatal, gastritis y duodenitis no erosivas, postoperados de cirugía resectiva y con un lago mucoso normal se incluyeron en un grupo sin relación. Así se formaron grupos de acuerdo con la edad y sexo (Cuadro 1). Por otro lado, se encontró sangrado intenso en 22 pacientes (grupo A), 36 lo presentaban en capa o había sangre fresca (grupo B), en 49 se encontró un gran coágulo (grupo C) y en 88 había pozos de café (grupo D), en los 631 restantes el lago mucoso fue normal (grupo E) (Cuadro 2). **Conclusiones:** la mayoría de los pacientes envia-

**Cuadro 1.**

	M-25	F-25	M26-45	F26-45	M46-65	F46-65	M+66	F+66	TOT
UP	3	0	27	19	48	26	49	65	237
VEoG	0	0	14	3	62	51	15	15	160
GoD E	2	2	8	12	26	10	21	20	101
M-W	0	1	3	1	12	4	12	6	39
Otros	0	2	9	9	20	12	28	19	99
No rel	5	5	18	22	38	37	26	39	190
TOTAL	10	10	79	66	206	140	151	164	826

**Cuadro 2.**

	-25	26-45	46-65	> 65	Total
Grupo A		3	15	4	22
Grupo B		8	13	15	36
Grupo C		12	20	17	49
Grupo D	2	11	46	29	88
Grupo E	18	111	252	250	631
Total	20	145	346	315	826

dos con diagnóstico de HTDA no presentan evidencia de hemorragia reciente, sólo 23.6% tienen algún indicio de sangrado y 2.6 están activos de forma importante al momento de la endoscopia, además en 23% no se encuentra una causa que pudiera haber ocasionado la hemorragia. La úlcera péptica continúa siendo la causa más frecuente de HTDA, predomina en hombres hasta los 65 años en que se invierte posiblemente por la mayor longevidad de la mujer. El sangrado por vórices fue más frecuente en hombres jóvenes mayores de 26 años igualándose conforme avanza la edad, esto dado por la alta prevalencia de hepatitis C en nuestro medio, las gastritis y duodenitis erosivas se relacionan con la ingesta de medicamentos, la 4a causa de hemorragia es el desgarro en la unión E-G y predominó en varones 2.2:1 como era de esperarse. Las otras causas tuvieron un comportamiento similar como grupo en ambos sexos. Esperamos, al ver la alta incidencia de casos sin restos hemáticos (631), se tome en consideración nuevamente la clínica, pues la hematemesis es indicativo de HTDA, no así las evacuaciones negras que carecen de las características de la melena, además de una adecuada exploración nasal, oral y rectal, pues puede haber lesiones que condicionen HTDA y el origen del mismo estar en un punto distal al Treitz, que difiera en tratamiento.

ENDOSCOPIC FINDINGS IN POS RENAL TRANSPLANT PATIENTS. SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DA UFRJ, RIO DE JANEIRO, BRASIL (No. de trabajo: 513)  
 Andrade MS, Costa MH, Mourão TG, Schultz P, Fogaça H, Zaltman C, Soldan M, Elia C. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil.

**Introduction and objectives:** The aim of this study is to evaluate the appropriateness of upper endoscopy in post renal transplant patients with gastrointestinal symptoms, trying to correlate the clinical features, endoscopic findings, and the presence of opportunistic infections. **Patients and methods:** A retrospective study enrolling 589 patients submitted to kidney transplant was done at HUCFF-UFRJ, Rio de Janeiro, Brazil, from 12/1994 to 12/2004. Demographic characteristics, prevalence of upper GI endoscopy done, symptoms (epigastric pain, nausea / vomit, upper GI bleeding, dysphagia and fever), endoscopic diagnosis (gastritis, esophagitis and duodenitis) and the histopathological detection of opportunistic infections (CMV, Herpes sp and Candida sp) were recorded. Statistical analysis was done with SPSS 11.0 software, with chi-square test being used to evaluate the associations and 5% was considered acceptable as significance value. **Results:** From the 589 patients evaluated, 54,1% was female with mean age of 43 yrs (16-69 yrs). The upper GI endoscopy was required in 29,71% of the patients. The most common endoscopic indication was epigastric pain associated or not with other symptoms (49,6%), followed by: upper GI bleeding (18,9%), nausea/vomit (4,8%); dysphagia/odynophagia (4,8%), heartburn (3%), abdominal pain (1,9%), fever (0,4%) and others (8%). Endoscopy was normal in 15,4% of the cases. The endoscopic finding were gastritis (47%), infectious esophagitis (24,4%), reflux esophagitis (17,8%), duodenal peptic ulcer (7,4%) and infectious gastritis (3,3%). CMV was the most prevalent opportunistic detected agent (7,8%) followed by *Candida* sp (5,6%) and herpes virus (3,7%). The  $\chi^2$  test was used to evaluate the correlation between epigastric pain and a noninfectious inflammation with a result of 76.116 ( $p = 0.003$ ). Considering the association between esophageal symptoms and the detection of infectious esophageal inflammation, the result was 76.341 ( $p = 0.002$ ). **Conclusion:** Among the renal transplant patients with upper GI symptoms, the epigastric pain was the most frequent indication for upper GI endoscopy, with a poor correlation with gastric opportunistic infection. On the contrary, a high correlation was seen between esophageal symptoms and opportunistic agents detected in the esophagus. We concluded that the presence of esophageal symptoms in this special group of patients must be used as an indicative parameter to evaluate opportunistic infections by upper GI endoscopy.

WHIPPLE'S DISEASE: HOW TO EVALUATE THE OUTCOME AFTER ANTIBIOTIC TREATMENT? (No. de trabajo: 519)

Zaltman C, Sá HB, Schulz P, Guaraná T, Novais P, Elia C, Costa M, Fogaça H, Biccás B, Lemme E, Santana M, Rcha Filho AS, Valiante PM. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

**Introduction:** Whipple's disease is a rare systemic infection disease characterized by diarrhea, steatorrhea, weight loss, arthralgias and neurologic features. It was first described by George Hoyt Whipple in 1907, but the etiologic agent was only detected in 1998 as a gram positive bacterial agent called *Tropheryma whippelii*. When the antibiotic treatment was introduced there was an improvement of quality of life with a reduction of mortality and morbidity rates of the disease. Aim: Detect the parameters that permit to evaluate the outcome of Whipple's disease after antibiotic treatment. **Case report:** A middle aged white man (55-years-old) experienced a 6 years history of diarrhea, malabsorption with weight loss (30 kg/1 year), dysphagia to solid food and arthralgia of right hip. After one year, the patient presented edema of lower limbs with a clinical suspicious diagnosis of venous profound thrombosis. He had a previous history of smoking during the last 20 years. There wasn't any comorbidities. The patient was thin (IMC: 20,4) with bilateral edema of lower limbs, mainly at left. He described pain after mobilization of sacroiliac joint. Respiratory, cardiovascular, abdominal and neurologic semiology were normal. Laboratory tests detected reduced serum iron, hypoalbuminemia, hypochromic and microcytic anemia; VHS: 45 and seronegative anti-HIV. Fat fecal dosage of 10 g/24 h. US-Doppler of lower limbs were normal; Esophageal motility study demonstrated a light inespecific disturb; computerized abdominal tomography detected an in-

crease of lymphatic ducts; Upper digestive endoscopy with biopsies of the duodenal second portion revealed a bulbous deformity and the histopathology analyses showed lymphangiectasias in the lamina propria with a dense concentration of vacuolated cytoplasm histiocytes with deposits of rod-shaped free bacilli stained with PAS compatible to Whipple's disease. Ileocolonoscopy was normal but the biopsies of terminal ileum confirmed the diagnosis. **Results:** The patient was treated with TMP/SMX (160/800) twice a day for one year with an important clinical improvement of the dysphagia, diarrhea and gain of weight. Control endoscopy and ileocolonoscopy were performed with biopsies of duodenum and terminal ileum respectively. The histopathological analyses demonstrated the same pattern of the previous studies. **Conclusion:** Literature about Whipple's disease is limited and there were no consensus in the literature about the duration of the treatment and the best parameters to be used in the follow up of these patients. Until now, the ultimate goal of therapy, that is the bacterial eradication, has not frequently been achieved as 2/3 of the Whipple's patients maintain the histopathological features of infection after antibiotic treatment. It is important to discuss the definition of cure or latent state of the disease.

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL EN ÁMPULA DE VATER. PRESENTACIÓN DE UN CASO (No. de trabajo: 522)

Vázquez GA, Vázquez GJD, Rodríguez MC, Romo A. Hospital General Regional No. 220. IMSS, Toluca, México.

**Introducción:** los tumores del estroma gastrointestinal son sarcomas de los tejidos blandos. Representan del 0.1 al 3% de todas las neoplasias del tracto gastrointestinal y forman aproximadamente 5% de todos los sarcomas. La edad promedio de su diagnóstico es a los 58 años (40 a 80 años). La respuesta inmunohistoquímica de estos tumores es característica. El 95% son positivos al KIT (CD117). También expresa la presencia de otros marcadores como el CD34, el cual es positivo de 60 a 70%; la proteína S100 hasta en 10% y son sensibles a actina entre 15 y 60%. Es fundamental que el clínico se apoye en el diagnóstico anatómopatológico e inmunohistoquímico para ofrecer una terapéutica específica y racional. **Caso clínico:** mujer de 33 años, con alcoholismo y tabaquismo negados, sin antecedentes hereditarios de importancia. Antecedente de haber presentado hemorragia de tubo digestivo alto hace 12 años, realizándose el diagnóstico clínico de úlcera péptica, fue transfundida sin presentar reacciones. Padecimiento actual de dos meses en relación con el momento del diagnóstico, caracterizado por melena y dolor epigástrico ardoroso, no baja de peso, buena tolerancia a la vía oral. EF: Buen estado general, buena coloración, ruidos respiratorios normales, ruidos cardíacos rítmicos, abdomen plano, blando, depresible, no doloroso, peristalsis normal, no masas, peso: 72,500 kg, Hb: 14.2, Hto: 41, VCM: 72, CMHG: 34.2, leucocitos 5,370, plaquetas 374,000. AST, ALT, FA y GGT normales. Panendoscopia: lesión en ampulla de Vater elevada, de aproximadamente 25 mm de diámetro, ulcerada que la deforma, exofítica y bordes irregulares, fácilmente sangrante al contacto del endoscopio. Las biopsias reportadas con células atípicas en cantidad importante, se realizaron tinciones de inmunohistoquímica para CD 117, CD34, y vimentina (I POS-983) que fueron positivas, reportadas como tumor del estroma gastrointestinal. La TAC de abdomen simple y contrastada reportada como con engrosamiento leve de la pared a nivel de la 2a. porción del duodeno, sin evidencia de adenomegalias ni presencia de metástasis a otros órganos.

FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA EN NUESTRA POBLACIÓN (No. de trabajo: 525)

\*Parada Campos A, \*López Alcaráz M, \*Vázquez Farias E. \*Departamento de Gastroenterología. UMAE. Centro Médico del Noreste No. 25. Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, N.L. México.

**Introducción:** la esteatohepatitis no alcohólica requiere la evidencia de cambios grasos a nivel hepático y la ausencia de consumo excesivo de alcohol. Se tiene una prevalencia más alta en mujeres y en ciertos grupos étnicos (45% de mujeres hispanas), ésta se incrementa con la edad, con

una prevalencia en adultos entre 40-59 años de 26%, según algunos estudios publicados. Se relaciona con pacientes diabéticos en 50%, y con obesidad en 76%. Teniéndose a la obesidad, diabetes y síndrome metabólico como factores de riesgo conocidos. Detectándose lo importante en la patogénesis de esta entidad el rol que juegan el metabolismo de los lípidos, los ácidos grasos libres, y las lipoproteínas. Entre otras causas, se mencionan nutrición parenteral total, pérdida rápida de peso, bypass gástrico y drogas. **Objetivo:** determinar los factores de riesgo en paciente con esteatohepatitis no alcohólica. **Material y método:** se estudiaron todos los pacientes referidos al Servicio de Gastroenterología con Dx de transaminasemia en estudio, seleccionando a aquellos con reporte Histopatológico de biopsia hepática de esteatohepatitis. En todos los pacientes se analizaron los siguientes parámetros: edad, sexo, historia clínica completa (patologías previas, consumo de alcohol, medicamentos y toxicománias) examen físico (incluyendo índice de masa corporal y circunferencia abdominal), exámenes bioquímicos completos incluyendo perfil de lípidos, niveles de insulina y marcadores virales para hepatitis, además de ultrasonido hepático. A todos los pacientes se les realizó cálculo de índice de Homma. **Resultados:** se han estudiado a la fecha 28 pacientes, con una edad media de 43 años, con un rango de 22 a 64 años, 23 mujeres (82%) y cinco hombres (17%). Se ha encontrado síndrome metabólico en 17 pacientes (60.7%), ocho pacientes con diabetes mellitus (28.5%) en dos pacientes (7.14%) antecedentes de consumo de medicamento (esteroides), un paciente solamente con sobrepeso (3.5%). 21 pacientes con IMC arriba de 30 (85.7%), 100% de pacientes se encuentran asintomáticos. Al momento aún no se ha finalizado el periodo de estudio de pacientes por lo que estos datos son preliminares. **Conclusiones:** el principal factor de riesgo para esteatohepatitis no alcohólica en nuestra población estudiada es el síndrome metabólico, seguido de la diabetes mellitus, y el uso de medicamentos. Los resultados muestran una elevación en el porcentaje del principal factor de riesgo de nuestra población como lo es el síndrome metabólico, comparado con lo descrito en la literatura mundial.

#### TUMOR CARCINOIDE DUODENAL: RESECCIÓN EN CUÑA VÍA LAPAROSCÓPICA CON ASISTENCIA ENDOSCÓPICA TRANSOPERATORIA (No. de trabajo: 530)

Castro Ruíz JM, Castro Delgado JM, Moreno F. Clínica Médica San José. Querétaro, Qro. México

**Introducción:** los tumores carcinoides son tumores de origen neuroendocrino, se presentan con mayor frecuencia en la edad madura, los duodenales pueden causar obstrucción o síntomas diversos como dolor y distensión abdominal, dispepsia, debido a la producción de un polipéptido. Los que son de intestino delgado causan síntomas obstructivos, así como dolor abdominal. Estas lesiones por lo regular se encuentran ulceradas y en ocasiones pueden ser la causa de sangrado de tubo digestivo alto. **Objetivo:** el dar a conocer el presente, el cuál es un caso infrecuente y que se resolvió con resección por vía laparoscópica con control endoscópico transoperatorio. **Reporte del caso:** femenino, 73 años. AHF: Negados. APNP: Originaria de Cadereyta, Querétaro, casada, toxicománias negadas. APP: transfusionales negativos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica desde hace 30 años, hipertensión arterial sistémica desde hace 27 años, tomó metoprolol, actualmente enalapril, histerectomía hace 30 años. AGO: menarca: 15 años, G: VI P: VI C:0 Menopausia: 54 años. PA: hace tres meses con disnea de pequeños grandes y medianos esfuerzos, ligera palidez de tegumentos, mareo y palpitaciones ocasionales, dolor abdominal tipo cólico, difuso, con exacerbaciones a la ingesta de irritantes, mejoría con antiespasmódicos, melena un mes previo a su primera visita. Se realizó endoscopia en mayo del presente, encontrando una lesión duodenal, ovalada, elevada, con umbilicación central, de 8 mm aproximadamente en cara postero-lateral externa de duodeno en su primera porción, la mucosa de aspecto vellosa, se intenta mucosotomía, observando que se encontraba fijo a planos profundos, al momento de la inyección submucosa. El reporte de patología de las biopsias tomadas fue duodenitis crónica inespecífica, sin evidenciarse la extirpe

histológica del tumor, por lo que se programa para resección laparoscópica. Laboratorio: junio/2004. Hb: 10.5 g/dL. Hto: 33.4% CMHbC: 31.5 g/dL VCM: 61.5 fl. Panendoscopia: gastritis atrófica antral, tumor de 8 mm aproximadamente en cara anterior y lateral interna de duodeno en su primera porción, se tomaron biopsias. Se transfundió, se realizó resección en cuña vía laparoscópica con asistencia endoscópica transoperatoria. Evolución satisfactoria hasta la fecha. Reporte histopatológico final: tumor carcinóide duodenal.

#### MODIFICACIONES DE LA AGUJA DE TEJER COMO SUSTITUTO DEL RETRACTOR HEPÁTICO EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE HIATO (No. de trabajo: 533)

Castro Ruíz JM, Villanueva Saldívar R, Santos LM, De la Cruz JL, Hernández Cendejas A, Mata Quintero C. Clínica Médica San José. Querétaro, Qro.

**Introducción:** el inicio de la laparoscopia fue a principios del siglo XX por personajes como G. Kelling y H.C. Jacobaeus. El instrumental disponible en ese entonces era primitivo y permaneció así hasta la década de 1960 cuando Kurt Semm dio origen a la laparoscopia moderna. En la década de los 80's, la utilización de materiales novedosos e instrumentos sofisticados, han dado lugar a la difusión de esta técnica. En la actualidad es imprescindible el disminuir los costos y el cirujano se ve en la necesidad de utilizar su creatividad e ingenio para ello, sin descuidar la seguridad e integridad de su paciente y la adecuada realización de dichos procedimientos. **Objetivo:** presentar de manera documental en video, la utilización de un instrumento de bajo costo, seguro y de fácil manejo para la cirugía de hiato y las modificaciones actuales que han mejorado su seguridad y manejo. **Serie de casos:** contamos con 73 casos a los que se les realizó cirugía de hiato vía laparoscópica en un periodo del 1 junio 2004 al 10 de junio 2006, con la utilización de aguja de tejer en vez del uso de retractor de hígado reutilizable. Fueron 50 pacientes masculinos y 23 femeninos, la edad promedio de 44 años, cirugía tipo Nissen en 68 y 6 tipo Toupet, el tiempo promedio fue de 50 minutos, no hubo complicaciones. El video muestra la utilización del retractor hepático sustituto (aguja de tejer) y su modificación en la cirugía de hiato, se detalla la anatomía de la región, la manera y las variaciones de la colocación del mismo, en este tipo de cirugía.

#### SANGRADO DE VÁRICES ESOFÁGICAS EN HIPERTENSIÓN PORTAL, SECUNDARIA A ESTENOSIS CONGÉNITA DE VENA PORTA. REPORTE DE CASO (No. de trabajo: 538)

Castro Ruíz JM, Castro Delgado M. Clínica Médica San José. Querétaro, Qro. México

**Introducción:** la hipertensión portal en niños es un síndrome que resulta del aumento de la presión dentro del sistema venoso portal por encima de 10 mm Hg y es, en general, de origen extrahepático; con mucha frecuencia se origina secundaria a trombosis de la vena porta y produce consecuencias potencialmente devastadoras, como la hemorragia digestiva y el hiperesplenismo. En búsqueda de su control se han seguido y evaluado conductas tan diferentes como la observación, el tratamiento medicamentoso con vasodilatadores y betabloqueadores, la esclerosis y la ligadura endoscópica de las várices, así como el manejo quirúrgico que varía en una amplia gama de técnicas como las derivaciones selectivas y no selectivas, las técnicas no derivativas, las derivaciones intraluminales (TIPS) y el trasplante hepático, todas con resultados diversos que demuestran lo difícil y controvertible del tema. **Objetivo:** la finalidad es dar a conocer un caso poco común que debutó con sangrado de tubo digestivo alto y el manejo endoscópico realizado antes de someterse a cirugía derivativa. **Reporte del caso:** femenino de siete años de edad, quien es vista por sangrado de tubo digestivo el mes de febrero del 2006, manifestado por hematemesis de 100-200 mL, se acompañó de diaforesis, palidez de tegumentos, acude a un hospital del sector salud, en donde manejaron la hipovolemia, una vez estable se le realizó bajo intubación orotraqueal, panendoscopia encontrando várices esofágicas grado II de Soehendra con estigmas de sangrado reciente pero no activo, se decide realizar escleroterapia, la cual se realizó sin complicaciones, la paciente fue referida a tercer nivel en donde se inició protocolo de estudio para

determinar el origen de la hipertensión portal, se realizó TAC abdominal, porto-cavografía y eco Dopler, identificando estenosis de 50% de la vena porta, por lo que fue vista por el Servicio de Cirugía Pediátrica, quien decidirá en breve la realización de derivación portal o la colocación de injerto protésico vascular a ese nivel. Durante el intervalo de la cirugía, inició tratamiento con propanolol y entró a protocolo de ligadura de várices, al momento con dos secciones sin complicaciones. La paciente actualmente no ha presentado datos de sangrado y se encuentra en espera de ser intervenida.

**HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DISPEPSIA INVESTIGADA** (No. de trabajo: 543)  
Zamora Gómez R, Barroso Plata N, de la Vega Barraza J, Gallardo Angulo VE, Tamayo De la Cuesta, JL, Inzunza González JA. Servicio de Endoscopia del Departamento de Gastroenterología del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum", Secretaría de Salud. Culiacán, Sin. México.

**Introducción:** la dispepsia se define como un dolor central en el abdomen superior o una incomodidad o malestar caracterizado por plenitud, "bloating", distensión o náusea. Es un síntoma complejo común pero mal definido que suele ocurrir en el tubo digestivo superior; está presente en los pacientes que acuden a atención primaria y en la práctica gastroenterológica. Puede ser una manifestación de enfermedades diversas e, incluso de enfermedades serias; sin embargo, en aproximadamente 50% de los casos, no se encuentra una causa orgánica que explique los síntomas "dispépticos" después de un examen exhaustivo, estos pacientes son clasificados como dispepsia no ulcerosa o de tipo funcional. La anamnesis es útil para orientar el abordaje diagnóstico en estos pacientes. En el diagnóstico diferencial, la dispepsia suele ser tipo funcional 60%, enfermedad ulcerosa péptica 15-25%, enfermedad por reflujo gastroesofágico 5-15%, cáncer gástrico < 2%. **Objetivo:** evaluar a los pacientes con dispepsia investigada de acuerdo con las características clínicas a través de la endoscopia digestiva superior. **Material y métodos:** tipo de investigación: encuesta comparativa. Características del estudio: observacional, comparativo, retrospectivo parcial, transversal. Periodo de estudio: de 1 de junio de 2005 al 10 de junio de 2006. Herramienta: cédula de recolección. **Metodología:** revisamos los expedientes clínicos de los pacientes que fueron llevados a estudio endoscópico por primera vez donde el síntoma predominante fue dispepsia. Otros datos clínicos también fueron tomados en cuenta tales como náuseas, disfagia, pirosis, hematemesis previa, "bloating", distensión abdominal, pérdida de peso e historia de melena. Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaban hemorragia de tubo digestiva alta aguda, antecedentes de cirugía gástrica o diagnóstico establecido de carcinoma gástrico. **Resultados:** se reclutaron 152 pacientes con diagnóstico de dispepsia. El 64.47% de ellos presentó causa orgánica (n = 98), mientras que 35.52% presentó dispepsia no ulcerosa (n = 54). Dentro de las causas orgánicas: gastritis folicular ocurrió en 18.36% (n = 18), gastritis erosiva 43.87% (n = 43), úlcera péptica 19.38% (n = 19), carcinoma gástrico 1.02% (n = 1). La pérdida de peso, disfagia, melena fueron más evidente en el grupo de la dispepsia orgánica. Respecto a los síntomas de "bloating", distensión abdominal, pirosis y regurgitaciones no hubo diferencia significativa para ambos grupos. **Conclusiones:** la dispepsia de causa orgánica fue superior que lo publicado en la literatura. Los síntomas digestivos superiores evaluados son inespecíficos, sin embargo, los síntomas tradicionalmente descritos en las recomendaciones para la búsqueda de enfermedades serias son válidos en nuestro hospital.

**ICTERICIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A COLEDOLITIASIS EN EDAD PEDIÁTRICA. REPORTE DE UN CASO (NO. DE TRABAJO: 545)**  
Castro Ruíz JM, Villena JF, Medina JC. Clínica Médica San José. Querétaro, Qro. México.

**Introducción:** la litiasis biliar se define por la existencia de cálculos en la luz de las vías biliares. Se ha estimado que la incidencia de litiasis biliar en los niños menores de 16 años se encuentra entre 0.15% y 0.22%, con un importante aumento en la pubertad. En los últimos años ha aumentado el número de casos diagnosticados en la infancia debido a: Mayor

índice de sospecha por parte del pediatra. Identificación de factores de riesgo delitiasis. Mayor supervivencia de niños con patologías que predisponen a la litiasis biliar. Generalización del uso de la ecografía como técnica de estudio en el dolor abdominal y como técnica de detección en los niños con factores de riesgo. La litiasis biliar puede aparecer a cualquier edad, incluso desde la vida fetal. En los primeros años de vida no hay diferencias en cuanto al sexo. En los adolescentes hay un claro predominio del sexo femenino, como sucede en los adultos. **Objetivo:** compartir el presente caso, ya que es una patología sumamente rara cuya manifestación fue la ictericia obstructiva, derivando así el protocolo de estudio de la misma y teniendo como hallazgo la coledocolitiasis secundaria a colelitiasis en un infante de nueve años. **Reporte del caso:** se trata de paciente masculino de nueve años de edad quien inicia con ictericia, coluria, y acolia en el mes de marzo del 2006, fue visto por facultativo quien en un principio sospechó se tratara de una hepatitis infecciosa, por lo que se solicitaron pruebas de funcionamiento hepático, las que demostraron patrón obstructivo con BT: 5.4, BD: 4.0, BI: 1.4, TGO: 80 TGP: 67 FA: 380, por lo que se realizó ultrasonido de hígado y vías biliares, encontrando colelitiasis y dilatación de la vía biliar, que mostraba una sombra acústica, por lo que se realizó de manera electiva C.P.R.E extrayéndole dos litos, sin complicaciones, se sometió además a colecistectomía laparoscópica. El paciente con evolución satisfactoria hasta el momento.

**CONTROL ENDOSCÓPICO DEL SANGRADO AGUDO EN ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA Y MANEJO QUIRÚRGICO ELECTIVO TOTALMENTE LAPAROSCÓPICO** (No. de trabajo: 546)  
Castro Ruíz JM, Castro Delgado JM, Moreno F. Clínica Médica San José. Querétaro, Qro. México.

**Reporte del caso:** femenino, 69 años. AHF: negados. APNP: originaria de California, EU, divorciada, pintora, fumó marihuana en su juventud. APP: transfusionales negativos, histerectomía hace 18 años, sangrado de tubo digestivo bajo en una ocasión hace dos años que requirió manejo intrahospitalario, hipertensión arterial de recién diagnóstico controlada con captopril 1 x 2. AGO: menarca: 12 años, G: III P: III C:0 menopausia: 54 años. PA: a finales de marzo inicia con sangrado de tubo digestivo bajo, profuso, que requirió de manejo intrahospitalario, se estabilizó con cristaloides y hemoderivados, su hemoglobina de 13 g/dL bajó a 10 g/dL, se realizó en ese momento colonoscopia encontrando enfermedad diverticular complicada, limitada al colon sigmoideos; el sangrado activo era rezumante en varios divertículos y en algunos con restos hemáticos recientes, por lo que se realizó escleroterapia, cohibiendo el sangrado. De manera electiva se programó para sigmoidectomía totalmente laparoscópica en el mes de abril. La paciente presentó sangrado de tubo digestivo alto a nivel duodenal, 24 horas después de la intervención, el cual fue controlado mediante escleroterapia y pinza caliente.

**FUNDIC GLAND POLYPOSIS** (No. de trabajo: 554)  
Tunde K, Orosz P, Nagy GY, Karádi L, Minik K. 2nd Dept. of Medicine, Pathology, BAZ County and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary

**Background:** Fundic gland polyps (FGPs) can be sporadic or these can be associated with familial adenomatous polyposis (FAP). Recently FGPs have been frequently observed among patients receiving long-term proton-pump inhibitor (PPI) therapy without *H. pylori* gastritis. Spontaneous regression of FGPs was reported following *H. pylori* acquisition or after the discontinuation of PPI treatment. FGPs are thought to be benign epithelial gastric lesions, however a few case were reported in the literature where these polyps underwent carcinomatous transformations. **Purpose:** The aim of this study was to describe endoscopic and histologic changes observed during a three-year observation period in patients having fundic gland polyposis. **Materials and results:** 7 patients were found having severe fundic gland polyposis during the past 5 years at our gastroenterology out-patient department. Four of these were middle-aged women receiving long-term PPI therapy, while the other 3 were young

patients suffering from FAP. The endoscopic morphology and the localization of FGPs were similar in both groups. Activation and expression of the beta-catenin gene was found in patients who were under PPI medication. During the endoscopic follow-up no evidence of gastroscopic or histologic alterations were found in the 3 FAP patients and in 3 of the 4 patients receiving PPI treatment. However in the remaining single case gastric polyposis disappeared. **Case report:** a 48-year-old woman receiving long-term PPI therapy underwent repeated upper endoscopy for complicated gastroesophageal reflux disease (GERD). Gastroscopy performed after 30 months demonstrated the development of severe fundic gland polyposis. *H. pylori* infection was not observed and no evidence of

FAP was found in the patient's family history or during colonoscopy. PPI therapy had been discontinued, but due to the recurrence of GERD symptoms it was later reinstated in a reduced dosage. Follow-up endoscopy after 4 months showed a complete disappearance of FGPs and again, *H. pylori* infection was not found. **Summary:** Fundic gland polyposis in patients receiving PPI therapy may mimic that observed in FAP, therefore a careful study of every new case is recommended to rule out polyposis syndromes. Fundic polyposis associated with PPI therapy in *H. pylori* negative patients may show a tendency for spontaneous regression. The role of beta-catenin gene in polyp formation and in malignant transformation tendency needs to be further examined.