



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Trabajos libres en cartel

ID 52

### Características clínicas de las lesiones vasculares gástricas

José Antonio Velarde-Ruiz Velasco, Diana Karen Tapia-Calderón, Juan Manuel Aldana-Ledesma, Abrahán Guzmán-Lepe, Edgar Santiago García-Jiménez, Eliana Carolina Morel-Cerda, Antonio Mora-Huerta, Francisco Álvarez-López. Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal. México. velardemd@yahoo.com.mx

**Antecedentes:** La angiodisplasia gástrica y la ectasia vascular antral (GAVE) son dos causas comunes de anemia por deficiencia de hierro. Las angiodisplasias idiopáticas son las lesiones vasculares más comunes, con mayor frecuencia ocurren en pacientes mayores de 60 años y sólo 5% se presenta como un cuadro de hemorragia digestiva. La mayoría de los pacientes con GAVE son asintomáticos, por lo que la prevalencia se desconoce; se reporta hasta 12% en los pacientes con cirrosis hepática.

**Objetivo:** Describir las características clínicas y modalidades terapéuticas de las lesiones vasculares gástricas.

**Material y métodos:** Se incluyeron 13 pacientes con lesiones vasculares gástricas de mayo de 2015 a marzo de 2016. A todos se les realizó estudio endoscópico diagnóstico. Se registraron las características clínicas y laboratoriales. A los pacientes que ingresaron con hemorragia activa, hemorragia reciente o anemia se les brindó terapia endoscópica. Los datos fueron ingresados a una base y analizados usando el paquete estadístico SPSS versión 22 para efectuar estadística descriptiva.

**Resultados:** Un total de 13 pacientes, 7 hombres con edad media de 65.15 años (rango 41-98). Todos se presentaron con sintomatología al diagnóstico; 7 debutaron con hemorragia de tubo digestivo alto (4 con melena, 2 con hematemesis y 1 con vómito en poso de café) y el resto presentaban fatiga y debilidad, por lo que se abordaron por anemia crónica. La media de hemoglobina al diagnóstico fue de 7.0 g/dL (3.6-11.3). Las comorbilidades identificadas fueron: cirrosis hepática, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y cardiopatía (2 pacientes con síndrome de Heyde). A todos los pacientes se les practicó endoscopia diagnóstica en la cual se demostraron lesiones vasculares gástricas: 7 con angiodisplasias gástricas

y 6 con GAVE. Diez pacientes recibieron terapia endoscópica; los pacientes con angiodisplasias se sometieron a terapias de inyección (adrenalina y polidocanol) y coagulación con argón plasma (APC). Los GAVE recibieron APC y ligadura endoscópica. Tres pacientes con GAVE y 2 con angiodisplasias requirieron una segunda sesión de terapia endoscópica.

**Conclusiones:** Todos los pacientes incluidos presentaron manifestaciones clínicas, más de la mitad acudieron por hemorragia activa y los que fueron abordados por anemia referían fatiga y debilidad. Se observó adecuada respuesta clínica y laboratorial en la mayoría de los casos.

ID 74

### Resultados de la Campaña conjunta de detección de hepatitis C de la Sociedad de Gastroenterología de Jalisco y el Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde": Día Mundial de la Hepatitis 2015

José Antonio Velarde-Ruiz Velasco, Héctor Raúl Pérez-Gómez, Diana Karen Tapia-Calderón, Karla Rocío García-Zermeño, Edgar Santino García-Jiménez, Esteban González-Díaz, Antonio Mora-Huerta, Francisco Álvarez-López, Eduardo Rodríguez-Noriega. Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal. México. velardemd@yahoo.com.mx

**Introducción:** En el mundo, aproximadamente 180 millones de personas viven con hepatitis C (VHC). La Encuesta Nacional de Salud del año 2000 reportó prevalencia del anticuerpo contra VHC de 1.4%. Es la principal causa de hepatitis crónica, cirrosis y cáncer hepatocelular, así como la primera indicación de trasplante hepático en el mundo occidental. La detección oportuna representa la posibilidad de prevenir complicaciones secundarias a esta infección. La Sociedad de Gastroenterología del Estado de Jalisco, A. C. y el Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" coordinaron una campaña de detección de hepatitis C en el marco del Día Mundial de la Hepatitis 2015.

**Objetivos:** Describir los resultados encontrados en la campaña de detección dentro del marco del Día Mundial de la Hepatitis 2015.

**Material y métodos:** Del 28 al 31 de julio del 2015 se convocó a través de medios de comunicación (radio, televisión, internet) a la población general de Guadalajara, Jalisco, previa información sobre la hepatitis, sus causas y factores de riesgo, a realizarse la prueba rápida para detección de VHC. Se recurrió a la prueba Advanced Quality Rapid Anti-VHC, que utiliza la inmunocromatografía de oro coloidal para la determinación cualitativa de anticuerpos contra el VHC en sangre total, suero o plasma. Se obtuvieron datos demográficos y de factores de riesgo previo a la aplicación de la prueba. Se elaboró una base de datos con los resultados y se analizaron usando el paquete estadístico SPSS versión 22 para estadística descriptiva.

**Resultados:** Acudieron 540 personas (367 mujeres y 173 hombres) a realizarse el cuestionario de factores de riesgo y prueba rápida de detección en el periodo mencionado. Doce personas (2.2%) resultaron positivas para VHC, 7 fueron mujeres. El principal factor de riesgo detectado fueron los tatuajes (29%), seguido de transfusiones previas a 1996 (28%); del resto no fue posible identificar un factor de riesgo. Todos los pacientes que dieron resultado positivo fueron confirmados con el método ELISA.

**Conclusiones:** Los resultados de la campaña de detección de VHC dentro del marco del Día Mundial de la Hepatitis muestran un gran porcentaje de personas infectadas sin un factor de riesgo identificado, lo cual sustenta el beneficio de este tipo de programas.

**Patrocinios:** Este trabajo fue patrocinado parcialmente por el Hospital Civil de Guadalajara y las pruebas rápidas fueron donadas por MSD Línea hepatitis México.

## ID 86

### Síndrome de conductos biliares evanescentes asociado con linfoma de Hodgkin clásico variante esclerosis nodular. Reporte de un caso y revisión de literatura

Raquel Palos-Cuéllar, Elda Rodríguez-Negrete, Xóchitl Lilian Cadena-Figueroa, Rolando Luna-Tijerina, Luis A. López-Valenzuela, Elías San Vicente-Parada, Luis Guillermo Castellanos-Pallares, Rosalba Moreno-Alcántar. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Ciudad de México. palosc5092@gmail.com

**Antecedentes:** El síndrome de conductos biliares evanescentes es una de las causas de colestasis intrahepática que se relaciona con la presencia de cirrosis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria, colangiopatía autoinmune, sarcoidosis e histiocitosis X, pero también se ha relacionado con linfoma.

**Objetivo:** Informar de un caso de síndrome de conductos biliares evanescentes relacionado con linfoma de Hodgkin. Reporte de un caso y revisión de literatura.

**Reporte de caso:** Paciente masculino de 29 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 desde hace 2 años en tratamiento con metformina e insulina. Inicia en enero 2013 con astenia, adinamia e hiporexia, pérdida de peso de 10 kg en 1 mes, fiebre de predominio nocturno y diaforesis; dolor abdominal en hipogastrio, tipo cólico, intensidad 6/10, sin atenuantes o exacerbantes, distensión abdominal y vómito; 2 meses después se agregan ictericia y coluria. Ultrasonido abdominal con dilatación de la vía biliar realizándose colecistectomía laparoscópica en hospital de zona; sin embargo, por persistencia de ictericia y fiebre hasta de 39 grados de predominio nocturno, como complementación diagnóstica se realiza colangiorresonancia magnética que evidencia vía biliar intra y extrahepática normales. Colangiografía retrógrada endoscópica con fuga biliar y colocación de prótesis de 10 cm 10 fr, vía biliar intrahepática delgada, colédoco normal. Fistulograma: fístula bilio-cutánea de bajo gasto.

**Exploración física:** Ictericia de piel y tegumentos, en tórax con adenopatías supraclaviculares y cervicales, abdomen con hepatomegalia y esplenomegalia.

**Laboratorio:** Presenta colestasis intrahepática, hipoalbuminemia, anemia normocítica normocrómica leve, virus hepatitis C y B negativos, VIH negativo, perfil tiroideo normal. ANTI DNA negativo, ANCA negativo, p-ANCA y c-ANCA negativos, AMA negativos. Tomografía axial computarizada con múltiples adenopatías además de hepatoesplenomegalia. La biopsia hepática con presencia de colestasis acentuada con ductopenia. Se realiza biopsia de ganglio supraclavicular que reporta linfoma de Hodgkin clásico variante esclerosis nodular.

**Evolución:** Posterior al inicio del tratamiento el paciente presentó mejoría parcial en pruebas de función hepática (Tabla 1); actualmente se encuentra en tratamiento en el servicio de oncología.

Tabla 1. Laboratorios antes y después del tratamiento. (ID 86).

	Previo a tratamiento	Posterior a tratamiento
BT	33.34	23.37
BD	28.44	21
BI	7.16	1.5
FA	616	400
GGT	442	200
ALT	116	49
AST	145	37
TP	14	13

**Discusión y conclusiones:** Paciente de la cuarta década de la vida, con síndrome de conductos biliares evanescentes el cual se relaciona en la mayoría de los casos de condiciones inflamatorias y destructivas; en este caso relacionado con linfoma de Hodgkin. Llama nuestra atención la presencia de síndrome de conductos biliares evanescentes previo al diagnóstico de linfoma de Hodgkin; en los casos publicados se ha presentado posterior al diagnóstico y al inicio del tratamiento.

## ID 88

### Análisis transcriptómico del proceso inflamatorio colónico en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática

Gabriela Fonseca-Camarillo, Emilio Iturriaga-Goyon, Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. gabrielafaster@gmail.com

**Antecedentes:** Los factores inmunológicos y genéticos asociados con la perpetuación del proceso inflamatorio tienen un papel central en la patogénesis de la CUCI. Se han descrito genes relacionados con la activación e inhibición de la respuesta inflamatoria. Los genes LSP1, CTLA4, COMMD10 (inhibidor de NF-KB), SIGLEC7, HIF1A y HSP90B1 participan en el reclutamiento y activación de células inflamatorias como son: macrófagos, neutrófilos, células dendríticas y linfocitos T efectoros. No hay estudios que demuestren el papel de estas moléculas en la activación de la respuesta inflamatoria de la CUCI.

**Objetivo:** Analizar la expresión génica diferencial de moléculas asociadas con la respuesta inmune adaptativa en los diferentes estados de inflamación de los pacientes con CUCI y controles sin inflamación.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal y comparativo que incluyó a 30 pacientes con CUCI (15 activos y 15 en remisión) y 15 controles sin datos de inflamación colónica a nivel histológico. A partir de las biopsias colónicas se efectuó reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real para cuantificar la expresión génica de LSP1, CTLA4, COMMD10, SIGLEC7, HIF1A y HASP90B1 así como del gen constitutivo GAPDH. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 19. Se tomó un valor de  $p < 0.05$  como significativo.

**Resultados:** Se estudió a un total de 30 pacientes con CUCI (16 hombres y 14 mujeres con una edad 40.5 años) y 20 controles sin inflamación (16 hombres y 4 mujeres con una edad media de 42.6 años). Se determinó que 22 de los pacientes con CUCI tenían pancolitis, 1 colitis izquierda y 7 proctosigmoiditis. La respuesta al tratamiento fue favorable en todos los pacientes analizados. En el tratamiento se encontró que 16 tenían monoterapia con 5 aminosalicilatos y 14 pacientes recibían terapia combinada (5 aminosalicilatos, azatioprina o 6-mercaptopurina). La expresión de los genes LSP1, CTLA4 y HASP90B1 fue mayor en pacientes con CUCI activa en comparación con CUCI en remisión ( $p=0.003$ ,  $p=0.008$  y  $p=0.036$ ) y controles sin inflamación ( $p=0.001$ ,  $p=0.010$ ,  $p=0.035$ ). No se observaron diferencias significativas en pacientes con CUCI en remisión en comparación con controles sin inflamación. La mayor expresión del gen CTLA4 se encontró asociada con la actividad histológica grave ( $p=0.05$ ,  $RM=14$ ,  $IC\ 95\%=.83-235$ ). Los genes SIGLEC y HIF-1A se encontraron aumentados en pacientes con CUCI activa en comparación con el grupo de pacientes en remisión y los controles pero no mostraron diferencias significativas entre los grupos de estudio. Finalmente, la expresión del gen COMMD10 fue menor en mucosa colónica en pacientes con CUCI en comparación con el grupo control.

**Conclusiones:** En el análisis transcriptómico de los genes LSP1, CTLA4 y HASP90B1 éstos se encontraron incrementados en los pacientes con CUCI en comparación con los controles sin inflamación. Por otro lado, los genes SIGLEC y HIF-1A no mostraron asociación con la CUCI. El gen COMMD10 (inhibidor de NF-KB) se encontró aumentado en los pacientes controles sin datos de inflamación intestinal en comparación con el grupo de pacientes con CUCI (tanto activa como remisión), lo cual sugiere que este gen es un importante regulador o atenuador del proceso inflamatorio en los pacientes con CUCI.

**Patrocinio:** Fondos de investigación de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del INCMNSZ.

## ID 89

### La expresión del gen FOXO4 en mucosa colónica en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática

Emilio Iturriaga-Goyon, Gabriela Fonseca-Camarillo, Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. emilio\_itu\_1@hotmail.com

**Antecedentes:** Los factores genéticos juegan un papel importante en la patogénesis de la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). FOXO4 es un factor de transcripción que regula la respuesta inmune mediante la inhibición del factor nuclear kappa B (NF-kB). El NF-kB regula la expresión de citocinas en la mucosa intestinal y la expresión de proteínas de uniones celulares como las ocludinas.

**Objetivo:** Medir el nivel de expresión génica de FOXO4 y su asociación con las características clínicas de la CUCI.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron 27 pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI por histopatología (12 activos y 15 en remisión)

y 17 controles sin inflamación intestinal. A partir de tejido intestinal se extrajo el ácido ribonucleico (ARN) total, y se sintetizó ácido desoxirribonucleico (ADN) de cadena complementaria mediante reacción en cadena de la polimerasa por transcriptasa reversa (RT-PCR). Para determinar la expresión relativa del gen FOXO4 se realizó la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR-RT) con ensayos validados para la cuantificación. Se emplearon iniciadores específicos para FOXO4 sentido: cgaaggactggacttcaact; anti-sentido: ggctcaagggtaaagagtagatgta y GAPDH como gen constitutivo. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS versión 19.

**Resultados:** Se estudiaron 27 pacientes con CUCI (12 activos y 15 en remisión). La edad promedio fue de 42 años. La expresión del gen FOXO4 estuvo aumentada de manera significativa en la mucosa colónica de pacientes con CUCI en remisión en comparación con CUCI activa ( $p < 0.002$ ), así como en pacientes control en comparación con CUCI en activa ( $p < 0.001$ ). Se encontró una tendencia de asociación entre el aumento en la expresión y la actividad histológica. ( $p=0.05$ ,  $RM=8.5$ ,  $IC\ 95\%\ 0.83-87.8$ ). La extensión de la enfermedad fue: pancolitis 74%, colitis izquierda 3% y proctosigmoiditis 23%. La respuesta al tratamiento fue favorable en un 100%. En el tratamiento se encontró que 24% utilizó terapia con esteroide y 76% terapia sin esteroide. En cuanto al curso clínico se encontró que 37% presentó curso clínico activo y después inactivo, 30% curso intermitente y 33% curso continuo.

**Conclusiones:** La expresión génica FOXO4 estuvo incrementada en mucosa colónica de pacientes con CUCI en remisión, lo cual puede sugerir un mecanismo antiinflamatorio al inhibir la expresión de NF-kB y la consecuente regulación a la baja de citocinas proinflamatorias.

## ID 90

### Análisis de la expresión del gen FOXC2 en mucosa colónica en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática

Emilio Iturriaga-Goyon, Gabriela Fonseca-Camarillo, Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. emilio\_itu\_1@hotmail.com

**Antecedentes:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye dos subtipos: la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). El gen FOXC2 es un factor de transcripción que tiene un papel en el desarrollo embrionario y en el transporte de células del sistema inmune a través de los vasos linfáticos.

**Objetivo:** Estudiar el nivel de expresión génica de FOXC2 y su asociación con las características clínicas de la CUCI.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron 23 pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI por histopatología (9 activos y 14 en remisión) y 17 controles sin datos de inflamación intestinal. A partir de tejido intestinal se extrajo el ácido ribonucleico (ARN) total, se sintetizó ácido desoxirribonucleico (ADN) de cadena complementaria y se determinó la expresión del gen FOXC2 mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR-RT). Se emplearon iniciadores específicos para FOXC2 sentido: ggggacctgaaccacctc; anti-sentido: aacatctcccgcacgttg y GAPDH como gen constitutivo. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 19.

**Resultados:** Se estudiaron 23 pacientes con CUCI (9 activos y 14 en remisión); la edad promedio fue de 42 años. La expresión génica de FOXC2 estuvo disminuida de manera significativa en mucosa colónica de pacientes con CUCI activa en comparación con

controles sin inflamación ( $p < 0.002$ ) y CUCI en remisión ( $p < 0.001$ ) respectivamente. No existieron diferencias significativas entre la expresión del gen FOXC2 en el grupo CUCI activa comparado con CUCI en remisión. La expresión del gen no se asoció con ningún desenlace clínico. En relación con el sexo: mujeres 52% y hombres 48%. La extensión de la enfermedad fue pancolitis 74%, colitis izquierda 3% y proctosigmoiditis 23%. La respuesta al tratamiento fue favorable en un 100%. En el tratamiento se encontró que 24% utilizó terapia con esteroide y 76% terapia sin esteroide. En cuanto al curso clínico se encontró que 43% presentó curso clínico inicialmente activo y después inactivo, 30% curso intermitente y 27% curso continuo.

**Conclusiones:** La expresión génica de FOXC2 se encontró disminuida en pacientes con CUCI activa y en remisión en comparación con los controles sin inflamación.

## ID 91

### Análisis de la expresión del gen PTPN22 en mucosa colónica en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática

Emilio Iturriaga-Goyon, Gabriela Fonseca-Camarillo, Rafael Barreto-Zúñiga, Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. emilio\_itu\_1@hotmail.com

**Antecedentes:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye dos subtipos: la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). El gen PTPN22 codifica a una tirosina fosfatasa cuyo papel es regular la respuesta de los linfocitos T. Se ha propuesto como un marcador genético de autoinmunidad. El objetivo fue evaluar el nivel de expresión génica de PTPN22 y su asociación con las características clínicas de la CUCI.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron 41 pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI por histopatología (24 activos y 17 en remisión) y 20 controles sin datos de inflamación intestinal. A partir de tejido intestinal se extrajo el ácido ribonucleico (ARN) total, se sintetizó ácido desoxirribonucleico (ADN) de cadena complementaria y se determinó la expresión del gen PTPN22 mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR-RT). Se emplearon iniciadores específicos para PTPN22 sentido: acaagcctgcagaatctgttc; anti-sentido: cttggctctttgggtttga y GADPH como gen constitutivo. El análisis estadístico se realizó con la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis, correlación de Spearman, exacta de Fisher y razón de momios (RM) para la fuerza de asociación. Se tomó un valor de  $p < 0.05$  como significativo.

**Resultados:** Se estudiaron 41 pacientes con CUCI (24 activos y 17 en remisión); la edad promedio fue de 42 años. En relación con el género: mujeres 48% y hombres 52%. La extensión de la enfermedad fue: pancolitis 74%, colitis izquierda 3% y proctosigmoiditis 23%. La respuesta al tratamiento fue favorable en 100%. En el tratamiento se encontró que 24% utilizó terapia con esteroide y 76% terapia sin esteroide. En cuanto al curso clínico se encontró que 37% presentó curso clínico activo y después inactivo, 30% curso intermitente y 33% un curso continuo. La expresión génica de PTPN22 no se encontró con diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de CUCI activo y en remisión. No existieron diferencias significativas entre la expresión del gen PTPN22 en el grupo CUCI en remisión y el grupo control.

**Conclusiones:** La expresión del gen PTPN22 en mucosa colónica parece no tener un papel en la fisiopatología en pacientes con CUCI.

## ID 92

### Medición de la expresión génica de ADAMDEC1 en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI)

Ylse Gutiérrez-Grobe, Gabriela Fonseca-Camarillo, Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. ylsegrobe@gmail.com

**Antecedentes:** Las proteínas ADAM (A Disintegrin and Metalloproteínase) son una familia de peptidasas relacionadas con metaloproteasas de la matriz extracelular; recientemente se ha identificado que tienen un papel importante en la inflamación y reparación de tejidos. La expresión del gen ADAMDEC1 se restringe a las poblaciones de células dendríticas y macrófagos en el tracto gastrointestinal y tejido linfoides secundario, y aunque su función se desconoce, existen hipótesis de su papel en la inmunidad. Recientemente se ha identificado la expresión de esta proteína en la enfermedad de Crohn, lo que supone un papel potencial en la inflamación intestinal. Sin embargo, no se han realizado estudios de expresión en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI).

**Objetivo:** Determinar la expresión génica de ADAMDEC1 en la mucosa colónica de pacientes con CUCI activa y en remisión, y controles sin inflamación.

**Materiales y métodos:** Se estudió a un total de 26 pacientes con CUCI y 22 controles sin inflamación. En todos los casos el diagnóstico fue confirmado por histopatología y los controles sin datos de colitis. A partir de tejido intestinal se extrajo el ácido ribonucleico (ARN) total, posteriormente se obtuvo ácido desoxirribonucleico (ADN) de cadena complementaria mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), cuya expresión se cuantificó de forma relativa mediante PCR en tiempo real para el gen. Se emplearon iniciadores de sentido (CTGGGTGAGTACAATGTTTCAGTG) y anti-sentido (GAAGAAATCATTCTCCCTACAAAA) del gen ADAMDEC1. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS versión 17.

**Resultados:** Se estudiaron 13 pacientes con CUCI activa, 13 en remisión y 22 controles sin inflamación. Se encontró significativamente mayor expresión del gen ADAMDEC1 en los controles sin inflamación comparados con los pacientes con CUCI activa ( $p = 0.002$ ). No se observaron diferencias entre los pacientes con CUCI activa y en remisión, ni entre los pacientes con CUCI en remisión y los controles sin inflamación. No se encontró asociación de los niveles de expresión del gen ADAMDEC1 con los desenlaces clínicos.

**Conclusiones:** El gen ADAMDEC1 estuvo disminuido de manera significativa en pacientes con CUCI activa y parece tener un papel en la fisiopatología de la CUCI, probablemente como un factor protector en la mucosa, ya que su expresión se encontró significativamente mayor en los controles comparados con los pacientes con CUCI activa. Es importante realizar más estudios sobre esta proteína para identificar potenciales blancos para el tratamiento de la CUCI, así como su posible papel en la enfermedad de Crohn.

**Patrocinio:** El financiamiento de este trabajo fue proporcionado por la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

## ID 94

### Análisis transcriptómico de genes asociados con el mantenimiento de la barrera epitelial intestinal en pacientes con CUCI

Gabriela Fonseca-Camarillo, Emilio Iturriaga-Goyon, Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. gabrielafaster@gmail.com

**Antecedentes:** En la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) se han reportado defectos en la producción de moco y en el mantenimiento de la función de la barrera epitelial, en especial el grosor y la calidad de las estructuras de las proteínas que lo componen, que disminuyen cuando la enfermedad se encuentra activa. El gen NLRP6 es el regulador maestro de la producción de mucinas en el intestino. El gen PTGER4 se encarga de mantener la función y el LRG5 es un marcador de células madre intestinales en adulto que se localizan en la base de las criptas. No hay estudios que demuestren la expresión génica de estas moléculas en pacientes con CUCI.

**Objetivo:** Realizar un análisis de la expresión génica diferencial de moléculas asociadas con el mantenimiento de la barrera epitelial intestinal en los diferentes estados de inflamación de los pacientes con CUCI y controles sin inflamación.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal y comparativo que incluyó a 32 pacientes con CUCI (17 activos y 15 en remisión) y 20 controles sin datos de inflamación colónica a nivel histológico. A partir de las biopsias colónicas se realizó reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real para cuantificar la expresión génica de NLRP6, PTGER4 y LRG5, así como del gen constitutivo GAPDH. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 19. Se tomó un valor de  $p < 0.05$  como significativo.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 32 pacientes con CUCI (19 hombres y 13 mujeres con una edad 43.4 años) y 20 controles sin inflamación (16 hombres y 4 mujeres con una edad media de 42.6 años). La expresión del gen NLRP6 se encontró aumentada en los pacientes con CUCI en remisión y controles sin inflamación ( $p=0.013$  y  $p=0.052$ , respectivamente). También se observó aumento significativo de la expresión del gen NLRP6 en el grupo control sin inflamación respecto al grupo de pacientes con CUCI ( $p=0.022$ ). De la misma forma, el gen PTGER4 se encontró aumentado en el grupo de pacientes con CUCI en remisión comparado con CUCI activa y el grupo control sin inflamación, pero no se identificó significancia estadística. Finalmente, el gen LRG5 se halló aumentando en el grupo de pacientes con CUCI activa respecto al grupo de CUCI en remisión y al grupo control sin inflamación ( $p=0.043$  y  $p=0.028$ , respectivamente). No se encontró asociación entre los genes NLRP6, PTGER4 y LRG5 con los desenlaces clínicos de la enfermedad. Se determinó que 24 de los pacientes con CUCI tenían pancolitis, 1 colitis izquierda y 7 proctosigmoiditis. La respuesta al tratamiento fue favorable en todos los pacientes analizados. En el tratamiento se encontró que 20 recibían monoterapia con 5 aminosalicilatos y 12 pacientes un tratamiento con terapia combinada (5 aminosalicilatos, azatioprina o 6-mercaptopurina).

**Conclusiones:** El incremento de la expresión del gen NLRP6 en el grupo de pacientes con CUCI en actividad puede sugerir su importante participación en la restitución y reparación de la función de barrera del epitelio intestinal. De igual forma, el gen PTGER4 parece estar involucrado con esta función de reparación en pacientes con CUCI en remisión. Finalmente el gen LRG5 encargado del recambio de las células epiteliales intestinales se encontró aumentado en pacientes con CUCI activo, lo cual sugiere que el estímulo inflamatorio podría inducir la proliferación de células calciformes.

**Patrocinio:** Fondos de investigación de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del INCMNSZ.

## ID 95

### Papel del eje IL-38/IL-36RA en el proceso inflamatorio de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Gabriela Fonseca-Camarillo, Janette Furuzawa-Carballeda, Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. gabrielafaster@gmail.com

**Antecedentes:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC). La pérdida de la tolerancia inmunitaria frente a componentes lumbales es un elemento fundamental en la patogénesis de la EII. La IL-38 y su receptor IL-36Ra poseen una actividad inmunorreguladora.

**Objetivo:** Realizar un análisis transcriptómico de IL-38 e IL-36-Ra, y determinar el tipo de células del sistema inmune encargadas de su síntesis en tejido intestinal de pacientes con EII y controles sin inflamación.

**Materiales y métodos:** Se efectuó un estudio transversal y comparativo que incluyó a un total de 55 pacientes con EII distribuidos de la siguiente forma: 40 pacientes con CUCI (20 en activo y 20 en remisión) y 25 pacientes con EC (13 en activo y 12 en remisión) así como 30 individuos controles sin datos de inflamación intestinal a nivel histológico. A partir de las biopsias colónicas se realizó reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real en placa para cuantificar la expresión génica de IL-38 e IL-36-RN, además de inmunohistoquímica para la expresión proteica, así como del gen constitutivo GAPDH. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 19. Se tomó un valor de  $p < 0.05$  como significativo.

**Resultados:** Se estudió a un total de 40 pacientes con CUCI, 25 con EC y 30 controles sin inflamación. La expresión del gen de IL-38 fue mayor en mucosa colónica en pacientes con CUCI en remisión en comparación con el grupo de pacientes con CUCI en activo ( $p=0.009$ ), grupo de EC en remisión ( $p=0.014$ ) y los controles sin inflamación ( $p=0.008$ ). La expresión del gen de IL-36-Ra fue mayor en mucosa colónica en pacientes con CUCI en activo que el grupo control ( $p=0.006$ ). De igual forma estuvo incrementada la expresión de IL-36Ra en pacientes con CUCI activa en comparación con EC en remisión ( $p=0.007$ ). No se encontró asociación de los niveles de expresión génica de IL-38 e IL-36Ra con las características clínicas de los pacientes con EII. La IL-38 fue detectada en células dendríticas plasmocitoides intestinales en pacientes con EII activa en las capas serosa, muscular y submucosa. En los pacientes con EC activa se encontró incremento de la síntesis de IL-36Ra por macrófagos intestinales en las zonas de la mucosa submucosa, muscular y adventicia en comparación con el grupo de los pacientes con CUCI en activo y controles.

**Conclusiones:** La IL-38 tiene un potencial regulador de la respuesta inflamatoria en los pacientes con EII. La interacción de esta citocina con IL-36Ra puede emplearse como futuro blanco terapéutico.

## ID 96

### Papel del *Helicobacter pylori* en la producción de la IL-10 sérica en pacientes mexicanos con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI)

Carlos Augusto Barrera-Ochoa, Gabriela Fonseca-Camarillo, Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. cabaach@gmail.com

**Antecedentes:** Evidencia epidemiológica reciente sugiere un posible efecto protector de *Helicobacter pylori* contra enfermedades inflamatorias crónicas. En la infección por *H. pylori*, se han demostrado niveles elevados de interleucina 10 (IL-10) involucrada en la proliferación y diferenciación de los linfocitos T responsables de respuestas inmunes celulares que se encuentran alteradas en la

CUCI. Se desconoce el papel de *H. pylori* y la concentración sérica de IL-10 en pacientes mexicanos con CUCI.

**Objetivo:** Determinar el papel de *Helicobacter pylori* en la expresión de IL-10 en pacientes mexicanos con CUCI.

**Materiales y métodos:** Se trató de un estudio transversal que incluyó a 31 pacientes de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del INCMNSZ que fueron sometidos a una prueba de aliento y muestra sérica para medir los niveles de IL-10. El resultado permitió categorizarlos en dos grupos: 1) pacientes con CUCI e infección por *H. pylori* y 2) pacientes con CUCI sin *H. pylori*. Se midieron los niveles séricos de IL-10 por la prueba de ELISA. Para la comparación de medias entre los niveles séricos se utilizó prueba t de Student, para las variables clínicas y de laboratorio se empleó la prueba de U de Mann-Whitney, y para las variables categóricas la prueba de Ji cuadrada. Se utilizó SPSS v21 para el análisis estadístico.

**Resultados:** Los niveles séricos de IL-10 en los pacientes con CUCI con infección por *H. pylori* (n=11) fueron de  $5.5 \pm 0.90$  pg/mL mientras que los pacientes con CUCI sin infección por *H. pylori* (n=20) tuvieron valores de  $10.2 \pm 14.21$  pg/mL. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0.27). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con variables demográficas, clínicas, de laboratorio, endoscópicas e histológicas entre ambos grupos en relación con su estado de infección por *H. pylori*.

**Conclusiones:** Este es el primer estudio relacionado con el papel de *H. pylori* y la IL-10 en pacientes mexicanos con CUCI. Se requieren más estudios que confirmen los hallazgos del presente estudio.

**Patrocinio:** Fondos de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del INCMNSZ.

## ID 97

### Incremento de la expresión génica de COL1A1 y COL1A2 en mucosa colónica de pacientes mexicanos con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI)

Carlos Augusto Barrera-Ochoa, Gabriela Fonseca-Camarillo, Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. cabaoch@gmail.com

**Antecedentes:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria, crónica de etiología específica desconocida y origen multifactorial que produce inflamación continua de la mucosa del colon. En la CUCI, se han descrito alteraciones en la capacidad de regulación de la respuesta inflamatoria y en la remodelación y cicatrización epitelial intestinal. Los genes encargados de la producción de colágena tipo 1 son los genes COL1A1 y COL1A2. No se ha evaluado el papel de estos genes en la CUCI.

**Objetivo:** Analizar la expresión de los genes COL1A1 y COL1A2 en mucosa colónica de pacientes mexicanos con CUCI activa y en remisión, y un grupo control sin inflamación.

**Materiales y métodos:** Estudio transversal que incluyó a un total de 35 pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI (22 activa y 13 en remisión) y un grupo control de 23 individuos sin datos de inflamación intestinal. A partir de la biopsia colónica, se realizó extracción de ácido ribonucleico (ARN) total y posteriormente se obtuvo ácido desoxirribonucleico de cadena complementaria (ADNc) mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), cuya expresión se cuantificó de forma relativa mediante PCR en tiempo real para cada uno de los genes. Se emplearon los siguientes iniciadores: COL1A1 sentido CCCAAGGCTTCCAAGGTC y anti-sentido GGACGACAGGTTTTCCAG; COL1A2 sentido CTGGAGAGGCTGGTACTGCT y anti-sentido AGCACCAAGAAGACCCTGAG. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v17, utilizando la

prueba de Kruskal Wallis y exacta de Fisher así como la razón de momios (RM) para evaluar la fuerza de asociación.

**Resultados:** La expresión génica de COL1A1 y COL1A2 estuvo aumentada de manera significativa en pacientes con CUCI activa y en remisión en comparación con el grupo control (p=0.007 y p=0.001 respectivamente). La expresión génica de COL1A1 fue significativamente mayor en el grupo de CUCI en remisión comparado con el grupo de CUCI activa (p=0.001) y el grupo control (p=0.04). No existieron diferencias significativas entre los grupos de CUCI activa y control (p=0.83). Por otro lado, la expresión génica de COL1A2 fue mayor de forma significativa en el grupo de CUCI activa comparada con el grupo CUCI en remisión (p=0.000) y el grupo control (p=0.000). No hubo diferencias significativas entre los grupos de CUCI en remisión y control (p=0.19). No se encontraron asociaciones con variables clínicas.

**Conclusiones:** Los genes COL1A1 y COL1A2 se encontraron sobreexpresados en pacientes con CUCI en remisión y activa, lo que sugiere un probable mecanismo protector secundario a la enfermedad debido a que dichos genes están involucrados en la fisiopatología de la CUCI.

**Patrocinio:** Fondos de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del INCMNSZ.

## ID 98

### Tuberculosis abdominal durante un periodo de 15 años (2000-2015) en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán": frecuencia y comportamiento clínico

Carlos Augusto Barrera-Ochoa, Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. cabaoch@gmail.com

**Antecedentes:** La tuberculosis pulmonar es una enfermedad altamente prevalente a nivel mundial y en nuestro país. La tuberculosis abdominal es una entidad poco frecuente debido a la carencia de hallazgos clínicos, bioquímicos, radiológicos y endoscópicos típicos. En México se desconoce la frecuencia y el comportamiento clínico de la tuberculosis abdominal.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia y el comportamiento clínico de la tuberculosis abdominal en un hospital de tercer nivel en un periodo de 15 años (2000-2015).

**Materiales y métodos:** Se revisaron un total de 147 expedientes con diagnóstico inicial o de sospecha de tuberculosis abdominal en el INCMNSZ con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en el periodo comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2015. Tipo de estudio: transversal y descriptivo, retrospectivo y observacional. Se analizaron variables demográficas, clínicas, endoscópicas, radiológicas e histopatológicas. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 22.

**Resultados:** De un total de 147 casos, sólo en 78 pacientes se confirmó el diagnóstico de tuberculosis abdominal. Hubo un aumento en el número de casos en los años 2008 y 2010, con 10 y 9 casos respectivamente, y se mantuvo a razón de 7 casos anuales por 3 años consecutivos. Se encontró un predominio en el sexo masculino (58%) con una edad promedio al diagnóstico de  $42 \pm 18$  años, y 22% de pacientes con infección por VIH. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre (67%), pérdida de peso (65%), dolor abdominal (64%) e historia de diarrea crónica (44%). Un 22% de pacientes cursó de manera concomitante con tuberculosis pulmonar. Las manifestaciones de laboratorio más frecuentes fueron anemia ( $11.02 \pm 2.11$  g/dL) e hipalbuminemia ( $2.7 \pm 0.72$  g/dL). Los hallazgos radiológicos más comunes fueron linfadenopatía abdominal, engrosamiento de

la pared intestinal y estriación de la grasa en un 31%. Hasta en 44% de pacientes se reportó una colonoscopia normal y el hallazgo más frecuente fue la presencia de úlceras lineales y eritema (21%). Un 59% de pacientes fue sometido a procedimientos quirúrgicos electivos, la mayoría como complemento diagnóstico con tuberculosis peritoneal. El diagnóstico en la mayoría de los casos se realizó a través de biopsias y/o pieza quirúrgica caracterizadas por inflamación crónica granulomatosa, necrosis caseosa y células de tipo Langhans compatibles con tuberculosis.

**Conclusiones:** La tuberculosis tuvo una tendencia al incremento en el INCMNSZ durante los años de 2008-2013. El diagnóstico se realizó en su mayoría con base en los hallazgos histológicos debido a que los hallazgos clínicos, bioquímicos, radiológicos y endoscópicos son inespecíficos.

**Patrocinio:** Fondos de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del INCMNSZ.

## ID 99

### Prueba de aliento con glucosa en pacientes con sobreposición de DF y SII: ¿hay alguna diferencia con los otros grupos?

Olivia Rascón-Sosa, Mercedes Amieva-Balmori, Ana Delfina Cano-Contreras, Shareni Gálvez-Ríos, Yolopsi de Jesús Sánchez-Maza, Job Reyes-Huerta, Federico Roesch-Dietlen, José María Remes-Troche. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver. México. iimbgaastro@gmail.com

**Antecedentes:** La sobreposición entre dispepsia funcional (DF) y síndrome de intestino irritable (SII) se presenta hasta en 30% de los pacientes con trastornos funcionales digestivos y se asocia con una peor calidad de vida. Las pruebas de aliento son herramientas diagnósticas de bajo costo y no invasivas que se utilizan para la detección de sobrecrecimiento bacteriano (SCB) y en la evaluación de malabsorción o intolerancia a carbohidratos. Existen múltiples estudios en pacientes con pruebas de aliento positivas y SII que han demostrado una prevalencia de 6% hasta 46%; sin embargo, no hay información respecto a pacientes con sobreposición de DF-SII.

**Objetivo:** Evaluar las características y la prevalencia de una prueba de aliento positiva a glucosa en voluntarios sanos y pacientes con SII, DF y SII-DF no investigada.

**Material y métodos:** Estudio transversal y prolectivo en el que se evaluó a 60 sujetos, de los cuales 28 fueron controles sanos (16 mujeres, 12 hombres) y 32 pacientes (10 DF-SII, 10-DF y 12 SII de acuerdo con Roma III). Previo ayuno de 12 horas, se les aplicó un cuestionario de síntomas y siguiendo un protocolo previamente establecido se les realizó una medición de H<sub>2</sub> espirado posterior a una carga de 50 g de glucosa utilizando el equipo Gastrolyzer® (BedfontScientific LTD, UK). Se efectuó una lectura basal y cada 15 minutos de las partículas por millón (ppm) de H<sub>2</sub> espirado en el aliento durante 3 horas. De forma simultánea a las mediciones, se evaluó la presencia de síntomas usando una escala de Likert (0-4) para dolor abdominal, inflamación, flatulencias, eructos, saciedad y plenitud posprandial; a su vez se hizo una medición del perímetro abdominal de manera basal y al término del estudio. El aumento  $\geq 10$  ppm de H<sub>2</sub> en dos lecturas consecutivas por encima del valor basal o por arriba de las 20 ppm en cualquier momento posterior a la administración de glucosa se consideró como positivo (sugerente de SCB). Se realizó un análisis comparativo de las variables evaluadas entre todos los grupos.

**Resultados:** No hubo diferencia en cuanto a género e índice de masa corporal entre los grupos; sin embargo, los pacientes con sobreposición DF-SII tuvieron mayor edad ( $p=0.035$ ). Los pacientes con DF-SII tuvieron niveles basales de H<sub>2</sub> significativamente mayores ( $6.3 \pm 2.1$  vs.  $2.8 \pm 2.2$ ,  $4.5 \pm 2.9$ ,  $3.6 \pm 2.6$ ;  $p=0.031$ ), el 50% tuvo una prueba

de aliento positiva ( $p<0.05$ ) y reportó mayor prevalencia de síntomas, en especial distensión, comparado con los otros grupos ( $p<0.05$ ).

Tabla 1. Laboratorios antes y después del tratamiento. (ID 99).

	DF-SII (n=10)	DF (n=10)	SII (n=12)	Controles (n=28)
Género (n, %)				
Hombre	3 (30%)	2 (20%)	1 (8%)	12 (42%)
Mujer	7 (70%)	8 (80%)	11 (92%)	16 (58%)
Edad (media, DE)	41.6 $\pm$ 11*	29 $\pm$ 10	27.4 $\pm$ 6	29.5 $\pm$ 10.3
IMC (media, DE)	29.5 $\pm$ 7	24.8 $\pm$ 3.23	24 $\pm$ 3	25 $\pm$ 7.1
H <sub>2</sub> basal (ppm) (media, DE)	6.3 $\pm$ 2.1*	2.8 $\pm$ 2.2	4.5 $\pm$ 2.9	3.6 $\pm$ 2.6
Prueba de aliento positiva (n/%)	5 (50%)*	2 (20%)	4(30%)	1 (3.6%)
Síntomas durante la prueba (n, %)	7 (70%)*	5 (50%)	3 (25%)	4 (14.3%)
Eructos	1 (10%)	4 (40%)*	1 (8%)	0
Distensión	4 (40%)*	3 (30%)	2 (16%)	0
Cambio del perímetro abdominal durante la prueba				
Aumentó	6 (60%)	4 (40%)	5 (42%)	9 (32%)
Disminuyó	3 (30%)	3 (30%)	1 (8%)	6 (21%)
Sin cambio	1 (10%)	3 (30%)	6 (50%)	13 (46.4%)

\* $p<0.05$ .

**Conclusión:** La presencia de niveles basales más elevados de H<sub>2</sub> espirado, así como la mayor prevalencia de una prueba de aliento positiva con glucosa en pacientes con sobreposición de DF-SII sugieren que en estos pacientes el SCB puede tener un papel determinante en la fisiopatología de sus síntomas.

**Patrocinio:** El presente trabajó no requirió patrocinio alguno.

## ID 101

### La expresión del gen SLC39A4 (transportador de zinc) está disminuida en mucosa intestinal de pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática activa

Lucero Adriana Salazar-Salas, Gabriela Fonseca-Camarillo, Rafael Barreto-Zúñiga, Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho. Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. dg.lucerosalazar@gmail.com

**Antecedentes:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es un trastorno que se caracteriza por una inflamación crónica en la mucosa del colon. El zinc es un nutriente esencial que participa en

diversas funciones metabólicas en el cuerpo tales como la regulación de la función inmune y es un componente de la respuesta inflamatoria. Se absorbe a nivel intestinal y es ahí donde ocurre la homeostasis del zinc, donde el transportador Zip4 responde y es codificado por el gen SLC39A4. No existen estudios previos que evalúen su papel en pacientes con CUCI.

**Objetivo:** Evaluar la expresión del gen SLC39A4 en pacientes con CUCI.

**Pacientes y métodos:** Se incluyó a un total de 47 individuos distribuidos de la siguiente forma: CUCI activa (n=15), CUCI en remisión (n=16) y control sano (n=16). A todos los pacientes se les tomaron biopsias de la mucosa intestinal por colonoscopia y posteriormente se les extrajo el ácido ribonucleico (ARN) total, de donde se obtuvo ácido desoxirribonucleico (ADN) de cadena complementaria mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Se utilizaron las siguientes sondas para el gen SLC39A4 (izquierdo5´gc tccgggtgtgtgggaca3´; derecho3´gcctgttccgacagtcaca5´), PCR cuantitativa en tiempo real así como el gen GAPDH como gen de referencia. Para el análisis estadístico se usó el programa SPSS versión 17. **Resultados:** De los 31 pacientes con CUCI: 54.8% hombres y 45.2% mujeres, con edad media de 41 años, y de los 16 controles sin inflamación: 37.5% hombres y 62.5% mujeres, edad media de 45 años. La expresión del gen SLC39A4 fue mayor de manera significativa en pacientes con CUCI en remisión en comparación con los controles sin inflamación (p=0.12). Por otro lado, se observó también incremento significativo en la expresión del gen SLC39A4 en el grupo CUCI activa con respecto al grupo control sin inflamación (p=0.033) y CUCI en remisión (p=0.053). En la región del léon terminal, la expresión del gen SLC39A4 fue significativamente mayor en el grupo activo respecto al grupo sin inflamación (p=0.042). La expresión elevada del gen SLC39A4 se encontró asociada con mayor años de evolución, entre 10 y 15 años (RM=0.041, IC 95% 0.005-0.299, p=0.0007). Los pacientes con CUCI activa estuvieron divididos en: actividad grave 12.9%, moderada 16.1% y leve 19.4%.

**Conclusión:** La expresión del gen SLC39A4 está disminuida en pacientes con CUCI activa, lo cual puede sugerir que el proceso de inflamación crónica intestinal esté afectando la absorción de zinc y por lo tanto es recomendable la suplementación con zinc en pacientes con CUCI activa.

**Patrocinio:** Fondos de investigación de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del INCMNSZ.

## ID 103

### Linfoma primario de hígado de infiltración difusa, reporte de un caso

Noé Ayala-Haro, Karen Selene Rivera-Martínez, Jesús Ignacio Flores-Franco, Luis Alberto Piña-Olguín, Sergio Cruz-Fabián, Lauro Fabián Amador-Medina, David Ávalos-Reyes. Hospital Regional de Alta Especialidad Bajío. León, Gto. México. noe\_aharo17@hotmail.com

**Antecedentes:** Desde el reporte del primer caso de linfoma primario de hígado (LPH) en 1965 por Ata y Kamel, alrededor de 300 casos han sido informados en la literatura. Si bien en estadios avanzados del linfoma se ha demostrado el involucro hepático en 20% de los pacientes, la incidencia del LPH es infrecuente, ya que representa 0.016% de los linfomas no Hodgkin (LNH) y 0.4% de los linfomas extranodales. La causa es desconocida. La mayoría de los casos suele presentarse con síntomas B, hepatomegalia y un patrón de infiltración con lesiones múltiples.

**Objetivo:** Presentar un caso clínico de linfoma hepático con infiltración difusa.

**Reporte de caso:** Femenino de 62 años de edad, inicia 1 año previo a su ingreso con astenia, adinamia y palidez mucotegumentaria, además de pérdida ponderal de 4 kg; negó fiebre. En su hospital

general se documentó bicitopenia, por lo que fue referida a nuestra institución. A su ingreso, además con ictericia generalizada. No se documentó adenomegalia. Resultados de laboratorio: hemoglobina 8.2 g/dL, plaquetas 15 mil, bilirrubina total 5.1 mg/dL, bilirrubina directa 4.3 mg/dL, fosfatasa alcalina 207 U/L, deshidrogenasa láctica 816 U/L, transaminasa glutamicopirúvica, 41 U/L, transaminasa glutamicooxalacética 54 U/L, gamma glutamil transpeptidasa 398 U/L, tiempo de protrombina 21.3 segundos, tiempo de tromboplastina parcial 32.7 segundos, INR 1.64, hepatitis B y C, citomegalovirus y virus de inmunodeficiencia humana negativos; ultrasonido abdominal sin dilatación de la vía biliar, tomografía abdominal sin adenopatías; el aspirado de médula ósea y el frotis de sangre periférica fueron normales; los anticuerpos antimitocondriales y antinucleares fueron negativos. La paciente presentó datos de choque séptico con foco urinario y falleció. Se realizó biopsia hepática post-mortem, en la cual se reportó LNH de células grandes B CD20+.

**Discusión:** Con base en los criterios de Caccamo de 1986, el LPH se define como aquel que sólo tiene involucro hepático sin evidencia de afección a bazo, nódulos linfoides, sangre periférica y/o médula ósea, hasta al menos 6 meses posteriores al diagnóstico. Tiene una mayor incidencia entre la quinta y sexta décadas de la vida, y su presentación clínica es inespecífica. De acuerdo con el tipo de infiltración, puede presentarse como lesiones múltiples (50%), masa solitaria (42%) o con infiltración difusa (8%).

**Conclusiones:** En el LPH los signos, síntomas, hallazgos de laboratorio y gabinete son inespecíficos. El tipo de infiltración es determinante para el abordaje inicial, ya que si de manera inicial se observan lesiones múltiples o masa única, la conducta esperada sería la toma de biopsia. La infiltración difusa retrasa esta conducta, por lo que se asocia con peor pronóstico.

## ID 104

### Impacto del programa de detección oportuna de atresia de vías biliares mediante la tarjeta colorimétrica visual, en su fase de tercer nivel de atención en la UMAE Hospital de Pediatría CMNO

Verónica Guadalupe López-Flores, María del Carmen Bojórquez-Ramos, Juan Carlos Barrera-de León, Silvia Jiménez-Sánchez. Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente. Guadalajara, Jal. México. acinorevge@hotmail.com

**Introducción:** La atresia de vías biliares (AVB) es responsable de 50% de las indicaciones de trasplante de hígado en la población pediátrica; siempre debe considerarse como diagnóstico probable cuando la ictericia de tipo colestásico dura más allá de los 14 días de vida. La detección oportuna puede realizarse mediante la tarjeta colorimétrica visual, ya que permite identificar diferentes grados de hipoacolia o acolia, por lo cual se ha descrito como rentable, simple y conveniente.

**Objetivo:** Determinar el impacto del programa de detección oportuna de AVB mediante la tarjeta colorimétrica visual, en su fase de tercer nivel de atención en la UMAE Hospital de Pediatría CMNO.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo; se revisaron expedientes de los pacientes con diagnóstico de síndrome colestásico ingresados al servicio de Gastroenterología en el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2015. Se registraron características demográficas, conocimiento de la tarjeta colorimétrica visual por las madres, derivación de los pacientes por el programa de detección oportuna, características clínicas y de

gabinete, edad de la exploración de vías biliares y cirugía tipo Kasai.

**Resultados:** Se incluyeron 76 pacientes, con una mediana de edad de 72 días (28-230 días), 38.1% mujeres y 61.8% varones. Se diagnosticó AVB en 19 pacientes (25%), predominio en el sexo femenino 52.6%, mediana de edad al ingreso de 120 días; 31.5% (6 casos) de las madres de los pacientes tenía conocimiento de la tarjeta colorimétrica visual. Con el programa de detección oportuna ingresaron 2 pacientes, lográndose la derivación quirúrgica en menos de 60 días.

**Conclusiones:** No se ha reportado un impacto positivo en la oportunidad diagnóstica y terapéutica de acuerdo a los indicadores de desempeño tras la implementación del programa de detección oportuna de AVB mediante la tarjeta colorimétrica visual en la UMAE Hospital de Pediatría.

## ID 113

### Pólipo hiperplásico gigante como causa de intususcepción colocolica en el adulto

Laura Susana Suder-Castro, Rodrigo Prieto-Aldape, Felipe Cerda-Camacho, José Antonio Mora-Huerta, Francisco Álvarez-López, José Antonio Velarde-Ruiz Velasco. Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal. México. susanasuder@gmail.com

**Antecedentes:** La intususcepción es una forma rara de obstrucción intestinal en el adulto que representa 1-5% de todos los casos. El 70 a 90% de los casos de intususcepción en adultos es secundario a una condición patológica; un 65% es de etiología maligna.

**Objetivo:** Presentación de un caso de intususcepción colocolica en un adulto secundaria a pólipo gigante en sigmoides.

**Reporte de caso:** Paciente femenino de 30 años de edad con evolución de 2 meses con dolor abdominal intermitente en flanco y fosa iliaca izquierda con disminución en la frecuencia de evacuaciones. Dos semanas previas el dolor abdominal es persistente, se presentan evacuaciones diarreicas y vómitos. En la EF: dolor en fosa iliaca izquierda donde se palpa masa de 8 cm de diámetro, ampulla rectal colapsada sin presencia de heces. Los exámenes de laboratorio irrelevantes. Una radiografía de abdomen mostró imagen redonda radiopaca de 8 a 10 cm de diámetro en fosa iliaca izquierda y una TC simple de abdomen con imagen en diána en la misma localización. Se realizó colonoscopia en la que se observó obstrucción de recto sigmoides secundaria a lesión polipoidea de 10 cm de diámetro, pediculada, que cubre el 100% de la luz intestinal, con superficie necrótica. Se efectuó resección segmentaria de la intususcepción con colectomía y anastomosis termino-terminal. El examen histopatológico reveló pólipo hiperplásico.

**Discusión:** La intususcepción se clasifica de acuerdo con su localización en enteroentérica, ileocólica o ileocecal y colocolica. En el adulto ocurre con mayor frecuencia en el intestino delgado (50-88%) que en el intestino grueso (12-50%). Según su etiología se clasifica en primaria o idiopática, que representa un 10%, y secundaria (lesión maligna o benigna), que representa un 90% de los casos. La probabilidad de etiología maligna se incrementa de proximal a distal y el intestino grueso es la localización más probable de malignidad (43-80%), donde el adenocarcinoma de colon es la causa más frecuente. La TC se considera el método radiológico más sensible (58-100%). El tratamiento es controvertido: resección en bloque vs. reducción inicial seguida de resección más limitada.

**Conclusión:** La intususcepción en el adulto es una causa rara de obstrucción intestinal y constituye un reto diagnóstico; debemos investigar la etiología por la alta probabilidad de malignidad.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 116

### La desnutrición severa es un factor pronóstico asociado a mortalidad temprana en pacientes mexicanos con hepatitis alcohólica severa

Fátima Higuera-de la Tijera<sup>1</sup>, Alfredo Servín-Caamaño<sup>2</sup>, Viridiana López-Ladrón de Guevara<sup>1</sup>, Juan Miguel Abdo-Francis<sup>3</sup>, José Luis Pérez-Hernández<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Gastroenterología y <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". <sup>3</sup>Hospital Ángeles Acoxa. Ciudad de México. México. fatimahiguera@yahoo.com.mx

**Antecedentes:** Comparativamente con otras poblaciones europeas o norteamericanas, la hepatitis alcohólica severa tiene una mortalidad muy elevada en población mexicana atendida en hospitales federales (generalmente individuos de medio socioeconómico bajo): llega a ser tan alta como 50 a 81% en los pacientes catalogados como ABIC B o C; esto es cierto a pesar de tratamiento específico con esteroide o pentoxifilina.

**Objetivo:** Conocer qué factores clínicos se asocian con mortalidad temprana (30 días) en pacientes mexicanos con hepatitis alcohólica severa.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte histórica que incluyó a pacientes con hepatitis alcohólica severa, definida por una función discriminante de Maddrey mayor de 32, atendidos en el Hospital General de México en un periodo de 5 años (2010 a 2015). Las variables cuantitativas se expresaron en media y desviación estándar y se compararon mediante t de Student; en el análisis univariado las variables cualitativas se compararon mediante Ji cuadrada o prueba exacta de Fisher, y se calcularon razón de momios e intervalos de confianza a 95%; el análisis multivariado se realizó mediante regresión de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 76 pacientes de los cuales 72 (94.7%) fueron hombres, con media de edad de 43 ± 9.1 años; 58 (76.3%) tenían cambios sugestivos de cirrosis en el ultrasonido. De acuerdo con la valoración global subjetiva (VGS), 38 (50%) presentaban desnutrición grave, 22 (28.9%) riesgo de desnutrición y 16 (21.1%) estaban bien nutridos. La mortalidad global a 30 días en esta cohorte fue de 46 pacientes (60.5%). En el análisis univariado, se asociaron con mortalidad a 30 días los siguientes: cirrosis concomitante (OR=2.3; IC 95% 1.5-3.4; p<0.0001), desarrollo de encefalopatía (OR=5.6; IC 95% 2.5-12.5; p<0.0001), desarrollo de insuficiencia renal (OR=6.2; IC 95% 2.5-15.6; p<0.0001), hemorragia variceal (OR=4.4; IC 95% 1.7-11.3; p<0.0001), infección (OR=2.7; IC 95% 1.3-5.8; p=0.004), de acuerdo con la VGS: en riesgo de desnutrición (OR=2.0; IC 95% 1.2-3.3; p=0.01) y desnutrición severa (OR=5.8; IC 95% 2.0-16.4; p<0.0001). El tratamiento con prednisona o pentoxifilina no influyó en la supervivencia y no hubo diferencia entre los grupos de tratamiento. Cuando estas variables se ajustaron en un modelo multivariado, sólo la desnutrición severa se asoció con mortalidad a 30 días: OR=6.4; IC 95% 1.9-22.1; p=0.003.

**Conclusión:** El estado nutricional es el determinante más importante asociado con mortalidad temprana (30 días). La desnutrición severa explica claramente la elevada mortalidad que se observa en pacientes con hepatitis alcohólica severa en población mexicana.

**Patrocinio:** No recibimos patrocinio alguno.

## ID 119

### Acalasia en niños, desafío diagnóstico

Alicia Reyes-Cerecedo, Beatriz González-Ortiz, Judith Flores-Calderón, Mónica Arteaga-y Hernández Magro, Alberto Molina-Peto. Hospital de Pediatría, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro

Médico Nacional Siglo XXI. Ciudad de México. México. arcaly@hotmail.com

**Antecedentes:** La acalasia es un desorden de causas desconocidas poco común en niños; la alteración primaria se caracteriza por disminución progresiva del peristaltismo y falta de relajación del esfínter esofágico inferior. La SEG-D establece el diagnóstico en 95%. El tratamiento depende de la experiencia médica: desde dilatación neumática/esofagiotomía.

**Objetivo:** Dada su escasa incidencia, conocer los síntomas principales y revisar la literatura.

**Reporte de casos:** Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI, Servicio de Gastroenterología, reporte de casos entre 2005-2016 de niños con acalasia. Se reportan los síntomas debut, diagnóstico, tratamiento definitivo médico y/o quirúrgico.

**Caso 1:** Femenino de 14 años con disfagia a líquidos de 6 meses de evolución, posterior a sólidos, vómito de contenido gástrico, regurgitaciones, sensación de plenitud posprandial y pérdida de 3 kg de peso. Esofagograma: imagen de punta de lápiz; endoscopia: esófago tercio superior dilatado. Manometría esofágica: PIR 45 mmHg. Se realizó cardiomiomía y funduplicatura de Toupet.

**Caso 2:** Masculino de 13 años, disfagia a sólidos de 4 meses de evolución, posterior a líquidos, episodio de atragantamiento. Esofagograma: imagen de punta de lápiz; endoscopia: gran dilatación de tercio esofágico inferior. Se realizó cardiomiomía y funduplicatura de Toupet.

**Caso 3:** Masculino de 12 años portador de trombofilia y retraso psicomotor, 11 meses de evolución con vómito, precedido de náuseas, sialorrea, disfagia a sólidos y líquidos y pérdida de 6 kg de peso. Esofagograma: imagen en punta de lápiz; endoscopia: gran dilatación en tercio medio y distal. Tratamiento inicial con dilatación neumática y aplicación de toxina botulínica sin mejoría. Posteriormente miotomía de Heller y funduplicatura de Toupet.

**Caso 4:** Masculino de 12 años con tos productiva de 5 meses de evolución, pérdida de 4 kg de peso, ataque al estado general, disfagia a sólidos y líquidos. Esofagograma: imagen en punta de lápiz. Se realizó cardiomiomía de Heller y funduplicatura de 280°.

**Caso 5:** Femenino de 15 años con dolor abdominal de 5 meses de evolución, agregándose vómito posprandial y disfagia, inicialmente sólidos posterior líquidos, disfagia, pérdida de 30 kg de peso. Esofagograma: imagen en punta de lápiz; endoscopia: dilatación en tercio inferior. TC de abdomen: dilatación de unión esofagogástrica. Manometría: ausencia de relajación de esfínter esofágico inferior. Se realizó cardiomiomía de Heller y funduplicatura de Toupet.

**Discusión:** Los síntomas principales fueron disfagia y pérdida de peso; el tratamiento definitivo en 100% fue miotomía de Heller, con buena evolución.

**Conclusión:** La acalasia, aunque rara, debe ser un diagnóstico diferencial en niños con historia previa de disfagia, regurgitación, falla para crecer e infecciones de repetición de vías respiratorias superiores.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 121

### Adenocarcinoma de intestino delgado, un tumor gastrointestinal poco frecuente

Laura Susana Suder-Castro, Francisco Álvarez-López, José Antonio Velarde-Ruiz Velasco, Edgar Santino García-Jiménez, Patricia Rivera-Azpe, Paola Elizabeth Díaz-Aceves. Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal. México. susanasuder@gmail.com

**Antecedentes:** El cáncer de intestino delgado es poco frecuente; con una incidencia global de 0.3 a 2.0 por 100,000 personas por año, representa el 0.4% del total de casos de cáncer y menos de 5% del cáncer gastrointestinal.

**Objetivo:** Presentación de un caso de adenocarcinoma de intestino delgado (ACID).

**Reporte de caso:** Paciente masculino de 33 años de edad, con historia de 2 meses de evolución de vómitos alimentarios posprandiales, piro-sis, saciedad temprana, pérdida de 20 kg de peso y lesión renal aguda en dos ocasiones, con normalización de función renal con cristaloides intravenosos; abordado en hospital regional con endoscopia hasta segunda porción de duodeno normal y TAC abdominal simple sin diagnóstico definitivo. En la exploración física, abdomen con peristaltismo presente, no doloroso, no masas y succusión presente. Los exámenes de laboratorio con lesión renal y alteración hidroelectrolítica, creatinina 4.8 mg/dL, urea 167 mg/dL, Na 120 mEq/L, K 3.0 mEq/L y Cl 66 mEq/L. Se realizó nueva endoscopia observando tumoración en la tercera porción del duodeno que obstruye 90% de la luz intestinal. La TAC abdominal contrastada mostró estómago retencionista, engrosamiento irregular intrínseco de paredes de duodeno desde tercera porción hasta yeyuno proximal, con paso de escaso contraste oral a yeyuno. El examen histopatológico reveló adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor asociado con adenoma vellososo. La laparotomía confirmó metástasis en mesenterio.

**Discusión:** Los tumores de intestino delgado son poco frecuentes; predominan cuatro tipos: adenocarcinoma (40%), tumores neuroendocrinos (30-40%), linfomas primarios (15-20%) y tumores del estroma gastrointestinal (<10%). El ACID es más común en hombres, en la sexta década de la vida; su localización más frecuente es duodeno (55-82%), seguido de yeyuno (11-25%) e íleon (7-17%). En aproximadamente 20% de los casos de ACID se identifica algún síndrome genético o enfermedad predisponente, como enfermedad de Crohn (8.6%), polipomatosis adenomatosa familiar (3%), síndrome de Lynch (3%), enfermedad celiaca (1.5%), Peutz-Jeghers (0.8%). La forma de presentación más frecuente es oclusión intestinal (40%), seguida de hemorragia digestiva (24%) y otros (30%) como anemia y diarrea.

**Conclusión:** El diagnóstico temprano del ACID es difícil a pesar de los avances en radiología y endoscopia. El tratamiento de la enfermedad localizada es quirúrgico con o sin quimioterapia adyuvante; en la enfermedad avanzada el tratamiento es con quimioterapia (FOLFOX o XELOX), con una sobrevida media de 8-18 meses.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 124

### Incremento de monocitos no clásicos en sangre periférica de pacientes con síndrome de intestino irritable (SII)

Max Schmulson, Anahí González-Huitrón, Lizeth Sansón-Riofrío, Aaron Manjarrez-Reyna, Luis Charúa-Guindic, Galileo Escobedo. Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM)-Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Hospital General de México. Ciudad de México. México. maxjulio@prodigy.net.mx

**Antecedentes:** En humanos, los monocitos se dividen en tres subpoblaciones con base en la expresión de CD14 y CD16 en la superficie celular. Los monocitos "clásicos" (CD14+ CD16-), "intermedios" (CD14+ CD16+) y "no clásicos" (CD14+ CD16++). Los no clásicos presentan funciones proinflamatorias más importantes a nivel sistémico (Sci Rep. 2015;5:13886). El SII ha sido propuesto como un trastorno caracterizado por inflamación de grado bajo; sin embargo, hasta el momento no se han estudiado los niveles de los diferentes monocitos en estos pacientes.

**Objetivo:** Evaluar el porcentaje circulante de monocitos clásicos, intermedios y no clásicos en pacientes con SII vs. controles.

**Material y métodos:** Se reclutaron 8 pacientes con SII-Roma III de la Consulta Externa de Coloproctología del Hospital General de México

y 9 controles sin comorbilidades. Se obtuvieron 5 mL de sangre periférica de cada sujeto y se analizó el perfil de monocitos utilizando anticuerpos anti-CD14 y CD16 por citometría de flujo. Los resultados fueron analizados mediante la prueba t de Student en el programa GraphPad Prism 6.0 y se consideró significativa una  $p \leq 0.05$ . **Resultados:** Los pacientes y controles fueron similares en cuanto a la edad (SII:  $45 \pm 12.2$  vs. controles:  $42.7 \pm 14.8$  años) e IMC (SII:  $26.3 \pm 4.1$  vs. controles:  $25.9 \pm 1.8$ ). Los pacientes con SII se clasificaron además en SII con diarrea (SII-D): N=2, SII con estreñimiento (SII-E): 2, SII-mixto (SII-M): 2 y SII-no clasificable (SII-NC): 2. En SII vs. controles se encontró un aumento significativo en el porcentaje de monocitos no clásicos ( $5.8 \pm 2.8\%$  vs.  $2.6 \pm 2.1\%$ ,  $p=0.02$ ). No hubo diferencias en cuanto a la proporción de monocitos clásicos ( $55.9 \pm 30.5\%$  vs.  $71.5 \pm 14.9\%$ ,  $p=0.19$ ) e intermedios ( $9.8 \pm 8.9\%$  vs.  $12.7 \pm 14.3\%$ ,  $p=0.63$ ).

**Conclusión:** El incremento de monocitos no clásicos en pacientes con SII apoya la presencia de un estado de activación inmune a nivel sistémico como parte importante de la etiopatogenia de este padecimiento.

**Patrocinio:** Este estudio fue financiado con fondos de la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM.

## ID 125

### Etiología de la hemorragia digestiva alta aguda no variceal en pacientes con cirrosis hepática

José Antonio Velarde-Ruiz Velasco, Diana Karen Tapia-Calderón, Juan Manuel Aldana-Ledesma, Laura Ofelia Olivares-Guzmán, Edgar Santino García-Jiménez, José Antonio Mora-Huerta, Karla R. García-Zermeño, Francisco Álvarez-López. Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal. México. velardemd@yahoo.com.mx

**Antecedentes:** La hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA) asociada a cirrosis se presenta por causas tanto directamente relacionadas como no relacionadas con hipertensión portal. Las etiologías directamente relacionadas con la hipertensión portal incluyen várices esofágicas, gástricas y duodenales; gastropatía hipertensiva y ectasia vascular antral (GAVE). La frecuencia estimada de HTDA aguda no variceal es de 30 a 40%. En México, y especialmente en el occidente del país, se tienen pocos reportes sobre la etiología de la HTDA no variceal en esta población, lo que justifica la realización de este estudio.

**Objetivo:** Describir las características clínicas y la etiología de la HTDA no variceal en pacientes con cirrosis hepática.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo observacional; se incluyeron pacientes ingresados al servicio de gastroenterología desde agosto de 2013 hasta mayo de 2016, con diagnóstico de ingreso de HTDA aguda. Se obtuvieron las características demográficas, laboratoriales y endoscópicas. Los pacientes se agruparon por etiología del sangrado y clasificación de Child-Pugh. Los datos fueron ingresados a una base y analizados usando el paquete estadístico SPSS versión 21 para realizar estadística descriptiva.

**Resultados:** En el periodo estudiado, ingresaron 354 pacientes con diagnóstico de HTDA, de los cuales 79 tenían cirrosis hepática (90% hombres), con edad media de 52.8 años. El 53.2% de los pacientes era Child-Pugh B. La causa de la hemorragia fue determinada mediante endoscopia. En 50 pacientes (63.3%) el origen de la hemorragia fue variceal. La etiología no variceal se presentó en 36.7% de los cirróticos. La media del índice de Blatchford fue de 13.2. Un 44% de los pacientes tuvo índice de AIMS-65  $\geq 2$  puntos. El hallazgo endoscópico más frecuente fue úlcera gástrica, seguido de úlcera duodenal, que en conjunto sumaron 20 casos; los 9 pacientes restantes tuvieron sangrado por etiologías diversas. Todos los pacientes con HTDA no variceal recibieron terapia farmacológica pre-endoscópica la cual se

ajustó de acuerdo con los hallazgos endoscópicos. En 4 pacientes se reportaron lesiones endoscópicas de alto riesgo que requirieron terapia endoscópica de inyección con adrenalina. Un paciente con úlcera duodenal Forrest IIA que recibió terapia de inyección presentó resangrado que requirió intervención quirúrgica para el control de la hemorragia. No se reportó mortalidad hospitalaria en los pacientes con cirrosis y HTDA no variceal en este estudio.

**Conclusión:** La HTDA de origen no variceal en pacientes con cirrosis debe considerarse siempre como un diagnóstico diferencial. En este estudio se encontró que la etiología de la HTDA no variceal más frecuente en pacientes con cirrosis hepática fue la úlcera péptica.

**Patrocinio:** No se recibió patrocinio para la elaboración de este trabajo.

## ID 126

### Páncreas ectópico intragástrico. Presentación de un caso en el Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos

César Maldonado-Rivera. Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos. Ciudad de México. México. dr.cesarmaldonado@gmail.com

**Antecedentes:** El páncreas ectópico es un hallazgo poco común y benigno. La gran mayoría de las ocasiones puede cursar asintomático, pero puede llegar a causar síntomas que incluyen dolor abdominal, náusea, vómito y hasta sangrado de tubo digestivo alto, por lo que a menudo requiere extracción. No tiene contacto con el páncreas y con frecuencia se detecta mediante endoscopias de rutina o necropsias.

**Objetivo:** Considerar en casos de pacientes pediátricos con dispepsia que no ha respondido al tratamiento médico la realización de endoscopia para descartar causas orgánicas como la presencia de páncreas ectópico.

**Reporte de caso:** Femenino de 6 años sin antecedentes familiares de importancia. Entre los 6 meses y 2 años de edad con cuadros de vías aéreas superiores con reflujo, por lo que se considera APLV y ERGE, y se inicia tratamiento farmacológico. A los 2 años y 6 meses continúa con síntomas, se realiza pHmetría positiva para reflujo patológico y recibe tratamiento médico. Perfil de alergias alimentarias negativo. Se efectúa endoscopia que reporta esofagitis crónica probablemente secundaria a RGE y gastritis crónica superficial. USG abdominal sin alteraciones. La paciente permanece asintomática con cambios en la dieta y restricción de trigo, huevo y leche. En 2016, a los 6 años, reinicia con síntomas de reflujo por lo que se realiza nueva endoscopia que reporta apertura hiatal grado I de Hill, pólipos sénil de antro con estómago y duodeno normal. La biopsia reporta páncreas ectópico y gastritis química no asociada con *Helicobacter pylori*.

**Discusión:** La existencia de tejido pancreático ectópico es una evolución embriológica anómala, se produce durante el periodo prenatal; implantes de las yemas pancreáticas en diferentes partes del tracto GI resultan en tejido que pierde continuidad anatómica y vascular con el páncreas. Se manifiesta como un nódulo único redondo o lobulado de consistencia firme y amarilla, de 2-4 mm de tamaño. La localización más frecuente es submucosa. La mucosa que lo cubre suele ser del mismo tipo que la del tracto GI donde se localiza. Microscópicamente es muy similar al tejido pancreático; presenta acinos, lóbulos, ductus e islotes de Langerhans. Los lugares más frecuentemente afectados son las paredes del estómago, duodeno y yeyuno. La ecoendoscopia es útil para el diagnóstico y para determinar la capa de la pared gástrica en que se origina la lesión; tiene una sensibilidad y una especificidad de 64% y 80%, respectivamente. La histología es el patrón de oro para diferenciar los diferentes tipos de lesiones subepiteliales.

**Conclusión:** Aunque la mayoría de los casos pasan asintomáticos, otros pueden dar síntomas diversos. En el caso de nuestra paciente el tejido ectópico causa síntomas de dispepsia y la realización de la endoscopia logró el diagnóstico. Se requiere individualizar el tratamiento según los síntomas del paciente. La resección debe hacerse con los medios disponibles en cada institución.

**Patrocinio:** No hubo patrocinio.

## ID 127

### Enfermedad por hígado graso no alcohólico en pediatría, prevalencia en el Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos

César Maldonado-Rivera. Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos. Ciudad de México. México. dr.cesarmaldonado@gmail.com

**Antecedentes:** El diagnóstico de enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) requiere de esteatosis hepática corroborada por imagen o histología, sin causas secundarias de acumulación de grasa. La EHGNA se define histológicamente como la presencia de esteatosis hepática sin evidencia de daño hepatocelular (EH) y esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), que se caracteriza por la presencia de esteatosis hepática e inflamación con o sin fibrosis.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de EHGNA en pacientes pediátricos obesos del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Pemex entre mayo de 2015 y mayo de 2016.

**Reporte de caso:** En el periodo de mayo de 2015 a mayo de 2016 acudieron a consulta médica de pediatría 544 pacientes que además de su padecimiento, se diagnosticaron con obesidad ( $p > 95$  para su IMC): 243 mujeres entre 2 y 17 años y 301 varones entre 2 y 17 años. A 271 del total se les tomaron transaminasas: 9 salieron con resultados elevados persistentemente. A 5 se les realizó biopsia hepática: todos con cambios en relación con esteatosis y esteatohepatitis, 1 con fibrosis, ninguno con cirrosis, 2 más están programados actualmente y 2 más no regresaron a consulta después de proponer la biopsia.

**Discusión:** En nuestro caso existe una prevalencia en el periodo referido de enfermedad por hígado graso no alcohólico de 3.3% en pacientes con obesidad y elevación de transaminasas. Los USG hepáticos sugerían esteatosis hepática. Cinco pudieron ser corroborados por biopsia, el 100% son hombres con resultados de esteatosis a esteatohepatitis con fibrosis leve; 2 mujeres son las programadas para biopsia y 2 hombres los que no acudieron de nuevo a cita. Se considera que la EHGNA es actualmente la primera causa de enfermedad hepática en niños y adolescentes en Estados Unidos. En México, se determinó la prevalencia de EHGNA en 833 niños con edades entre 5.5 y 12 años, con sobrepeso y obesidad, concluyendo que fue de 12.6% La prevalencia de esta enfermedad es mayor en niños peripuberales con sobrepeso u obesidad. La EHGNA se considera la manifestación hepática del síndrome metabólico. La circunferencia de cintura representa un parámetro antropométrico práctico para identificar adiposidad central y predecir incremento del riesgo de resistencia a la insulina y síndrome metabólico. En la práctica clínica, el diagnóstico de EHGNA se sugiere al encontrar elevación de ALT así como brillantez hepática en USG. Los valores normales de transaminasas no son garantía de ausencia de la enfermedad.

**Conclusión:** La EHGNA debe ser considerada en los pacientes con obesidad y datos de síndrome metabólico ya que su presentación puede incluir hasta cirrosis en algunos casos. La sospecha de la enfermedad debe descartar otras causas de hepatopatía crónica. La biopsia hepática sigue siendo la prueba de oro para el diagnóstico de la enfermedad.

**Patrocinio:** No hubo patrocinio.

## ID 128

### Síndrome de Alagille. Presentación de 2 casos diagnosticados mediante estudios genéticos en el Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos

César Maldonado-Rivera. Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos. Ciudad de México. México. dr.cesarmaldonado@gmail.com

**Antecedentes:** El síndrome de Alagille (SA) es una enfermedad autosómica dominante multisistémica con expresión variable. Las principales manifestaciones son: colestasis crónica, enfermedad cardíaca congénita, embriotoxon posterior, facies característica y vértebras en alas de mariposa. Es ocasionado por mutaciones en el gen JAGGED1 (más de 90%) y en el gen NOTCH2. Dada la expresión variable de la enfermedad, se requiere un alto grado de sospecha para integrar el diagnóstico.

**Objetivo:** Se busca demostrar la variabilidad de presentación de la enfermedad con el objeto de que sea considerada como diagnóstico en los pacientes con cardiopatía y síndrome colestásico.

**Reporte de caso:** Primer paciente sin antecedentes de importancia. A los 11 días de vida se detecta soplo, por lo que es referido a cardiología pediátrica. Se diagnostica con hipoplasia difusa de ramas de arteria pulmonar, PCA pequeño y FOP. Se da IC a genética, donde, por presencia de facies característica y cardiopatía, se toma muestra para mutación de Alagille, la cual es positiva. Valoración por gastropediatría, se solicita revisión por oftalmología (diagnóstico de embriotoxon). Rx de columna vertebral sin alteraciones; pendiente biopsia hepática que ya está programada. Segundo paciente femenino, nacida en 1999, sin antecedentes de importancia. Diagnosticada en este hospital a los 3 meses con estenosis de válvula aórtica y pulmonar leve y coartación de aorta; la biopsia hepática reportó hiperplasia de conductos biliares con tapones biliares y fibrosis portal leve. La colestasis desaparece a los 9 meses de edad. A los 13 años con elevación de TGO, TGP, COL y TRIG. Biopsia hepática que la madre autoriza hasta 2015 (16 años), con dilatación vascular de vena central leve (HC de valvulopatía). No hay datos obstructivos de los ductos biliares. Enviada a gastropediatría en este hospital, donde se considera Alagille; se pide valoración por oftalmología (diagnóstico embriotoxon posterior). Rx de columna sin alteraciones. Enviada a genética, que reporta mutación positiva (JAGGED1).

**Discusión:** La tríada característica es estenosis pulmonar, colestasis y facies característica. En cuanto a las delecciones en el gen JAGGED1 del cromosoma 20, se manifiestan clínicamente con falla en el crecimiento y retraso mental profundo, en tanto que las mutaciones se asocian con menos afectación mental y corresponden a más de 90% de los casos. La biopsia hepática es diagnóstica en 60 a 95% de los casos, según la edad de la toma. En la revisión de los criterios clínicos de 2007 realizados por Kamath, se considera que el estudio genético positivo más una manifestación clínica o historia familiar pueden confirmar el diagnóstico, por lo que no se requiere biopsia; sin embargo, ésta es necesaria para determinar el grado de afección hepática y con esto la sobrevida, a lo que se agrega también el tipo de cardiopatía que el paciente presente.

**Conclusión:** Este padecimiento necesita un alto grado de sospecha y un abordaje adecuado para su diagnóstico. El advenimiento de nuevas formas de diagnóstico, como la búsqueda en sangre de la mutación, ha logrado que el diagnóstico pueda confirmarse aún sin la presencia de biopsia en ambos casos.

**Patrocinio:** No hubo patrocinio.

## ID 129

### Peritonitis bacteriana espontánea: agentes causales y resistencia antimicrobiana en pacientes cirróticos mexicanos (reporte preliminar)

Andy Gabriel Rivera-Flores, Yoali Velasco-Santiago, Nerina Fernández-Martínez, Raúl Aguilar-Moreno, Tania Godoy-Arista, Scherezada-Mejía, Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. andyrivera48@hotmail.com

**Antecedentes:** Los principales patógenos asociados con peritonitis bacteriana espontánea (PBE) a nivel internacional son *Escherichia coli* (46%), *Streptococcus* (19%) y *Klebsiella* (9%), con buena respuesta al tratamiento con cefalosporinas. En México no hay estudios epidemiológicos de las bacterias más frecuentes y su resistencia.

**Objetivo:** Determinar los patógenos causales y la resistencia antibiótica en PBE en pacientes cirróticos con ascitis en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Juárez de México de marzo a julio de 2016.

**Material y métodos:** Pacientes cirróticos con ascitis atendidos en el Hospital Juárez de México en el periodo de marzo-julio de 2016.

**Tipo de estudio:** descriptivo de corte transversal, prospectivo y observacional. **Variables analizadas:** edad, género, MELD Na, Child-Pugh, resultado de cultivo de líquido de ascitis y antibiograma. **Análisis estadístico:** los resultados fueron analizados con medidas de frecuencia para la obtención de porcentajes.

**Resultados:** Se realizó cultivo de líquido de ascitis a 31 pacientes, de los cuales 14 fueron positivos, representando 45.2%. En 10 pacientes se encontró un MELD Na >20, con una supervivencia a los 3 meses de 20%. Hubo predominio del sexo masculino sobre el femenino con una relación 2.5:1. El 64% tenía un estadio Child Pugh C y 36% estadio Child Pugh B. Los agentes causales encontrados se presentan en la **Tabla 1**.

**Tabla 1. (ID 129).**

Germen	Número
<i>E. coli</i> betalactamasa de amplio espectro	4 (28.8%)
<i>E. coli</i>	3 (21.3%)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	2 (14.2%)
<i>E. coli</i> productor potencial de carbapenemasa	1 (7.14%)
<i>Staphylococcus hominis</i>	1 (7.14%)
<i>Staphylococcus aureus</i>	1 (7.14%)
<i>Streptococcus salivarius</i>	1 (7.14%)
<i>Candida albicans</i>	1 (7.14%)
Total	14

**Conclusión:** En nuestros pacientes el patógeno más frecuente fue *E. coli* multirresistente, sensible únicamente a aminoglucósidos y carbapenémicos con alta mortalidad; además se identificaron patógenos poco reportados en la literatura. De aquí la importancia de este estudio que permite identificar los patógenos en población mexicana y sus resistencias para ofrecer un tratamiento oportuno y mejorar la supervivencia a corto y mediano plazos de estos pacientes.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 130

### Características clínicas de pacientes con hemorragia digestiva por vrices gástricas

Abrahán Guzmán-Lepe, José Antonio Velarde-Ruiz Velasco, Karla Rocío García-Zermeño, Francisco Álvarez-López. Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal. México. lepe\_88@hotmail.com

**Antecedentes:** La formación de vrices esófago-gástricas es una de las principales complicaciones de la hipertensión portal. Las vrices

gástricas representan 10% del sangrado de origen variceal y son causa de hemorragia masiva, con mayor número de transfusiones requeridas. Aproximadamente 10% de casos de vrices gástricas coexisten con vrices esofágicas. Por lo tanto, cuando se habla de vrices asociadas con hipertensión portal, hay que distinguir tres grupos: vrices esofágicas, vrices gastroesofágicas (GOV) y vrices gástricas aisladas (IGV). Es importante decir que las IGV pueden producirse en pacientes con función hepática normal y su formación se debe a hipertensión portal segmentaria.

**Objetivo:** Describir las características clínicas de los pacientes que se presentaron con hemorragia gastrointestinal alta secundaria a vrices gástricas.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo y observacional que incluye a pacientes que fueron ingresados al Departamento de Gastroenterología de agosto de 2013 a junio de 2016 por presentar hemorragia digestiva, a los cuales se diagnosticó vrices gástricas mediante endoscopia diagnóstica y se clasificaron de acuerdo con Sarín. Los datos se tomaron del expediente clínico y procesaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes y promedios en base de datos electrónica.

**Resultados:** Se encontraron 10 casos (5 hombres) de vrices gástricas con mediana de edad 52.7 años (29-77), de los cuales 70% (7 pacientes) presentaba cirrosis hepática: 6 en estadio Child-Pugh B y 1 en estadio Child-Pugh A (3 de etiología alcohólica, 1 por VHC, 1 autoinmune y 2 criptogénica). Tres pacientes no presentaban hepatopatía crónica; en ellos la causa de hipertensión portal fue: trombosis de la vena esplénica (1 trombofilia primaria y 1 trombosis por antecedente de pancreatitis aguda grave) en 2 y púrpura trombocitopénica idiopática con esplenomegalia en 1. Todos los pacientes ingresaron por HTDA y anemia, con una mediana de hemoglobina de 7.7 g/dL (5.5-9.9 g/dL); 50% (5 pacientes) requirió transfusión sanguínea (mediana de 2.6 paquetes globulares por paciente). De los 10 pacientes, 9 presentaron IGV-1 (de uno a dos plexos) y 1 presentó dos plexos IGV-2. Cabe destacar que 8 pacientes simultáneamente tenían vrices esofágicas y en 5 se consideraron como la principal causa de sangrado, por lo que recibieron terapia de ligadura con bandas, 4 pacientes se manejaron con inyección de cianoacrilato para IGV-1 e IGV-2, y 1 con IGV-1 presentó ectasia vascular gástrica antral como causa de sangrado. La mediana de estancia hospitalaria fue 6.8 días, con una tasa de resangrado de 30% de los pacientes durante el seguimiento; 1 paciente falleció debido a otra causa (sepsis).

**Conclusión:** En nuestro medio la cirrosis hepática por alcohol continúa siendo la causa más frecuente de hipertensión portal. En el presente estudio 3 pacientes no eran hepatópatas y 2 presentaban trombosis de vena esplénica, factor claramente establecido para formación de vrices gástricas IGV-1 e IGV-2. La terapia de elección para este tipo de vrices es la inyección de adhesivo tisular (cianoacrilato). Es de señalar la importancia del escrutinio para vrices gástricas en todos los pacientes cirróticos para una adecuada profilaxis primaria.

**Patrocinio:** Este trabajo no ha sido patrocinado por ninguna industria farmacéutica ni institución gubernamental.

## ID 132

### Falta de adherencia a las recomendaciones de consenso para el diagnóstico de la esofagitis eosinofílica (EEO) en estudios de prevalencia en población adulta. Revisión sistemática (2007-2015)

Emmanuel Irineo González-Moreno, Diego García-Compeán, José Alberto González-González, Omar David Borjas-Almaguer, Héctor Jesús Maldonado-Garza. Servicio de Gastroenterología, Hospital

Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N. L. México. emmanuel\_gomo@hotmail.com

**Antecedentes:** De acuerdo con las recomendaciones de consenso, para el diagnóstico de EEO se requiere la presencia de: a) síntomas esofágicos; b) 15 eosinófilos/campo de alto poder (CAP) en una biopsia de esófago y c) falta de respuesta a los inhibidores de la bomba de protones (IBP). Sin embargo, en publicaciones recientes se ha reportado la falta de adherencia a estas recomendaciones. Además, la prevalencia informada de EEO es bastante amplia: varía entre 0.01 y 7.6%.

**Objetivo:** Evaluar la adherencia a las recomendaciones de consenso en los estudios publicados de prevalencia de EEO y, en este contexto, interpretar sus resultados evaluando otros parámetros clínicos, endoscópicos y metodológicos.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión sistemática de los artículos publicados entre 2008 y 2015 sobre prevalencia de EE en adultos no seleccionados en PubMed, Medline, Ovid y Embase. Se determinó la adhesión a las recomendaciones de diagnóstico de EEO, así como el protocolo de toma de biopsias esofágicas. También se describen las características demográficas, clínicas y endoscópicas de los pacientes.

**Resultados:** Se incluyeron los 19 estudios. Ocho se realizaron en medio hospitalario y 11 en población general. En 82.4% se utilizó el umbral de 15 eosinófilos/CAP, en 42.1% se usó una prueba terapéutica con IBP y en 26.3% se describieron los síntomas esofágicos. En 42.1% se cumplieron dos componentes, mientras que sólo 26.3% cumplía los tres componentes de la definición de diagnóstico. El protocolo de biopsias esofágicas fue muy diferente entre los estudios y sólo 31.5% se adhirió a las recomendaciones. Se documentó una falta de descripción endoscópica, demográfica y clínica de los pacientes en la mayoría de los estudios.

**Conclusión:** Se observó una falta de adherencia a las recomendaciones de consenso para el diagnóstico de EEO en la mayoría de los estudios de prevalencia publicados incluso 8 años después de la publicación del primer consenso de diagnóstico y manejo de EE. Los resultados de los estudios incluidos en este trabajo deben interpretarse teniendo en cuenta este contexto.

**Patrocinio:** Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León.

## ID 141

### Prevalencia de hallazgos mediastinales incidentales en pacientes con neoplasias de abdomen superior durante ultrasonido endoscópico sistemático

César Ricardo Ortega-Espinosa, José Guillermo de la Mora-Levy, Julio Sánchez-del Monte, Octavio Alonso-Lárraga, Miguel Ángel Herrera-Servín, Mauro Eduardo Ramírez-Solís, Angélica Hernández-Guerrero. Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Cancerología. Ciudad de México. México. ceriores@hotmail.com

**Antecedentes:** El mediastino posterior puede explorarse con gran detalle por ultrasonido endoscópico (USE), que permite identificar lesiones e incluso la toma de biopsia con aguja delgada.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de hallazgos anormales en el mediastino en pacientes sometidos a USE para estadificación de neoplasias de abdomen superior conocidas, sin evidencia de lesiones mediastinales. Se excluyeron aquellos pacientes en los que la indicación del USE fueron hallazgos previos a este nivel (neoplasia o adenopatías).

**Material y métodos:** Se llevó a cabo una revisión retrospectiva de los expedientes de los pacientes que fueron sometidos a USE para diagnóstico y/o estadificación de tumores de tubo digestivo alto, páncreas, vías biliares e hígado. Se recolectaron las siguientes variables: edad, género, localización (Mountain-Dressler) y resultado de BAAD. **Resultados:** Se incluyeron 104 pacientes, 73 (72.3%) hombres y edad media  $\pm$  DE 63.1  $\pm$  13.4 años. En este grupo se encontraron 56 pacientes con hallazgos mediastinales; 32 de ellos tenían TAC de tórax, en 15 se identificó una lesión, en 17 la lesión identificada por USE no había sido vista en la TAC de tórax (53%) y se encontraron 24 lesiones más por USE en pacientes en quienes no se había realizado TAC de tórax. En 36 (64%) se llevó a cabo una BAAD, de las que 30 fueron adecuadas para diagnóstico.

En el análisis estadístico de los 30 pacientes adecuados para BAAD comparando biopsia con aspecto endosonográfico los resultados fueron: sensibilidad de 91% (intervalo de confianza [IC] 95% 81.19-99.63%), especificidad de 40.7% (IC 95% 30-83.02%), valor predictivo positivo de 91% (IC 95% 81.18-99.59%), valor predictivo negativo de 40.89% (IC 95% 77.37-95.81%) y odds ratio (OR) 6.4444.

**Conclusión:** En más de la mitad de pacientes sometidos a USE se identifica una lesión en mediastino no diagnosticada previamente, porcentaje que sí influyó en el manejo, lo que justifica la importancia de estudiar de rutina a todos los pacientes sometidos a ultrasonido endoscópico gastrointestinal.

**Patrocinio:** Este trabajo no tiene patrocinio.

## ID 142

### Tratamiento de obstrucción biliar y duodenal maligna con drenaje transmural guiado por ultrasonido endoscópico y colocación de prótesis duodenal en una sola sesión; serie de casos

César Ricardo Ortega-Espinosa, José Guillermo de la Mora-Levy, Octavio Alonso-Lárraga, Julio Sánchez-del Monte, Melissa Jiménez-Morales, Mauro Eduardo Ramírez-Solís, Angélica Hernández-Guerrero. Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Cancerología. Ciudad de México. México. ceriores@hotmail.com

**Antecedentes:** El drenaje biliar guiado por ultrasonido endoscópico (DB-USE) ha surgido como una alternativa en pacientes con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica fallida (CPRE) o por obstrucción biliar maligna.

Sin embargo, cuando la papila es inaccesible debido a obstrucción biliar duodenal concomitante, el drenaje biliar transhepático percutáneo o la derivación biliar quirúrgica son las alternativas tradicionales, las cuales se asocian con altas tasas de complicaciones y reducción de la calidad de vida, además de que no resuelven la obstrucción duodenal. La colocación de prótesis metálicas autoexpandibles duodenales representa un tratamiento menos invasivo para la obstrucción maligna y la descompresión, con un alivio más rápido de los síntomas.

**Objetivo:** Evaluar el éxito técnico y la eficacia clínica del drenaje de la vía biliar por ultrasonido endoscópico y colocación de prótesis duodenal realizado en una sola sesión como tratamiento paliativo en pacientes con obstrucción biliar y duodenal maligna.

**Material y métodos:** A partir de 45 drenajes biliares guiados por ultrasonido endoscópico, se identificaron aquellos pacientes a los que se colocó una prótesis biliar guiada por ultrasonido endoscópico y una prótesis duodenal en una sola sesión. Incluimos 4 pacientes, 3 con diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas y 1 con tumor de ampulla que invadía duodeno y vía biliar. El éxito clínico se evaluó mediante el incremento del puntaje de la escala de obstrucción de salida gástrica y el descenso de la bilirrubina total a las 2 semanas mayor de 50%.

**Resultados:** Tres pacientes con cáncer de páncreas irresecable (2 mujeres y 1 hombre, edad media  $64 \pm 48-92$  años) y un paciente con ampulloma (mujer de 92 años) fueron sometidos a coledocoduodenostomía con posterior colocación de prótesis metálica autoexpandible no cubierta en la obstrucción duodenal. Todos tuvieron resolución de la ictericia en la primera semana después de la colocación de la prótesis, los niveles de bilirrubina disminuyeron desde un valor promedio de 29.25 mg/dL (25.3-37.4) a 13.5 (8-18 mg/dL), en su segunda semana llegaron a la normalidad e iniciaron vía oral al siguiente día del procedimiento; el puntaje de la escala de obstrucción de salida de gástrica mejoró de 0.5 a 1.5 en promedio. Todos los pacientes tuvieron un promedio de sobrevida >3.75 meses (rango 2-5 meses) y no se presentaron complicaciones inmediatas o tardías dependientes del procedimiento en ningún paciente.

**Conclusión:** La realización de drenaje de la vía biliar por ultrasonido endoscópico y la colocación de prótesis duodenal secuencial en una sola sesión como tratamiento paliativo puede considerarse una técnica segura y efectiva en pacientes con difícil acceso a la vía biliar y obstrucción duodenal maligna concomitante.

**Patrocinio:** Este trabajo no tiene patrocinio.

## ID 145

### Botriomicosis hepática, reporte de un caso

Ruth del Carmen Rábago-Escoto, Fátima Higuera-de la Tijera, Alfredo Israel Servín-Caamaño, Antonio Cruz-Estrada, Gerardo Arísti-Ursusti, César Fernando Tróchez Mejía. Gastroenterología, Hospital General de México. Ciudad de México. México. ruthrabago@hotmail.com

**Antecedentes:** La botriomicosis se describe como un conglomerado de bacterias en formas de gránulos que semejan gránulos sulfúricos presentes en la actinomicosis. La etiología más frecuente de la botriomicosis es bacteriana por estafilococo, entre otros grupos bacterianos. El desarrollo de la botriomicosis puede verse sobre todo en pacientes con algún grado de inmunosupresión como diabetes, deficiencia de inmunoglobulinas, tratamiento con esteroide así como síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

**Objetivo:** Se presenta el caso de una paciente con inmunosupresión secundaria a diabetes mellitus 2 a la cual se le diagnosticó botriomicosis hepática *post mortem*.

**Reporte de caso:** Femenino de 65 años de edad con diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución. Refiere haber presentado cuadro de diarrea crónica que se acompañó de dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio derecho tipo cólico, además de ictericia generalizada y fiebre intermitente 1 mes previo a su ingreso. Durante su estancia intrahospitalaria con datos de choque hipovolémico secundario a pérdidas gastrointestinales, lesión renal aguda así como tumoración hepática en estudio. Los estudios de laboratorio reportaron: tasa de filtración glomerular de 64 mL/kg, HbA1c 14.59%, urocultivos positivos para *Candida glabrata* con más de 50,000 UFC con tratamiento antibiótico con anfotericina B. Se realizó ultrasonido hepático que reportó múltiples imágenes ovoides de bordes regulares heterogéneas con imágenes puntiformes de aspecto sólido; la tomografía abdominal reportó: abscesos esplénicos con ruptura hacia cavidad abdominal, lesión hepática de probable origen infeccioso. Ameritó manejo quirúrgico para drenaje de abscesos; sin embargo, con evolución tórpida y mala respuesta a tratamiento médico con estancia en terapia intensiva se presentó el deceso. Se realizó necropsia y los estudios histopatológicos reportaron infección hepática y esplénica secundaria a botriomicosis.

**Discusión:** La botriomicosis es una infección subaguda o crónica que involucra piel, tejido subcutáneo y/o vísceras huecas en la que se han observado microabscesos o gránulos de etiología bacteriana; los más frecuentemente relacionados son cocos grampositivos y negativos.

**Conclusión:** Las anormalidades inmunológicas del huésped son las causas más importantes relacionadas con botriomicosis. La patogeneia puede depender del tamaño del inóculo del agente infectante y la virulencia de la cepa bacteriana. Los abscesos a nivel hepático son una rara presentación de botriomicosis. Se reportan sólo 5 casos a nivel mundial, por lo que consideramos de suma importancia la realización de diagnósticos diferenciales al realizar el abordaje de absceso hepático en pacientes que presenten algún grado de inmunosupresión.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 147

### Coexistencia de colangitis biliar primaria y anemia hemolítica autoinmune

César Fernando Tróchez-Mejía, Fátima Higuera-de la Tijera, Ruth Rábago-Escoto, Gerardo Arísti-Ursusti, Etta Rozen-Füller. Hospital General de México. Ciudad de México. México. trochez48@hotmail.com

**Antecedentes:** Aunque las enfermedades autoinmunes a menudo son concomitantes, se ha reportado la asociación de colangitis biliar primaria y otras enfermedades autoinmunes, incluyendo con frecuencia artritis reumatoide, síndrome de Sjögren y esclerodermia. La coexistencia de colangitis biliar primaria y anemia hemolítica no es común. Se han descrito solamente cerca de 23 casos en los que coexisten ambas enfermedades en la literatura inglesa y japonesa.

**Objetivo:** Presentación de caso clínico de paciente con colangitis biliar primaria y anemia hemolítica autoinmune.

**Reporte de caso:** Femenina de 52 años referida a nuestro hospital, con historia de ictericia, prurito de 1 año de evolución acompañado de fatiga y pérdida de peso. Con historial médico de hipotiroidismo desde hace 2 años en control con levotiroxina. Ella no es fumadora ni alcohólica. En la evaluación inicial con ictericia y palidez de conjuntivas y edema periférico, además de esplenomegalia. Datos de laboratorio revelaron: hemoglobina (HB) 7.6 g/dL, leucocitos (GB)  $2.2 \times 10^3/\text{mm}^3$ , plaquetas  $101,000/\text{mm}^3$ , índice de reticulocitos aumentado con 4%. Pruebas de función hepática: AST y ALT ambos con valores normales; bilirrubina sérica total 8.59 mg/dL, bilirrubina sérica indirecta 5.79 mg/dL, albúmina 3.1 g/dL, fosfatasa alcalina 200 U/L, gamma glutamil transpeptidasa 80 U/L; deshidrogenasa láctica 504 U/L; antígeno de superficie para virus de hepatitis B y anticuerpos para virus de hepatitis C ambos negativos. Ultrasonido muestra esplenomegalia y hepatopatía difusa. Se realizó prueba de Coombs directa y fue positiva 1:8. Biopsia de médula ósea muy hiperplásica con megacariocitos normales, diferencial con hiperplasia eritroide muy importante en toda su gama de maduración con formas megaloblásticas; corresponde a una médula ósea reactiva a hemólisis periférica. Inmunoglobulina M 116 mg/dL, inmunoglobulina G 1,090 mg/dL, anticuerpos antinucleares inmunofluorescencia 1:40 negativos; anticuerpos antimitocondriales 5.9 U/mL ( $\leq 7.6$ ). En biopsia hepática se observaron cambios compatibles con colangitis biliar primaria, ductopenia, infiltrado inflamatorio periportal y fibrosis mínima. Con estos hallazgos se diagnosticó colangitis biliar primaria con anemia hemolítica.

**Discusión:** La asociación entre colangitis biliar primaria y anemia hemolítica es infrecuente. Sólo 23 casos se han descrito. Para los pacientes en los que se combinan estas enfermedades es desconcertante que además del hígado, el ataque inmunológico se centra en los glóbulos rojos. Un dato interesante es que ninguno de los pacientes sufría anemia hemolítica antes de que se diagnosticara colangitis biliar primaria, por lo que hace suponer que la anemia hemolítica ocurre después del desarrollo de colangitis biliar primaria. La ocurrencia sugiere una posible relación entre las dos enfermedades.

**Conclusión:** Los pacientes con colangitis biliar primaria son propensos a tener algunas condiciones que pueden inducir la generación de anticuerpos contra los glóbulos rojos.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 150

### ¿Existe correlación entre las características físicas del reflujo y su extensión proximal con la presencia de síntomas en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)?

Nuria Pérez-y López, Luz Adriana López-Luría, Marisa Yoeli Escandón-Espinoza, Edgar Torres-López, Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. sonelle74@hotmail.com

**Antecedentes:** Se ha descrito que las características físicas del material refluído (líquido o gas) influyen en la percepción de los eventos de reflujo, refiriéndose en la literatura que si el reflujo contiene gas, tiene más probabilidad de provocar síntomas. También se cree que el reflujo con extensión proximal tiene más posibilidades de ser percibido.

**Objetivos:** Demostrar si la prevalencia de pirosis se relaciona con las características físicas o la extensión proximal de los episodios de reflujo detectados por pHmetría-impedancia.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes que acudieron para la realización de pHmetría-impedancia con pirosis como único síntoma y un grupo control sin pirosis pero con reflujo patológico. Se evaluaron las características físicas del reflujo (líquido o gas) y el porcentaje de episodios con extensión proximal. Las frecuencias se expresan en porcentajes. Para las correlaciones se utilizaron la *t* de Student y la *Ji Cuadrada*. Se consideró un valor de  $p < 0.05$  como significativo.

**Resultados:** Se formaron dos grupos, el grupo 1 incluyó a 128 pacientes con reflujo patológico y pirosis, de los cuales 91 (71.1%) fueron del género femenino; el grupo 2 incluyó a 39 pacientes con reflujo patológico sin pirosis, de los cuales 28 (71.8%) fueron del género femenino. La edad promedio del grupo 1 fue 46.8 años y la del grupo 2, 43.0 años. El promedio de eventos de reflujo con extensión proximal en el grupo 1 fue 65.1% y en el grupo 2 fue 60.7% ( $p=0.2$ ). El promedio de eventos de reflujo de gas fue de 69.1% para el grupo 1 y de 64.8% para el grupo 2 ( $p=0.243$ ). El promedio de eventos de reflujo de líquido fue de 55.1% para el grupo 1 y de 50.1% para el grupo 2 ( $p=0.335$ ). La prevalencia de reflujo de gas en el grupo 1 fue de 65.8% y en el grupo 2 fue de 62.2% ( $p=0.66$ ). La prevalencia de reflujo de líquido en el grupo 1 fue de 32.9% y en el grupo 2 fue de 33.5% ( $p=0.88$ ).

**Conclusión:** No se encontró correlación entre la presencia de pirosis y las características físicas o la extensión proximal de los eventos de reflujo.

**Patrocinio:** Este trabajo no cuenta con ningún patrocinio.

## ID 151

### Prevalencia de enfermedad diverticular en pacientes con síntomas gastrointestinales en el Hospital Juárez de México

Nuria Pérez-y López, Luz Adriana López-Luría, Marisa Yoeli Escandón-Espinoza, Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. sonelle74@hotmail.com

**Antecedentes:** La enfermedad diverticular es una condición en la que la mucosa colónica protruye hacia las capas musculares formando

saculaciones. Es la quinta enfermedad gastrointestinal más frecuente en el mundo occidental. Comparte síntomas con otras enfermedades como el síndrome de intestino irritable y puede abarcar desde enfermedad asintomática hasta síntomas crónicos recurrentes. El 60% de la población de 70 años o más la presenta.

**Objetivos:** Describir la prevalencia de la enfermedad diverticular en pacientes con síntomas gastrointestinales en nuestra institución. Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con enfermedad diverticular.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes que acudieron a la consulta externa de Gastroenterología con síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea y/o estreñimiento). Se les realizó diagnóstico mediante colon por enema o colonoscopia. Estudio descriptivo, transversal, prospectivo. Análisis estadístico: los resultados se expresan mediante porcentaje y promedio.

**Resultados:** Se incluyeron 70 pacientes, 62 (88.5%) del género femenino, con una edad promedio de 63.22 años (44-94 años). La prevalencia de enfermedad diverticular fue de 57.14% (40 pacientes). El síntoma referido con mayor frecuencia fue dolor abdominal (57 pacientes, 81.4%), seguido de distensión (49 pacientes, 70%). Los cambios en el hábito intestinal (diarrea o estreñimiento) se presentaron en 30 pacientes (42.8%); el más frecuente fue el estreñimiento (19 pacientes, 27.1%). Encontramos mayor prevalencia de enfermedad diverticular en pacientes femeninos (51.4%), pacientes con distensión abdominal (55.10%) y pacientes en el grupo de edad comprendido entre los 61 y 70 años. Todos los pacientes presentaron enfermedad diverticular de colon izquierdo de predominio en colon sigmoides.

**Conclusión:** La enfermedad diverticular es frecuente en pacientes con síntomas gastrointestinales en nuestro medio, predomina en el género femenino y en pacientes en la séptima década de la vida. La enfermedad diverticular localizada en colon sigmoides es más prevalente y el síntoma más frecuente es la distensión abdominal.

**Patrocinio:** Este trabajo no cuenta con ningún tipo de patrocinio.

## ID 153

### Várices duodenales en la tercera porción como causa de sangrado en un paciente con cavernomatosis portal

Alejandro Bonilla-Ramos, César Tróchez-Mejía, José Luis Pérez-Hernández, Jorge Carreño-Romero, Fátima Higuera-de la Tijera. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Ciudad de México. México. Bonillaa300@gmail.com

**Antecedentes:** Las várices ectópicas presentan una prevalencia de hemorragia de 2 a 5% y alcanzan hasta 17% cuando se localizan en duodeno. Aunque es relativamente poco frecuente, su sangrado suele ser masivo y con una mortalidad de alrededor de 40% en el primer episodio de hemorragia. Generalmente se asocian a cavernomatosis portal. El diagnóstico se realiza con cápsula endoscópica o enteroscopia.

**Objetivo:** Reportar el caso de un paciente con várices duodenales con hemorragia recurrente asociadas a cavernomatosis portal y terapia satisfactoria con inyección de cianoacrilato.

**Reporte de caso:** Hombre de 55 años de edad que a los 35 años presentó hematemesis por várices esofágicas; se diagnóstica trombosis de vena porta y se le realizan derivación portal, desvascularización esofagagástrica y esplenectomía. Ingresa a nuestro servicio en 2016 por melena recurrente y anemia severa que requiere transfusión de múltiples concentrados eritrocitarios. La panendoscopia reportó fibrosis en tercio distal de esófago. Panangiografía sin evidencia de sangrado arterial activo, trombosis de la vena porta y ausencia de vena esplénica. La colonoscopia sin evidencia de hemorragia digestiva.

Se realizó enteroscopia que mostro várices en tercera porción duodenal con signos de sangrado reciente; se aplicó cianoacrilato en dos paquetes varicosos en tercera porción duodenal, con lo que se presentó remisión de la hemorragia. El control endoscópico posterior mostró: úlcera posescleroterapia de várices duodenales en tercera porción duodenal sin evidencia de sangrado. Se realiza ultrasonido Doppler hepático: enfermedad hepática difusa sin alteración estructural crónica; la regularidad y turbulencia a nivel portal sugiere cavernomatosis, con elementos colaterales epigástricos, líquido libre en cavidad abdominal.

**Discusión:** El diagnóstico de várices duodenales es infrecuente; habitualmente se asocia con cavernomatosis de la vena porta. La ruptura de éstas constituye una emergencia de difícil diagnóstico y manejo, con una mortalidad elevada. Las medidas terapéuticas (farmacológicas, endoscópicas y quirúrgicas) luego del diagnóstico están condicionadas por las características específicas de cada paciente. Por ser una enfermedad poco frecuente no existe un registro que documente la incidencia y la caracterización de estos pacientes.

**Conclusión:** Las várices duodenales deben sospecharse en pacientes con diagnóstico establecido de cavernomatosis de la porta.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 157

### Pseudobstrucción intestinal crónica. Reporte de un caso

Mónica Arteaga-y Hernández Magro, Karla Miranda-Barbachano, Dora María Tapia-Monge, Judith Flores-Calderón, Alberto Molina-Peto. Unidad Médica de Alta Especialidad de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Ciudad de México. México. monica\_ahm@hotmail.com

**Antecedentes:** La pseudobstrucción intestinal crónica (POIC) se caracteriza por episodios de obstrucción intestinal sin evidencia de lesión mecánica. Son casos raros de difícil manejo y mal pronóstico. El soporte nutricional es la base del tratamiento, así como la descompresión gastrointestinal.

**Objetivo:** Presentar el abordaje diagnóstico y terapéutico de un caso con pseudoobstrucción intestinal crónica.

**Reporte de caso:** Femenino de 2 años 5 meses de edad; estreñimiento desde los 2 meses, distensión abdominal intermitente desde los 8 meses y detención del crecimiento desde el año de edad.

Evoluciona con vómito posprandial intermitente, diarrea con moco, dolor abdominal y en ocasiones fiebre. Presentó invaginación intestinal resuelta por taxis; se encontró estenosis pilórica por endoscopia y se realizó piloromiotomía. Evoluciona con cuadros recurrentes de oclusión intestinal que mejoran con manejo médico. Se descartaron causas anatómicas y orgánicas; el tránsito intestinal mostró anatomía normal, dilatación a nivel de yeyuno-íleon, con tiempo de tránsito hasta válvula ileocecal de 2:15 h; TAC con dilatación esofágica, sin datos de obstrucción, gammagrama con vaciamiento gástrico normal, Rx simple de abdomen con dilatación de asas, edema interasa. Se trató con gastrostomía e ileostomía descompresiva, sonda nasoyeyunal para estímulo enteral, nutrición parenteral total, analgésicos, octreótido, antimicrobiano para sobrecrecimiento bacteriano y procinético (cisaprida y eritromicina). No se identificó alguna etiología asociada ni daño en plexos entérico por biopsia, por lo que se consideró POIC idiopática. Egresó de hospital enviada a su HGZ correspondiente; un mes posterior falleció por sepsis grave asociada con hongos.

**Discusión:** Este caso corresponde a una POIC idiopática; se descartó enfermedades infecciosas, autoinmunes, endocrinológicas y medicamentos que se han reportado desencadenar la enfermedad. La mayoría de los casos publicados son idiopáticos, a menudo durante

el primer año de vida. La mortalidad es alta y habitualmente secundaria a complicaciones quirúrgicas o relacionadas con NPT, incluidos procesos infecciosos. Según lo recomendado en la literatura, el manejo fue soporte nutricional con NPT, cirugía para descomprimir, analgésicos y antibióticos para sobrecrecimiento bacteriano; el manejo inapropiado del catéter provocó infección fúngica, que fue la causa de su fallecimiento.

**Conclusión:** La POIC es una entidad rara; antes de considerarla idiopática, deben descartarse causas, ya que pueden ser susceptibles de tratamiento específico. La con alta mortalidad está relacionada con infección de catéteres y afectación nutricional, como cualquier patología que requiere NPT por tiempo indefinido.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 158

### Asociación entre biomarcadores serológicos, actividad clínica e histológica en niños con enfermedad inflamatoria intestinal

Mónica Arteaga-y Hernández Magro, Judith Flores-Calderón, Segundo Morán-Villota, Karla Miranda-Barbachano, Dora María Tapia-Monge. Unidad Médica de Alta Especialidad de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Ciudad de México. México. monica\_ahm@hotmail.com

**Antecedentes:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye un grupo de enfermedades crónicas y recidivantes del tubo digestivo de etiología desconocida con un sustrato anatómico inflamatorio. Existen dos entidades, la colitis ulcerativa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), y se denomina colitis indeterminada (CI) cuando no se reúnen características que define alguno de los dos tipos. La EII presenta periodos de remisión seguidos por otros de actividad; el curso es impredecible y con alta morbilidad.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre biomarcadores serológicos (concentración de proteína C reactiva [PCR], velocidad de sedimentación globular [VSG]) y plaquetas con la actividad clínica e histológica en EII.

**Material y métodos:** Estudio transversal, analítico, retrospectivo en pacientes de 2 a 17 años de edad con diagnóstico de EII clínico e histológico atendidos entre enero de 2010 y diciembre de 2015. Se recolectaron datos clínicos y de laboratorio, y descripción del estudio endoscópico e histológico correspondientes al primer ingreso. Se evaluó la actividad clínica mediante el Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI) para pacientes con CU y CI, y el Pediatric Crohn Disease Activity Index (PCDAI) para pacientes con EC. Se determinó la actividad histológica. Se realizó análisis bivariado por regresión logística y se determinó la asociación entre los marcadores de actividad serológica, clínica e histológica mediante prueba exacta de Fisher.

**Resultados:** Se consideró estadísticamente significativo el decremento de plaquetas y la elevación de PCR y VSG en pacientes con actividad severa de la enfermedad para CU y EC, comparado con el grupo de pacientes con actividad leve y moderada ( $p=0.027$ ). En pacientes con remisión de la enfermedad para ambas entidades, se encontraron niveles bajos de VSG y PCR, y niveles normales de plaquetas ( $p=0.032$ ).

**Discusión:** La disponibilidad de variables analíticas que pudieran correlacionarse estrechamente con la actividad clínica o anatomopatológica de la EII es de gran valor. Para poder calificar un nuevo método diagnóstico como verdaderamente útil en la práctica clínica es preciso disponer de una cierta perspectiva que nos permita compararlo con otros marcadores biológicos más afianzados.

**Conclusión:** Los biomarcadores serológicos pueden ser útiles para complementar la evaluación inicial y el seguimiento en niños con enfermedad inflamatoria intestinal.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 159

**Cuantificación del factor de crecimiento de tejido conectivo (CTGF/CCN2) en la reversión de la fibrosis hepática de rata**

Thalia América Arévalo-Sánchez<sup>1</sup>, Alfredo Ramírez-Mendoza<sup>1</sup>, Javier Moreno-González<sup>1</sup>, Ivette Romero-Bello<sup>1</sup>, David-Kershenovich<sup>2</sup>, Gabriela Gutiérrez-Reyes<sup>1</sup>, Carolina Guzmán<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad, Unidad de Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM/Hospital General de México. <sup>2</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. arevalo.s.thalia@gmail.com

**Antecedentes:** El factor de crecimiento de tejido conectivo (CTGF/CCN2) es una proteína involucrada en la reparación tisular y la fibrogenesis, así como un potenciador río debajo de TGF- $\beta$ . Durante el daño hepático, CTGF/CCN2 induce la diferenciación de células progenitoras hepáticas a hepatocitos y colangiocitos. Se desconoce el comportamiento de CTGF/CCN2 en el hígado y el suero durante la reversión de la fibrosis.

**Objetivo:** Cuantificar la expresión de la proteína CTGF/CCN2 en hígado y suero en la reversión de la fibrosis hepática en un modelo murino.

**Material y métodos:** A 12 ratas macho Wistar de 3 meses de edad y  $250 \pm 20$  g se les administraron 20 dosis de CCl<sub>4</sub> vía intraperitoneal (250  $\mu$ l; 33% v/v en aceite de oliva) para generar fibrosis severa (F3) en la escala Metavir. Después de completar el esquema, 6 de estos sujetos recibieron 1 mes de recuperación (F3+R); además se incluyó un grupo control (F0). Se colectaron los hígados de los 3 grupos y se estableció el grado de fibrosis mediante histología (H&E y rojo de Sirio) con base en la escala Metavir. Se estudió la expresión de CTGF/CCN2 mediante RT-PCR empleando oligonucleótidos específicos; la expresión se normalizó con el gen 18S. Se cuantificó CTGF/CCN2 en el tejido hepático y el suero por ELISA. Los resultados se muestran como media  $\pm$  DE; fueron analizados con ANOVA de una vía y la prueba post-hoc de Tukey;  $p < 0.05$  se consideró significativa.

**Resultados:** En la histología, en el grupo de reversión de la fibrosis puede evidenciarse la presencia de reacciones ductulares. La expresión de CTGF/CCN2 en el hígado se incrementó significativamente en la fibrosis en comparación con el grupo control y el grupo de reversión, pero no fue diferente entre estos últimos (F0=0.085  $\pm$  0.014; F3=0.616  $\pm$  0.130; F3+R=0.010  $\pm$  0.001 DO). En contraste, los niveles de péptido aumentaron en el grupo de reversión comparándolo con el grupo con fibrosis, restableciéndose a niveles equivalentes al control (F0=2,913  $\pm$  242; F3=1,629  $\pm$  388; F3+R=2,807  $\pm$  566 pg/mg), sin embargo, no se observó diferencia entre los grupos a nivel sérico (F0=1,743  $\pm$  271; F3=1,533  $\pm$  487; F3+R=1,619  $\pm$  255 pg/mL)

**Conclusión:** Durante la reversión de la fibrosis, el hígado presenta mayor expresión del gen CTGF/CCN2, aunque no del péptido, lo que podía reflejar el compromiso de la funcionalidad del hígado para sintetizar la proteína. Por su parte, niveles más altos del péptido están asociados con la reversión de la fibrosis y la generación de reacciones ductulares (diferenciación de células progenitoras) para tratar de contrarrestar el daño causado por CCl<sub>4</sub>, sin que esto modifique la secreción de la proteína.

**Patrocinio:** Este trabajo fue financiado por "Estímulo Antonio Ariza Cañadilla para la Investigación en Hepatología" (FundHepa) y CONACYT (CB-221137).

## ID 163

**Efectos de la consistencia del trago en la manometría de alta resolución de pacientes con y sin motilidad esofágica inefectiva. Resultados preliminares**

Luz Adriana López-Luría, Marisa Escandón, Felipe Zamarrípa-Dorsey, Edgar Torres-López, Nuria Pérez-y López. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. luz\_luria@hotmail.com

**Antecedentes:** En el abordaje de pacientes con disfagia no obstructiva se utiliza la manometría esofágica de alta resolución (MER). De acuerdo con la clasificación de Chicago, la técnica de medición se realiza con 10 tragos líquidos (5 mL de agua a temperatura ambiente por trago). Este tipo de pacientes, en ocasiones presenta disfagia con alimentos de diferente consistencia. Actualmente no hay estudios suficientes que demuestren si la consistencia del trago tiene un efecto en la MER.

**Objetivo:** Analizar si la consistencia del trago, líquido vs. viscoso, muestra diferencias manométricas en pacientes sin y con motilidad esofágica inefectiva (MEI).

**Material y métodos:** Pacientes con estudios de MER realizados en el laboratorio de Motilidad Gastrointestinal del Hospital Juárez de México, periodo de mayo a junio (se extenderá a octubre) de 2016. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de MEI y pacientes con peristalsis normal (grupo control) al trago líquido. Tipo de estudio: prospectivo, comparativo, experimental y longitudinal. Variable independiente: consistencia de trago: líquido, sólido. Variables: porcentaje de ondas peristálticas fallidas, débiles y normales (tragos líquidos y viscosos: 10 cada uno). Integral de contractilidad distal (DCI) (promedio de 10 tragos). Análisis estadístico: variables paramétricas: percentiles para análisis descriptivo, prueba de Fisher para análisis comparativo. Variables métricas: media y desviación estándar para análisis descriptivo y prueba de t de Student para análisis comparativo. Alfa 95% (estadísticamente significativa:  $p < 0.05$ , no estadísticamente significativa: ns).

**Resultados:** Se estudiaron 38 pacientes, 20 con patrón manométrico sin alteraciones y 18 con MEI (femenino: 60 y 72%, edad promedio: 49 y 46 años, respectivamente). El porcentaje de ondas fallidas, débiles y normales promedio en el trago líquido del grupo control se observó de 5, 5.5, 89.5%, y en el trago viscoso de 10.5, 8.5, 81%, respectivamente; en el grupo MEI, el trago líquido fue de 55.8, 28.8 y 15.4%, y en el trago viscoso 44.4, 30 y 24.6%, respectivamente. Para el grupo control con el trago viscoso fue más frecuente identificar ondas fallidas y débiles ( $p < 0.05$ , ambas) y menos frecuente ondas normales ( $p < 0.05$ ). En cambio, para el grupo MEI con el trago viscoso fue más frecuente identificar ondas normales ( $p < 0.05$ ) y débiles (ns), y menos frecuente ondas fallidas (ns). En el grupo control, la DCI promedio fue 1,344 mmHg.cm.s (DE 816) con trago líquido y 1,676 mmHg.cm.s (DE 1,650; ns) con trago viscoso. En el grupo MEI, la DCI promedio fue 220 mmHg.cm.s (DE  $\pm$  149) con trago líquido y 364 mmHg.cm.s (DE  $\pm$  329;  $p < 0.05$ ) con trago viscoso. En ambos grupos la DCI alcanzada fue mayor con trago viscoso.

**Conclusión:** El trago viscoso en los pacientes sin MEI identificó más tragos anormales y en los pacientes con MEI identificó menos tragos fallidos. Además, incrementó el valor de la DCI en los pacientes con MEI. Probablemente, el aumento en la consistencia del trago en los estudios de MAR permita amplificar el diagnóstico de trastornos motores como la MEI, el cual es el trastorno esofágico motor menor que encontramos con mayor frecuencia en nuestro medio.

**Patrocinio:** No se recibió patrocinio.

## ID 170

**Manifestación hepática de actinomicosis primaria**

Daniel Alejandro Calle-Rodas, Liz Toapanta-Yanchapaxi, Juanita Pérez-Escobar, Erika Faride Rodríguez-Aguilar, Ignacio García-Juárez. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. dr.danielcaller@gmail.com

**Antecedentes:** *Actinomyces* es una bacteria saprofita que se encuentra en boca, tracto gastrointestinal y tracto genital femenino. La actinomycosis hepática es una entidad poco frecuente y raramente considerada en el diagnóstico diferencial de los abscesos hepáticos ya que suele confundirse con abscesos piógenos o procesos neoproliferativos.

**Objetivo:** Presentar un caso clínico identificado en nuestro instituto. **Reporte de caso:** Se trata de un paciente masculino de 59 años con antecedente de consumo de pulque y cerveza durante 20 años (suspendido desde 2015) y sin antecedentes quirúrgicos. Acude por un cuadro de dolor abdominal de 3 meses de evolución, localizado en hipocondrio derecho, acompañado de fiebre intermitente (predominio nocturno) y malestar general. Durante su evaluación, sus exámenes de laboratorio no mostraron hallazgos significativos. Se realizó un ultrasonido abdominal (US) y se observó área heterogénea en lóbulo derecho de 12 cm × 10 cm (volumen de 776 cc), que posteriormente se describió como lesión infiltrativa en una tomografía, con captación no homogénea en segmentos V-VII. Se realizó biopsia hepática percutánea que reportó ausencia de microorganismos y neoplasia. Se inició manejo empírico con metronidazol y ceftriaxona por 6 semanas; sin embargo, durante el seguimiento se evidenció progresión de la lesión por US, que reportó lesión de 18 cm × 13 cm (volumen de 1,580 cc). En la tomografía se apreciaron múltiples lesiones hipodensas con degeneración quística y densidades hemáticas en su interior, por lo que se realizó un drenaje percutáneo y se documentó una lesión inflamatoria con múltiples microabscesos en relación con bacilos filamentosos secundario a *Actinomyces*. Recibió tratamiento antibiótico con penicilina G sódica, 4 millones cada 6 horas por 4 semanas, seguida de amoxicilina-ácido clavulánico, 875/125mg cada 8 horas, sin complicaciones. Al momento el paciente se encuentra asintomático y no muestra alteraciones en las pruebas de funcionamiento hepático.

**Discusión:** *Actinomyces* requiere una disrupción en las barreras orgánicas para que pueda presentarse. Se considera que la infección hepática primaria por este germen es poco frecuente, con cerca de 36 casos publicados hasta 1993. Dado su cuadro clínico inespecífico, los estudios auxiliares son importantes y el determinante para su identificación es la visualización microscópica. Aquí presentamos el caso de un paciente con una respuesta adecuada al tratamiento y con evolución favorable al seguimiento.

**Conclusiones:** *Actinomyces* es un germen poco frecuente pero debe ser considerado como parte del diagnóstico diferencial en la población mexicana. Es importante realizar un diagnóstico microbiológico y anatomopatológico temprano a fin de evitar complicaciones y la necesidad de manejo quirúrgico.

**Patrocinio:** Este trabajo no ha recibido patrocinio durante su realización.

## ID 174

### Colestasis benigna recurrente, una entidad poco frecuente en el adulto. Reporte de un caso

Frida Jazmín Robles-Rivera, Ricardo Sandoval-Salas, Rosalba Moreno-Alcántar. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Ciudad de México. México. frida\_jazmin\_r@hotmail.com

**Antecedentes:** La colestasis benigna recurrente es una entidad poco común debida a un desorden autosómico recesivo; aunque la prevalencia se desconoce, se estima que puede afectar a 1 de cada 100,000 habitantes a nivel mundial. Está caracterizada por episodios recurrentes de prurito intenso e ictericia que se resuelven de forma espontánea sin secuelas en la función hepática. Suele diagnosticarse durante la primera década de la vida, con presentación de hasta 80% de los casos antes de los 20 años.

**Objetivo:** Presentar las manifestaciones clínicas, bioquímicas e histológicas de un adulto con diagnóstico de colestasis benigna recurrente.

**Reporte de caso:** Se trata de una mujer de 33 años, sin patologías crónico-degenerativas conocidas. Cuenta con antecedentes de episodios de ictericia a los 5, 27 y 30 años sin causa aparente, con duración del evento de semanas a meses y remisión espontánea de los mismos. En esta ocasión es valorada por presentar ictericia de 2 meses de evolución, progresiva, asociada a coluria, hiporexia, prurito intenso de predominio nocturno, dolor abdominal tipo cólico intermitente en hipocondrio derecho, sin atenuantes, ni irradiaciones, que se exacerba 1-2 horas después de la ingesta de alimentos. Se inicia protocolo de estudio con pruebas de función hepática, las cuales documentan hiperbilirrubinemia de 40 mg/dL, de predominio directo; fosfatasa alcalina de 238 mg/dL (N=40-129), con GGT normal; transaminasas normales; perfil tiroideo normal; triglicéridos 358 mg/dL (N=50-150); perfil viral para VHC, VHB, VIH, TORCH negativos; cinética de hierro normal, inmunoglobulinas normales; reactantes de fase aguda de inflamación normales; AAN, Anti DNA, ANCA negativos; anticuerpos anti-mitocondriales negativos; ceruloplasmina normal, sin cupremia ni cupruria; ferritina normal. Se complementó con ultrasonido abdominal Doppler, colangiografía resonancia y panendoscopia dentro de la normalidad, por lo que se realiza biopsia hepática, la cual muestra hepatitis crónica con actividad moderada y expansión portal fibrosa leve, colestasis intracanalicular acentuada de etiología no determinada por histología. Durante su evolución se administró manejo con hidratación intravenosa, ácido ursodesoxicólico a dosis de 15 mg/kg y colestiramina a dosis de 16 g/día; con lo que remitió la sintomatología y las alteraciones bioquímicas 6 meses después.

**Discusión:** La colestasis benigna recurrente es una entidad rara que se manifiesta con ataques intermitentes de colestasis, con intervalos libres de síntomas; en las fases ictericas se caracteriza por hiperbilirrubinemia de predominio directo, fosfatasa alcalina ligeramente elevada y cifras de GGT bajas o normales. La biopsia se caracteriza por colestasis intrahepática con preservación de la estructura hepática normal, sin progresión a cirrosis. Hasta la fecha no existe intervención médica efectiva para interrumpir los ataques de colestasis; se describen modalidades de tratamiento diversas, desde médicas con ácido ursodesoxicólico y colestiramina, hasta invasivas, como el drenaje nasobiliar y la utilización de sistemas de recirculación molecular.

**Conclusión:** La colestasis benigna recurrente reafirma su terreno en la patología actual como una enfermedad rara, de exclusión con otras patologías y de tratamiento dirigido a la remisión de los síntomas, que culmina en la historia natural de la propia enfermedad, es decir, en la remisión espontánea de las alteraciones hepáticas.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 175

### Espectro histológico del hígado graso no alcohólico en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica por patología biliar

Bárbara Valdivia-Correa, Adriana Rodríguez-Galván, Norberto Carlos Chávez-Tapia, Freddy Chablé-Montero, Misael Uribe-Esquivel. Fundación Clínica Médica Sur. Ciudad de México. México. bisba100@hotmail.com

**Antecedentes:** La realización de un procedimiento quirúrgico hepato-biliar es una oportunidad para explorar histológicamente el hígado. Esto es particularmente relevante porque la litiasis vesicular y el hígado graso no alcohólico comparten factores de riesgo. Existe poca información sobre el impacto que puede tener la realización de una biopsia hepática durante una colecistectomía por patología biliar.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de esteatosis y fibrosis hepática por biopsia hepática en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica por patología biliar y describir los cambios histológicos y bioquímicos hepáticos en esta población.

**Material y métodos:** Se revisaron 1,002 biopsias hepáticas realizadas en el periodo comprendido de enero de 2006 a diciembre de 2013. Se incluyeron 95 biopsias hepáticas efectuadas durante colecistectomías laparoscópicas por indicación de patología biliar que cumplieron los criterios de inclusión.

**Resultados:** De 95 pacientes incluidos, 57% fueron mujeres y la edad media fue  $49 \pm 15$  años; 55% era fumador activo y 42% consumía alcohol (<20 g/día). Con base en el IMC, 44% tenía sobrepeso, 25% obesidad grado 1 y 11% obesidad grado 2. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial sistémica (25%), dislipidemia (14%), hipotiroidismo (9%), enfermedad por reflujo gastroesofágico (9%) y diabetes mellitus (8%). El 70% de las colecistectomías se realizó por colecistitis aguda, 16% por litiasis vesicular y el resto por pancreatitis biliar, coledocolitiasis, pólipos vesiculares y discinesia vesicular. De acuerdo con los hallazgos histológicos hepáticos, 65% presentó esteatosis macrovesicular, 32% con fibrosis (F1-F4) y 9.4% con fibrosis avanzada (F3-F4); sólo 2% de los pacientes ya contaba con diagnóstico establecido de esteatosis hepática. En cuanto a la relación con las características demográficas, sólo la presencia de obesidad se relaciona con el hallazgo de esteatosis en la biopsia hepática, con 15 vs. 47% ( $p=0.002$ ). No se encontró correlación significativa entre las pruebas de funcionamiento hepático tomadas de forma inicial durante su hospitalización y la presencia de esteatosis o fibrosis en la biopsia hepática.

**Conclusión:** Tomando en cuenta el alto porcentaje de alteraciones histopatológicas hepáticas en pacientes sometidos a colecistectomía por patología biliar, se podría sugerir el uso de biopsia hepática como procedimiento de rutina para tamizaje de esteatosis hepática no alcohólica e incluso fibrosis en esta población. En estudios futuros, las descripciones histológicas ayudarán a determinar el perfil de alto riesgo de pacientes con indicación de biopsia hepática perioperatoria.

**Patrocinio:** Fundación Clínica Médica Sur.

## ID 176

### Adenoma de las glándulas de Brunner que simula el tumor de páncreas

Carlos Orlando Sisalima-Zuñá, Mayra Virginia Ramos-Gómez, Miriam Gabriela Reyes-Zermeño, Moisés Salamanca-García, Yahaira Berenice Rivera-Vicencio, Jorge Luis Pineda-Castillejos, Alejandra Isaura Amezcua-Macías. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE. Ciudad de México. México. cosz1@hotmail.com

**Antecedentes:** El adenoma de glándulas de Brunner (AGB) es una patología de carácter benigna muy rara: la literatura internacional reporta 150 casos desde su primera descripción por Cruveilhier en 1835 hasta la fecha. En muchas ocasiones cursa asintomático cuando las lesiones son < 2 cm y es un hallazgo endoscópico; los más grandes, que son menos frecuentes, pueden simular tumores malignos pancreatoduodenales.

**Objetivo:** Reportar un caso de adenoma de glándulas de Brunner y sus características de presentación.

**Reporte de caso:** Mujer de 70 años, diabética tipo 2, tiroidectomizada por bocio e hysterectomizada. Inició padecimiento hace 1 año con dolor y distensión abdominal, que relacionó con el factor de transferencia prescrito por el médico. Además, en algunas ocasiones deposiciones semilíquidas autolimitadas no asociadas con dolor abdominal, sin melena ni cambio de coloración en heces; baja ponderal de 15 kg en 1 año. Se realizó ultrasonido y tomografía abdominal que reportó lesión en cabeza de páncreas y fue referida al

CMN 20 de Noviembre. En protocolo: panendoscopia: pólipo pediculado en segunda porción de duodeno de  $4 \times 2.5 \times 1.5$  cm, tallo de 2 cm, resecao. La histología demostró adenoma de glándulas de Brunner, bordes sin lesión; ultrasonido endoscópico: lesión quística de cabeza y cuerpo de páncreas de  $1.56 \text{ cm} \times 1.8 \text{ cm}$ ; se toma biopsia por aspiración con aguja y se obtienen 15 ml de contenido mucinoso de aspecto biliar; citología: sin evidencia de contenidos celulares; RMN: lesión heterogénea predominantemente quística situada en proceso uncinado y cabeza del páncreas con moderado realce posterior que sugiere detritus; marcador tumoral: CA 19-9 negativo. Al momento la paciente se encuentra en vigilancia.

**Discusión:** El AGB, brunneroma o hamartoma de Brunner, es una lesión duodenal rara, comprende 5% de los tumores duodenales benignos, 57% se localiza en el bulbo duodenal, tiene una incidencia de 0.008% y su etiología sigue siendo desconocida. Las lesiones de gran tamaño, >2 cm como en este caso, pueden presentar hemorragia u obstrucción y simular tumores malignos de páncreas o duodeno, lo que constituye un reto diagnóstico y terapéutico. Esta paciente fue enviada como portadora de tumor maligno de cabeza del páncreas sin obstrucción duodenal y ampular, que con base en USE, RMN y citología, se catalogó como quiste benigno, forma de expresión descrita en la literatura. El manejo de estas lesiones incluye un enfoque conservador en pacientes asintomáticos. Sólo los casos sintomáticos requieren extirpación quirúrgica o endoscópica.

**Conclusión:** Los AGB son raros y simulan tumores pancreatoduodenales. La diferenciación por estudios radiológicos no es posible, se requiere tener tejido para estudio histopatológico. La valoración exhaustiva es importante para el manejo apropiado.

**Patrocinio:** Este trabajo no tiene ningún patrocinio; es responsabilidad del autor.

## ID 177

### Schwannoma gástrico: Presentación de un caso

Carlos Orlando Sisalima-Zuñá, Mayra Virginia Ramos-Gómez, Miriam Gabriela Reyes-Zermeño, Jacobo Zárate-Guzmán, Yahaira Berenice Rivera-Vicencio, Jorge Luis Pineda-Castillejos, Alejandra Isaura Amezcua-Macías. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE. Ciudad de México. México. cosz1@hotmail.com

**Antecedentes:** Los schwannomas gástricos (SG) son tumoraciones muy raras que deben tomarse en cuenta en el diagnóstico diferencial de los tumores mesenquimatosos más frecuentes, como los del estroma gastrointestinal (GIST).

**Objetivo:** Describir las características clínicas, histopatológicas e inmunohistoquímicas de un caso de schwannoma gástrico inicialmente interpretado como GIST.

**Reporte de caso:** Mujer de 80 años, portadora de hipertensión arterial sistémica, carga genética paterna para hepatocarcinoma y dispepsia de larga evolución. Presenta colecistitis aguda litiásica, se somete a colecistectomía laparoscópica con hallazgo de tumor sólido en pared anterior de estómago, vascularizado. Reporte histológico: neoplasia fusocelular de músculo liso, CD 117 no valorable, actina de músculo liso (+) en células neoplásicas, CD 34 negativo. En abdomen con tumoración palpable en hipocondrio izquierdo levemente dolorosa, sin adenopatías periféricas, laboratorios en límites normales. Tomografía de abdomen con lesión en curvatura mayor de estómago ovoidea, sólida, intramural con crecimiento exofítico, expansiva no infiltrante homogénea de  $61 \times 69 \times 56$  mm, volumen 125 cc. Endoscopia: lesión submucosa de cuerpo gástrico ulcerada, probable GIST. Se realizó gastrectomía subtotal con gastro-yeyuno-anastomosis en Y de Roux. Pieza quirúrgica: tumor de curvatura mayor de  $10 \times 10$  cm, sin implantes. Histología: neoplasia fusocelular y epiteloide, unifocal, bordes negativos, ganglios 28/28 negativos. CD117: (-), DOG-1: (-),

PS100: positivo, actina de músculo liso: (-), KI 67 menos de 1%, compatible con schwannoma. Evolución favorable, controles endoscópicos sin actividad tumoral.

**Discusión:** Los SG se originan de fibras nerviosas del plexo de Auerbach, son genéticamente diferentes a los GIST, leiomiomas y leiomiomas; son biológicamente benignos y con buen pronóstico después de resección quirúrgica. La localización más común es estómago (60-70%), seguido de colon y recto; por lo general se encuentran como una tumoración solitaria en cualquier parte del estómago. Se presentan sobre todo en mujeres en la quinta a sexta décadas de la vida; la mayoría son asintomáticos, aunque ocasionalmente cursan con dolor abdominal, distensión o hemorragia. A menudo son un hallazgo incidental, como en este caso. El tamaño varía desde 10 a 120 mm (promedio 49.8 mm). Son difíciles de diferenciar de los GIST por imágenes; el diagnóstico es histológico e inmunohistoquímico con proteína S100 (+) y CD117 (-).

**Conclusión:** Los SG son tumores benignos, raros, de buen pronóstico. El diagnóstico diferencial no es posible por estudios de imágenes; el estudio histológico y la inmunohistoquímica son fundamentales para el diagnóstico definitivo y el tratamiento específico.

**Patrocinio:** Este trabajo no tiene ningún patrocinio; es responsabilidad del autor.

## ID 179

### Frecuencia de sobreposición de trastornos funcionales digestivos y enfermedad por reflujo gastroesofágico

Tania Mayorga-Marín, Nallely Bueno-Hernández, Viridiana Montserrat Mendoza-Martínez, Ariel Pérez-Mendoza, Mónica Zavala-Solares. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Ciudad de México. México. tamm\_7@yahoo.es

**Antecedentes:** Los trastornos funcionales digestivos (TFD) como la dispepsia funcional (DF), el síndrome de intestino irritable (SII) (subtipo: estreñimiento, diarrea, mixto) y asociado con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se han considerado como entidades nosológicas separadas. Sin embargo, algunas evidencias sugieren que existe una importante sobreposición de síntomas y mecanismos fisiopatológicos comunes entre los TFD. En estudios asiáticos se encontró que la coincidencia entre ERGE, DF y SII fue mayor de lo esperado, con 30.7%.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia y sobreposición de trastornos funcionales gastrointestinales y ERGE en la consulta externa de gastroenterología del Hospital General de México.

**Material y métodos:** El estudio se realizó en los pacientes que asistieron a la consulta externa de gastroenterología del Hospital de General de México de mayo a julio de 2016. Se aplicaron cuestionarios de acuerdo con Roma III y los estudios complementarios para descartar otras patologías, además de interrogar acerca de síntomas típicos de ERGE. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico STATA versión 11.

**Resultados:** Se incluyeron 79 pacientes, 58 mujeres (76.12%) con edad promedio de 44 años (17-76 años): 37 (46.8%) pacientes cumplían los criterios para ERGE con síntomas típicos, 56 (70.89%) para DF y 52 (65.82%) para SII. De los pacientes con DF: 51 (82.26%) cumplieron criterios para síndrome de dolor epigástrico y 44 (70.97%) para síndrome de malestar posprandial. De los pacientes con DF, 35 (62.5%) presentaron una sobreposición de los síndromes. La sobreposición global de ERGE + DF + SII se identificó en 22 pacientes (27.85%).

**Conclusión:** Se presentó una sobreposición global de 27.85%, similar a lo reportado en la literatura.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

Tabla 1. Resumen de la frecuencias de sobreposición. (ID 179).

Sobreposición	Frecuencia N (%)
DF + SII	39 (49.36%)
ERGE + DF	32 (33.2%)
ERGE + SII	25 (31.64%)
ERGE + DF + SII	22 (27.85%)

## ID 183

### Disfagia orofaríngea como complicación de epidermólisis ampollosa

Tania Mayorga-Marín, Mónica Zavala-Solares. Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Ciudad de México. México. taniamayorgainv@gmail.com

**Antecedentes:** Las epidermólisis ampollosa (EA) representan un grupo heterogéneo de patologías hereditarias caracterizadas por una marcada fragilidad de la piel y las mucosas que desencadena la formación de ampollas y úlceras en respuesta a traumatismos menores. Afecta a aproximadamente uno de cada 17,000 nacidos vivos y la estimación mundial es de 500,000 casos actuales. Sin embargo, en muchos países, como México, el porcentaje de niños que nacen con EA no se conoce por completo. El tracto gastrointestinal está implicado comúnmente en diferentes subtipos de epidermólisis ampollosa. El tipo recesivo de la epidermólisis ampollosa distrófica es el que con más frecuencia se asocia con estenosis esofágica.

**Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con disfagia orofaríngea como complicación de epidermólisis ampollosa.

**Reporte de caso:** Femenino de 22 años con epidermólisis ampollosa diagnosticada desde su infancia; refiere presentar disfagia orofaríngea a sólidos desde hace 2 años, con progresión a consistencia blanda desde hace 2 meses y pérdida de 12 kg desde entonces. Se realiza esofagograma que evidencia estenosis esofágica en tercio proximal; manometría esofágica de alta resolución con presión de los esfínteres y motilidad esofágica normal; endoscopia con múltiples úlceras y membranas que provocan estenosis esofágica. La paciente fue tratada con dilatación de Savary Gilliard, los cuales mejoraron la ingesta a sólidos.

**Discusión:** El esófago se afecta en algunos pacientes con EA. El daño esofágico parece variar en relación con la afectación de piel; los reportes varían entre 5 y 33%. Los síntomas esofágicos llegan a presentarse en la segunda década de la vida y son una manifestación debilitante de la distrofia recesiva. Se presume que el trauma recurrente a la mucosa precipitado por la ingestión de alimentos sólidos da lugar a la formación de ampollas, seguida de cicatrización y formación de estenosis. El 50% de las estenosis se produce en el tercio proximal del esófago, por lo general cerca del cartílago cricoides y el músculo cricofaríngeo, donde la luz del esófago es más estrecha, y el 25% en el tercio distal. El tratamiento en estos casos es la dilatación con balón bajo sedación y gastrectomía para soporte nutricional en caso de que no haya respuesta a la dilatación.

**Conclusión:** El diagnóstico de epidermólisis ampollosa lo determinan las manifestaciones en piel, así como el subtipo que el paciente manifiesta, en presencia de disfagia debida a afectación esofágica, por anillos o membranas, los cuales se diagnostican a través de estudios radiológicos y endoscópicos.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 190

## Características clínico-epidemiológicas de la cirrosis biliar primaria en el Departamento de Gastroenterología de la UMAE No. 71, IMSS

Susana Flores-Luévanos<sup>1</sup>, Olga Favela Hernández<sup>2</sup>, Francisco Solís-Galindo<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Unidad de Medicina Familiar No. 66, IMSS; <sup>2</sup>Unidad Médica de Alta Especialidad No. 71, IMSS. Torreón, Coah. México. susanafloresluevanos@hotmail.com

**Antecedentes:** La cirrosis biliar primaria (CBP) es una enfermedad colestásica autoinmune del hígado, de presentación poco frecuente y asociada con diagnóstico tardío, por lo que conocer sus aspectos clínico-epidemiológicos nos ayudará a realizar diagnósticos más tempranos y brindar tratamientos oportunos.

**Objetivo:** Analizar las características clínico-epidemiológicas de un grupo de pacientes con diagnóstico de cirrosis biliar primaria en la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 71, Torreón, Coahuila.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte, prospectivo, no intervencional. Se siguieron los pacientes de la consulta externa de Gastroenterología con diagnóstico de cirrosis biliar primaria (CBP) en el periodo de enero de 2011 a enero de 2016. Analizamos diagnóstico clínico, histológico, perfil bioquímico, epidemiología y tratamiento. Inclusión: pacientes con hepatitis colestásica con anticuerpos anti-mitocondriales positivos y biopsia. El análisis estadístico se expresa en porcentaje.

**Resultados:** Se incluyeron 47 pacientes: 94% mujeres y 6% hombres, con edad promedio de 52 años. El síntoma más frecuente fue prurito (66%). En 22% de los casos se identificaron criterios para síndrome de sobreposición con hepatitis autoinmune. En la biopsia hepática 58% correspondía a estadio I, 27% a estadio II, 13% a estadio III y 2% a estadio IV. Todos los pacientes recibieron como tratamiento ácido ursodesoxicólico y prednisona (por sobreposición o presencia de otras enfermedades autoinmunes).

**Conclusión:** Las características clínico-epidemiológicas de este grupo de pacientes del norte de México son semejantes a las reportadas en la literatura, con predominio de la prevalencia en jóvenes del sexo femenino. Cuando ocurre sobreposición generalmente se asocia con hepatitis autoinmune y con frecuencia existen otras enfermedades autoinmunes extrahepáticas, la más frecuente de las cuales es el síndrome de Sjögren.

**Patrocinio:** Este trabajo no tiene patrocinador.

## ID 195

## Una extraña complicación del absceso hepático amebiano: fístula hepatoduodenal

Jorge Casal-Sánchez, José Antonio Velarde-Ruiz Velasco, Francisco Álvarez-López, Alma E. de la Mora-González, Paulina Sánchez-Álvarez, Rigoberto Suazo-Mancilla. Servicio de Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal. México. jorge\_casal@hotmail.com

**Antecedentes:** Es poco probable que el absceso hepático amebiano (AHA) presente complicaciones. Las complicaciones conocidas incluyen la ruptura del mismo, en la que es más común el drenaje a pleura, pericardio y peritoneo; la fistulización hacia el tracto gastrointestinal es extremadamente rara; se encuentran pocos casos descritos en la literatura médica y ninguno en publicaciones mexicanas.

**Objetivo:** Reportar el primer caso en México de una extraña complicación del AHA: la fístula hepatoduodenal.

**Reporte de caso:** Masculino de 50 años de edad que consulta por síntomas de dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, plenitud y saciedad temprana, además de fiebre cuantificada por arriba de 39 °C de 15 días de evolución que se presenta de forma intermitente. A la exploración física presenta 110 lpm, temperatura de 38.5 °C, TA 110/80, abdomen doloroso a la palpación profunda, con plastrón en hipocondrio derecho y dolor a la puño-percusión.

Se realiza ecosonograma de hígado y TAC abdominal por persistencia de dolor, los cuales muestran datos compatibles con absceso hepático único en lóbulo izquierdo. Se instituye manejo a base de metronidazol, con lo que se obtiene una mejoría clínica del paciente a 48 horas de su ingreso. A las 72 horas de evolución se realiza nuevo estudio de tomografía abdominal el cual muestra disminución de las dimensiones del absceso hepático y trayecto fistuloso de hígado a intestino en zona de duodeno, lo cual se corrobora por medio de endoscopia alta. La evolución del paciente se presenta sin respuesta inflamatoria sistémica. Se encuentra asintomático a los 5 días de tratamiento y se emite el alta hospitalaria con antibiótico-terapia a base de metronidazol.

**Discusión:** Dependiendo de la localización del absceso hepático, puede haber ruptura al peritoneo (7%) y el espacio pleural (7-20%), y es la causa de abscesos en retroperitoneo, peritonitis, empiema y/o abscesos subfrénicos; otra complicación es el drenaje a pericardio, el cual suele complicarse con taponamiento cardíaco. Sólo 1-2% de las complicaciones se presenta por medio de fístula hepatoduodenal, como se comenta en este caso.

**Conclusión:** Complicaciones como la fistulización del absceso que drena al tracto gastrointestinal, aun con la poca frecuencia que se presenta, deben sospecharse cuando se tiene un cuadro atípico de AHA. Éste es el primer caso reportado a nivel nacional.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio

## ID 196

## Afecciones gastrointestinales de sarcoma de Kaposi en pacientes con infección por VIH: serie de casos

Jorge Casal-Sánchez, Luz Alicia González-Hernández, Paulina Sánchez-Álvarez, José Antonio Velarde-Ruiz Velasco, Francisco Álvarez-López, Susana Suder-Castro, Laura Olivares-Guzmán, Alma de la Mora-González, Jaime Andrade-Villanueva. Servicio de Gastroenterología, Unidad de VIH, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal. México. jorge\_casal@hotmail.com

**Antecedentes:** La presentación del sarcoma de Kaposi (SK) asociado con SIDA es más común con inmunosupresión severa. Hasta 20% de las lesiones se localiza en la cavidad oral y se asocia con infiltración gastrointestinal; éste es el sitio más común de afección extracutánea hasta en el 50% de los casos. Los principales síntomas relacionados son dolor abdominal, pérdida de peso y diarrea.

**Objetivo:** Describir los hallazgos gastrointestinales mediante endoscopia en 8 pacientes con infección por VIH en estadio SIDA y SK de julio de 2015 a julio de 2016.

**Reporte de casos:** Paciente 1: Masculino de 35 años, en estadio SIDA C1 y diagnóstico de SK que 2 meses posteriores al inicio de HAART presenta aumento en el número de lesiones cutáneas, así como diarrea y dolor abdominal; por medio de endoscopia se observan lesiones en epiglotis y faringe. Paciente 2: Masculino de 23 años, en estadio SIDA C1 con lesiones violáceas en paladar, pene y miembros pélvicos; endoscopia con hallazgos de infiltración gástrica por SK. Paciente 3: Masculino de 42 años, en estadio SIDA C3 con dolor epigástrico, rectorragia y lesiones cutáneas violáceas, sin lesiones en cavidad oral; endoscopia con lesiones infiltrativas en estómago, así como hallazgo de divertículo duodenal. Paciente 4: Masculino de 30

años, en estadio SIDA C3 con úlcera violácea única en paladar y síntomas constitucionales, sin lesiones cutáneas; endoscopia con múltiples lesiones en esófago, estómago, colon e ileon por SK. Paciente 5: Masculino de 31 años, en estadio C que presenta lesiones cutáneas, violáceas y tumoración en ojo izquierdo asociado con SK; endoscopia con múltiples lesiones con extensión desde glotis hasta duodeno, colonoscopia con 10 lesiones en rectosigmoide y colon descendente. Paciente 6: Masculino de 36 años, en estadio SIDA C3 que 10 días posteriores al inicio de HAART presenta lesiones cutáneas violáceas, sugestivas de SK, sin sintomatología asociada; endoscopia con lesiones erosivas epiteliales. Paciente 7: Masculino de 30 años, en estadio SIDA C3 con lesiones violáceas distribuidas en todo el cuerpo, sin otro síntoma agregado; en la endoscopia se observa gastritis no erosiva. Paciente 8: Masculino de 30 años, en estadio SIDA C3 que posterior al uso de esteroides presenta lesiones violáceas cutáneas acompañadas de diarrea; al realizar endoscopia no muestra lesiones en el tracto gastrointestinal.

**Discusión:** Se describen 8 pacientes con diagnóstico de SK, en 5 de los cuales se confirmó infiltración en tracto gastrointestinal; 5 tenían un conteo de CD4+ <200 células/ $\mu$ L. Dos debutaron con lesiones orales, sin presentar lesiones cutáneas; el resto de pacientes presentaban lesiones cutáneas, las cuales variaban entre 14 y 50, con una media de 15. Los síntomas más frecuentes fueron diarrea y pérdida de peso. Un paciente tuvo recaída de SK posterior a la suspensión de HAART; otro había recibido esteroides en los meses previos. Dos pacientes presentaron lesiones como parte de un síndrome de reconstitución inmunológica. El diagnóstico se realizó por estudio histopatológico y todos los pacientes requirieron quimioterapia sistémica en conjunto con el inicio de HAART.

**Conclusión:** Los pacientes con inmunosupresión severa tuvieron mayor riesgo de desarrollar SK visceral. La mayoría de las lesiones fueron pólipos sésiles color rojo-vino o vascularizados, violáceos. Además, se encontró que hay mayor asociación entre la presencia de lesiones orales que sólo el número de lesiones cutáneas, el cual podría considerarse predictor y orientar a la búsqueda de afección gastrointestinal.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 199

### Mesenteritis esclerosante asociada a IgG4 manifestada como tumoración abdominal

Tania Mayorga-Marín, Fátima Higuera-de la Tijera, José Luis Pérez-Hernández, Ruth Rábago-Escoto, Sandra Briones-Fragas, César Tróchez-Mejía. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Ciudad de México. México. tamm\_7@yahoo.es

**Antecedentes:** La mesenteritis esclerosante es un proceso raro, benigno, crónico e inflamatorio. Afecta el tejido adiposo del mesenterio del intestino delgado. Puede afectar la totalidad del mesenterio, grasa omental, peripancaéutica y retroperitoneal junto con grasa pélvica, aunque generalmente sólo implica la raíz del mesenterio del intestino delgado. El diagnóstico es incidental. La prevalencia es de 0.06% de casos de mesenteritis esclerosante en pacientes sometidos a estudio tomográfico abdominal.

**Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con mesenteritis esclerosante asociada con IgG4 manifestada con tumoración abdominal. **Reporte de caso:** Mujer de 44 años con antecedentes de lupus eritematoso sistémico desde hace 20 años tratada durante los primeros 4 años con prednisona, 10 mg, y que después abandono el tratamiento. Inició hace 10 meses con dolor abdominal epigástrico tipo cólico sin irradiaciones, el cual se presentaba tres veces por semana y mejoraba con el ayuno y la ingesta de bloqueador H2. Un mes después se agregó saciedad temprana, además de pérdida de peso de 20 kg y vómito de contenido biliar posprandial. Al examen físico se

encuentra palidez generalizada, tumoración en epigastrio de 5 cm de diámetro, no móvil, adherida a planos profundos, no dolorosa, de consistencia dura y bordes irregulares, sin signos de irritación peritoneal, peristalsis normal. Laboratorio: leuc: 3.9/ $\mu$ L, neut: 2.7/ $\mu$ L, L: 0.6/ $\mu$ L, HB: 8.27 g/dL, PL: 293.7  $\times$  10e3/uL, VCM: 76.8 fL, HCM: 24.8 pg, alfa-fetoproteína: 2.02 ng/mL (<10 ng/mL), Ca-125: 359.4 U/mL (<35 U/mL), Ca-15.3: 9.00 U/mL (<40 U/mL), Ca-19.9: 5.8 U/mL (<25 U/mL), CEA: 0.81 ng/mL (<5), C3: 68.8 mg/dL, C4: 10.9 mg/dL, PCR: 65.7 mg/L, VSG: 133 mmol/h, anti-DNA: 129.36 U/mL, anti-Smith (sm): 8.16 U/mL, Ac antinucleares: 1:320, SS-A: 14.65 U/mL, SS-B: 10.81 U/mL. Endoscopia: esófago y estómago normales, duodenitis erosiva. Tomografía: lesión en mesenterio de aspecto neoplásico. Biopsia de tumoración abdominal guiada por ecografía con conclusión de mesenteritis esclerosante confirmada con inmunohistoquímica.

**Discusión:** La mesenteritis esclerosante es un proceso inflamatorio no específico en la grasa mesentérica que puede conducir a retracción y fibrosis. La etiología y la patogénesis siguen sin estar claras. Se ha encontrado relación con: procesos autoinmunes, causas infecciosas, cirugías y traumatismo previo, trombosis mesentérica, enfermedades vasculares del colágeno y enfermedades relacionadas con IgG-4. Los síntomas son inespecíficos, aunque 60% cursa con tumoración abdominal. Con respecto al tratamiento se ha observado una respuesta importante tras la administración de esteroide. El manejo quirúrgico no ha mostrado utilidad, por lo que no se recomienda.

**Conclusión:** La mesenteritis esclerosante es un proceso raro, benigno, crónico e inflamatorio.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 202

### Impacto de la obesidad en enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)

María del Carmen Ávila-Langarica, Luz Adriana López-Luría, Marisa Yoeli Escandón-Espinoza, Nerina del Carmen Fernández-Martínez, Nuria Pérez-y López, Edgar Torres-López, Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. carmelitavila@hotmail.com

**Antecedentes:** La ERGE es la enfermedad gastrointestinal más común en la consulta externa; afecta hasta a 20% de la población en Occidente. Desde 1995 se ha observado un incremento en la prevalencia de ERGE paralelo al incremento de la obesidad, con evidencia actual de una relación causa-efecto. La ERGE en obesos es un proceso multifactorial en el que pueden influir algunos de los siguientes factores: mecánicos, como incremento del gradiente de presión gastroesofágica que lleva a la separación del EEI de la crura diafragmática, y factores humorales, como la producción de citocinas inflamatorias encontradas en el tejido adiposo abdominal.

**Objetivo:** Evaluar si existe correlación entre índice de masa corporal (IMC) y presencia de reflujo gastroesofágico patológico en nuestra población.

**Material y métodos:** Pacientes a los que se les realizó pH-impedancia (pH-Z) en el laboratorio de motilidad gastrointestinal. Reporte preliminar de estudio de tipo descriptivo, corte transversal, prospectivo. Análisis estadístico: los resultados se expresan con medidas de frecuencia central para la obtención de porcentajes, media, desviación estándar y coeficiente de correlación de Pearson.

**Resultados:** Hasta el momento se tienen 19 pacientes, 10 (52.6%) sexo masculino, 9 (46.3%) sexo femenino y media de edad 43.2. Ninguno de ellos presentó reflujo no ácido. Índice de masa corporal (IMC), # Episodios reflujo ácido (# ERA), Tiempo de exposición al ácido (TEA), Demeester (Dm). Tiempo de exposición al ácido 2.9 DS 5.5.

Tabla 1. (ID 202).

IMC-ERA	0.0226
IMC-TEA	0.2575
IMC-Dm	0.2132
% grasa-ERA	0.0102
% grasa-TEA	0.0009
% grasa-Dm	0.0190
Edad-ERA	-0.3703
Edad-TEA	0.0494
Edad-Dm	-0.0294

**Conclusión:** Hasta este momento no ha habido una correlación significativa entre IMC y la presencia de ERGE. Éste es un reporte preliminar; los resultados finales se darán a conocer en noviembre de 2016.

**Patrocinio:** Este estudio no cuenta con ningún tipo de patrocinio.

## ID 206

### Pancreatitis aguda asociada con virus hepatotropos: reporte de 5 casos

Carlos Mendoza-Segura, Raúl Antonio Zamarripa-Mottú, Frida Jazmín Robles-Rivera, Jonathan Ramos-García, Nayeli Xochiquetzal Ortiz-Olvera. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Ciudad de México. México. carlosms.med25@gmail.com

**Antecedentes:** Los agentes virales constituyen una etiología poco común de pancreatitis aguda. Los virus más frecuentemente implicados son el virus de parotiditis, coxsackie (principalmente B), Epstein-Barr y rubéola; también está descrita su asociación en infecciones complicadas por influenza A y virus de herpes zóster. La asociación con hepatitis viral aguda se ha descrito, principalmente en los pacientes que cursan con falla hepática fulminante, y su fisiopatología no está bien dilucidada. En una serie de necropsias se ha reportado la coexistencia de ambas condiciones en 3.7%.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, epidemiológicas y bioquímicas de 5 pacientes que desarrollaron pancreatitis aguda durante el evento de hepatitis viral aguda.

**Reporte de casos:** Se describen 5 casos de pancreatitis aguda asociada con hepatitis viral aguda en un periodo de 3 años (2013-2016). Tres pacientes hombres y 2 mujeres, la mediana de la edad fue de 22 años (20-31 años, DE: 4.01). En 4 pacientes la etiología fue virus de hepatitis A (80%) y en 1 virus de hepatitis C (20%). El cuadro clínico fue: dolor típico en 80%, con tiempo de evolución promedio de 17.4 días (4-56 días). El comportamiento bioquímico se muestra en

la **Tabla 1**; la media de bilirrubinas fue de 19.66 (10-36.4 mg/dL) y de ALT de 3434; 4 pacientes (80%) presentaron pancreatitis leve (clasificación de Atlanta) y 1 cursó con pancreatitis grave y falla hepática fulminante, y falleció a las 72 horas del diagnóstico de pancreatitis aguda. En todos se descartó daño por tóxicos, hipertrigliceridemia grave, hipercalcemia, y/o etiología biliar. Asimismo, se excluyó daño hepático por alcohol y autoinmune, y se realizó serología TORCH, VIH, Epstein-Barr, la cual fue negativa.

**Discusión:** La asociación de pancreatitis aguda con hepatitis viral aguda es una condición rara; se conocen casos relacionados con todos los virus hepatotropos, a excepción del agente delta. Los mecanismos propuestos son edema de ampulla de Váter y subsecuente disfunción del esfínter de Oddi y obstrucción al flujo pancreático; efecto citopático directo (en necropsias se ha encontrado antígeno core y de superficie de hepatitis B en células acinares pancreáticas) y liberación de enzimas lisosómicas por el proceso inflamatorio hepático que pasan a la circulación general y tiene la propiedad de activar cimógenos. En relación con el virus de hepatitis A, sólo encontramos reportes de casos, pero no se ha aclarado el mecanismo fisiopatológico sobre el páncreas.

**Conclusión:** La hepatitis aguda por virus hepatotropos puede presentar complicaciones graves como la pancreatitis aguda en población joven y sin comorbilidades, lo cual impacta en la evolución natural de la enfermedad y el pronóstico. En estos casos es importante descartar otras causas de dolor abdominal agudo y/o desproporcionado, y realizar un abordaje extenso de posibles causas de dolor. Bioquímicamente no hay diferencia en el comportamiento de los marcadores de colestasis o aminotransferasas. El manejo en la mayoría de los pacientes será conservador.

**Patrocinio:** No se recibió patrocinio.

## ID 207

### Estimulación eléctrica del esfínter esofágico inferior como alternativa en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en la población pediátrica

Rodrigo Hipólito Cifuentes, René Carmona-Barba, Antonio Vega-Valdés, Plácido Espinosa-Rosas. Hospital Star Médica Infantil Privado. Ciudad de México. México. drhipolitopediatria@hotmail.com

**Antecedentes:** La estimulación eléctrica del esfínter esofágico inferior mejora la presión del esfínter sin interferir con la relajación, ni modificar la anatomía esófago-gástrica.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad, seguridad y efectividad de la electroestimulación del esfínter esofágico inferior usando un electroestimulador (endostim) para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en la población pediátrica.

**Material y métodos:** Pacientes pediátricos con enfermedad por reflujo gastroesofágico que presentaron mejoría parcial o nula con el tratamiento con inhibidores de bomba de protones, con un pH esofágico

Tabla 1. (ID 206).

	Edad	Sexo	Etiología	Lipasa	Bil. total	ALT	INR	Cr máx	Calcio	TAGs	Atlanta	T. inicio
Caso 1	21	M	VHA	1090	36.44	2548	1.5	0.97	9.1	332	Leve	8 semanas
Caso 2	20	F	VHA	836	10.09	1308	2.1	0.69	7.6	276	Leve	10 días
Caso 3	21	F	VHA	269	13.3	3987	2.8	0.52	7.9	134	Leve	4 días
Caso 4	31	M	VHC	1633	19.6	3845	4.1	5.7	8.5	129	Grave	7 días
Caso 5	23	M	VHA	1678	18.8	5893	1.8	0.8	8.8	446	Leve	10 días

anormal, hernia hiatal menor de 3 cm, esofagitis grado C de Los Ángeles, dos electrodos bipolares fijados en la porción muscular del esfínter esofágico inferior y el dispositivo fijado en una bolsa subcutánea, cada sesión de 20 Hz, 215 ms, 3-8 mA de 30 minutos. Cada paciente fue evaluado posquirúrgicamente mediante un diario de síntomas, pHmetría, manometría y endoscopia con toma de biopsias a los 3, 6 y 12 meses posquirúrgicos.

**Resultados:** Dos pacientes pediátricos (femenino 12 años, masculino 2 años). Femenino con evolución posquirúrgica de 1 año. Estudios prequirúrgicos: esofagitis grado C de Los Ángeles, hernia hiatal 3 cm, manometría presión: 9 mmHg, índice de Demeester 63.2. Controles posquirúrgicos: pHmetría I; Demeester: 3° mes: 3.9, 6° mes: 9, 12° mes: 12; manometría presiones: 3° mes: 12 mmHg, 6° mes: 23 mmHg y 12° mes: 31.3 mmHg; esfínter normotónico; endoscopia: mejoría del patrón mucoso gradual. Masculino con evolución posquirúrgica de 6 meses. Prequirúrgicos: falla de medro, neumonía por aspiración, esofagitis grado C de Los Ángeles, pHmetría, 95% de los episodios presentados secundarios a reflujo gastroesofágico, manometría 14.7 mmHg. Controles posquirúrgicos: pHmetría: 3° mes: 0% de reflujo ácido, 6° mes: sin exposición acida; manometría: 3° mes: 18 mmHg, 6° mes: 25 mmHg. Ambos con suspensión de medicamentos y ausencia total de sintomatología a partir de la segunda semana posquirúrgica.

**Conclusión:** El presente estudio describe a los dos primeros pacientes pediátricos en el mundo tratados mediante electroestimulación del esfínter esofágico como alternativa terapéutica del reflujo gastroesofágico. Los resultados muestran que la estimulación eléctrica del esfínter puede mejorar los síntomas secundarios a reflujo, reducir la exposición esofágica al ácido, incrementar la presión del esfínter esofágico inferior y reducir la necesidad de administrar inhibidores de bomba de protones de manera persistente; así como la ausencia de los efectos secundarios de un procedimiento quirúrgico que involucre una modificación mecánica de la unión esofagogástrica. Se necesitan más estudios clínicos aleatorizados que refuercen la eficacia de este tipo de terapéutica en la población pediátrica.

**Patrocinio:** Estudio patrocinado por Endomédica.

## ID 211

### Pancreatitis aguda severa asociada a hiperlipidemia inducida por tamoxifeno

Erika Guadalupe Salgado-Parra, María Xóchitl García-Samper. Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE. Ciudad de México. México. dra.erika.salgado@hotmail.com.

**Antecedentes:** Los fármacos representan únicamente 2-5% de las causas de pancreatitis aguda. El tamoxifeno es un fármaco modulador selectivo de receptores estrogénicos usado en la hormonoterapia adyuvante en el cáncer de mama. Su administración se ha relacionado con incremento de los niveles plasmáticos de triglicéridos y VLDL por disminución de la actividad de la lipoproteinlipasa y lipasa hepática de triglicéridos, sobre todo en pacientes con trastornos metabólicos subyacentes, que incrementan el riesgo de pancreatitis aguda.

**Objetivo:** Describir un caso de pancreatitis aguda severa asociado con la administración de tamoxifeno, su diagnóstico y evolución en nuestra unidad hospitalaria.

**Reporte de caso:** Mujer de 50 años de edad, portadora de diabetes mellitus de 8 años de evolución, tratada con metformina, carcinoma ductal infiltrante en mama derecha, etapa clínica IIA (T2, N0, M0), receptor estrogénico y de progesterona (+), HER2/neu (-) en noviembre de 2015. Fue sometida a mastectomía radical modificada, recibiendo 6 ciclos de quimioterapia a base de taxanos y antraciclenos, y posteriormente hormonoterapia con tamoxifeno, 20 mg/día. Antes de la cirugía presentaba colesterol total de 128 mg/dL, triglicéridos 184 mg/dL, VLDL 80 mg/dL. En el control bioquímico posterior cursaba sin variación significativa en niveles lipídicos.

Seis meses después presenta dolor abdominal epigástrico, elevación sérica de enzimas pancreáticas y cambios tomográficos compatibles con proceso inflamatorio pancreático (edema, aumento de la densidad grasa y líquido peripancreático). Se descartó alcoholismo, trauma, patología litiásica y alteraciones anatómicas y tumorales de vía biliar. A su ingreso con colesterol total de 400 mg/dL, triglicéridos de 1,050 mg/dL. Se decide manejo conservador y suspensión del fármaco, con resolución del cuadro. Control bioquímico de seguimiento al mes con colesterol total de 158 mg/dL, triglicéridos 194 mg/dL. Se decidió bloqueo hormonal con anastrozol.

**Discusión:** La hipertrigliceridemia es un factor de riesgo importante para el desarrollo de pancreatitis aguda. El tamoxifeno es un fármaco que condiciona inhibición de las vías enzimáticas metabólicas de los triglicéridos, lo que conduce a incremento de los niveles de los mismos y por lo tanto aumenta el riesgo de pancreatitis aguda probablemente asociado con obstrucción capilar e isquemia.

**Conclusión:** La pancreatitis aguda asociada con fármacos en una entidad poco reportada: el tamoxifeno puede ocasionar hipertrigliceridemia grave y representa un riesgo importante para su desarrollo. Debe valorarse el perfil de seguridad y monitorizar los niveles de lípidos durante su administración, sobre todo en pacientes con trastornos metabólicos subyacentes.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 212

### Características manométricas en niños con estreñimiento y patología anorrectal adquirida

Óscar Alejandro García-Valencia, Lourdes Martínez-Ordaz, Irene Hernández-Flores, Edgar Moreno-Medrano, María Teresa Sánchez-Ávila, Karla Lorena Chávez-Caraza, Luis Alonso Morales-Garza. Escuela de Medicina, Tecnológico de Monterrey. Monterrey, N.L. México. oscar.garciav92@gmail.com

**Antecedentes:** El estreñimiento crónico (EC) representa el 25% de los motivos de consulta con gastroenterólogos pediatras y tiene una estrecha relación con patologías anorrectales adquiridas tales como: fisuras anales agudas o crónicas, cicatrices de fisuras, enfermedad hemorroidal, congestión de la mucosa anal, erosiones perianales, eritema perianal, prolapso rectal, fístula perianal o anillo fibroso. La manometría rectoanal (MRA) es un método diagnóstico utilizado para la detección de las alteraciones funcionales y estructurales que involucran la defecación.

**Objetivo:** Describir los resultados de las manometrías anorrectales en pacientes pediátricos con estreñimiento crónico y patología anorrectal adquirida.

**Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de pacientes de entre 2 meses y 18 años de edad con estreñimiento crónico y patología anorrectal adquirida (PAEC) y con estreñimiento crónico sin patología anorrectal (EC) de los últimos 12 años. Todos fueron evaluados con MRA. Se realizó una estadística descriptiva para calcular la distribución de frecuencias, tendencia central, medidas de dispersión, media, mediana y desviación estándar; y una estadística inferencial para contraste de hipótesis con una significancia de 5% así como una *Ji cuadrada* en variables categóricas.

**Resultados:** Se analizaron 170 expedientes: 124 con PAEC y 46 con EC. La edad (promedio  $\pm$  DS) fue  $7.18 \pm 4.51$  años y la mayor incidencia en el género masculino: 57%. La patología anorrectal adquirida se encontró en 73%. Los síntomas de mayor prevalencia fueron dificultad para evacuar (78%), dolor al evacuar (67%), heces duras (50%) y escurrimiento fecal asociado (49%). La patología anorrectal más frecuente fue la fisura anal aguda (33%), seguida de la crónica (31%) y cicatriz de fisura anal (22%); se encontró enfermedad hemorroidal (11%). Los valores manométricos con mayor significancia ( $p < 0.05$ ) entre los grupos fueron la presión en reposo del EAE (promedio  $\pm$  DS):  $14.16 \pm 1.04$  en PAEC y  $26.08 \pm 1.76$

en EC; volumen máximo tolerable (VMT):  $120.8 \pm 6.52$  en PAEC y  $173.2 \pm 11.9$  en EC; ambos valores resultaron tener una media menor en el grupo PAEC. El promedio de los demás valores fueron normales, a excepción de los de sensibilidad, que se encontraron aumentados en ambos grupos, menos el VMT que estuvo disminuido. El 99% de los pacientes tiene una coordinación abdomino-pélvica anormal (disinergia).

**Conclusión:** En este estudio, los valores manométricos se encontraron dentro del rango normal excepto las presiones del EAE y el VMT que estuvieron por debajo de lo normal en el grupo con patología anorrectal adquirida. Debido a la frecuencia elevada de la enfermedad anorrectal adquirida, se recomienda la evaluación temprana con manometría anorrectal en los pacientes con estreñimiento y falta de respuesta al tratamiento con el fin de ofrecer un tratamiento oportuno y evitar el desarrollo de estas lesiones que conllevan agravamiento de la enfermedad y afectan la calidad de vida de los niños.

**Patrocinio:** No se recibió ningún tipo de patrocinio para este trabajo.

## ID 213

### Eficacia y seguridad de la polipectomía con asa fría vs. asa caliente en pólipos colorrectales sésiles de 5 a 9 mm. Ensayo controlado aleatorizado

Melissa Jiménez-Morales, Julio Sánchez-del Monte, Mileva Oña-Ortiz, Miguel Ángel Herrera-Servín, María del Carmen Manzano-Robledo, Joaquín Ortiz-Díaz, Mauro Eduardo Ramírez-Solis, Juan Octavio Alonso-Lárraga, José Guillermo de la Mora-Levy, Angélica Hernández-Guerrero. Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Cancerología. Ciudad de México. México. melijm@gmail.com

**Antecedentes:** El cáncer colorrectal tiene una alta morbimortalidad en países de Occidente. La importancia de la detección y resección de los pólipos consiste en la relación entre los pólipos y el cáncer colorrectal, por lo que al resecar los pólipos adenomatosos se reduce el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal. La técnica de polipectomía usualmente la elige el endoscopista en relación con el tamaño y la apariencia del pólipo. La variación en los resultados entre las distintas técnicas de polipectomías indica que algunas son más efectivas que otras.

**Objetivo:** Comparar la eficacia y seguridad de la erradicación completa histológica en polipectomía con asa fría y asa caliente en pólipos colorrectales sésiles de 5 a 9 mm.

**Materiales y métodos:** Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, de comparación de dos métodos de polipectomía en pacientes con pólipos colorrectales sésiles de 5 a 9 mm utilizando asa fría vs. asa caliente. El estudio se realizó de enero a junio de 2016 en el Instituto Nacional de Cancerología.

**Resultados:** Se incluyeron 44 pacientes en el estudio; se realizó una polipectomía por cada paciente (polipectomía con asa fría  $n=27$  y polipectomía con asa caliente  $n=17$ ). Se obtuvieron en total 8 (18.2%) reportes histopatológicos positivos para tejido residual en el área de

la polipectomía. La tasa de resección histopatológica incompleta para polipectomía con asa fría se observó en 6 pacientes (13.6%) y para polipectomía con asa caliente en 2 pacientes (4.5%), con una  $p=0.45$  no estadísticamente significativa. Se observó hemorragia en 1 paciente (2.3%) sometido a polipectomía con asa fría, la cual se resolvió mediante colocación de clip sin mayores complicaciones; no se presentó sangrado en ningún paciente sometido a polipectomía con asa caliente, con una  $p=1.00$ , lo cual no mostró diferencia estadísticamente significativa. En cuanto a bacteriemia, ésta se presentó en 1 paciente del grupo de polipectomía con asa caliente, que corresponde a 2.3%, y en ninguno con polipectomía con asa fría, con una  $p=0.386$ , que no es estadísticamente significativa. No hubo reportes de perforación como complicación inmediata, ni complicaciones tardías.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos muestran tasas de resección histopatológica completas altas y complicaciones mínimas para ambas técnicas, sin mayor necesidad de otra intervención endoscópica para ambas técnicas de polipectomía endoscópica. Por ello, al requerir menos recursos y ser igual de efectiva y segura, la polipectomía con asa fría podría difundirse como la técnica de elección para pólipos menores de 10 mm.

## ID 224

### Frecuencia y síntomas de trastornos motores esofágicos. Resultados preliminares

Luz Adriana López-Luría, Marisa Escandón, Felipe Zamarrípa-Dorsey, Edgar Torres-López, Nuria Pérez-y López. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. luz\_luria@hotmail.com

**Antecedentes:** En el abordaje de pacientes con disfagia no obstructiva se utiliza la manometría esofágica de alta resolución (MAR) como método diagnóstico y se reconocen diferentes trastornos motores esofágicos primarios caracterizados por la Clasificación de Chicago v3.0. Sin embargo, muchos de los pacientes que acuden a un servicio de manometría presentan diferentes síntomas esofágicos.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de trastornos motores del esófago en pacientes con síntomas esofágicos que acuden a realización de MAR en el Hospital Juárez de México (HJM).

**Material y métodos:** Se estudiaron MAR realizadas en el laboratorio de Motilidad Gastrointestinal del HJM, en el periodo comprendido de junio de 2015 a febrero de 2016 (se extenderá a octubre 2016). Se excluyeron pacientes con obstrucción anatómica. Tipo de estudio: observacional, transversal y descriptivo. El análisis estadístico consistió en la descripción mediante porcentajes de las variables cualitativas, y mediante el promedio, el mínimo y el máximo en las variables cuantitativas.

**Resultados:** Se estudiaron 120 pacientes, de los cuales 68% eran mujeres, con edad promedio de 48.2 años (mínimo 19, máximo 82). El 54% de los pacientes tenía un estudio de características normales. Se encontró que 33% presentaba motilidad esofágica inefectiva (MEI) y 4% acalasia tipo II como principales trastornos motores (Tabla 1).

Tabla 1. (ID 224).

Trastorno motor esofágico	Frecuencia	Síntoma esofágico principal	Presencia de disfagia
Motilidad esofágica inefectiva	33%	Pirosis (80%)	53%
Acalasia			
I	3%	Pirosis (33%)	33%
II	4%	Disfagia (100%)	100%
III	0%		
Obstrucción de la unión	2%	Regurgitación (50%)	50%
Espasmo esofágico difuso	2%	Disfagia y pirosis (100%)	100%
Contractilidad ausente	1%	Pirosis y dolor torácico (100%)	100%
Jakhammer	1%	Dolor torácico y disfagia (100%)	100%

**Conclusión:** El trastorno motor primario más frecuente fue el de MEI, seguido de acalasia subtipo II; sin embargo, no todos los trastornos motores primarios de esófago se presentan con disfagia como síntoma principal.

**Patrocinio:** No se recibió patrocinio.

## ID 226

### Factores de riesgo asociados a extensión y gravedad de la afectación por colitis isquémica

Alejandra Isabel Pérez-Delgadillo, Juan Betuel Ivey-Miranda, Eduardo Ruiz-Ballesteros, Alejandra Noble-Lugo, Mauricio de Ariño-Suárez, Edgardo Suárez-Morán, Alberto García-Menéndez, Pedro Brito-Lugo, Javier Ignacio Vinageras-Barroso, Louis Francois de Giau-Triulzi. Hospital Español de México. Ciudad de México. México. aallee.pe@gmail.com

**Antecedentes:** La colitis isquémica (CI) es una condición en la que el flujo sanguíneo del colon disminuye a un nivel que compromete la función metabólica celular. Representa del 9 al 24% de todas las causas de hemorragia digestiva distal en pacientes hospitalizados. Se asocia con factores como hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca congestiva y lesión renal crónica; sin embargo, se desconoce qué factores son predictores de la extensión al momento del diagnóstico.

**Objetivo:** Analizar los factores de riesgo clínicos-bioquímicos y su asociación con la extensión de la CI.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con confirmación histopatológica de CI en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2015. Se obtuvo información de factores de riesgo, criterios clínicos, estudios de laboratorio y distribución del segmento endoscópico afectado por colonoscopia y quirúrgico. Se determinó la asociación de cada variable con la extensión de la enfermedad. Se definió la distribución de colonoscopia por la clasificación de Brandt y enfermedad extensa como la afectación de dos o más regiones por colonoscopia.

**Resultados:** Se incluyeron 42 pacientes con CI (29 mujeres y 13 hombres) con edad de  $73.8 \pm 10.9$  años. La distribución más frecuente fue de colon izquierdo con 13 casos. La proporción de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, enfermedad cardiovascular y tabaquismo fue de 21%, 69%, 33% y 26% respectivamente. El 26% de los pacientes presentó colitis isquémica extensa. El antecedente de síndrome de intestino irritable mostró tendencia a la asociación con mayor riesgo de colitis extensa (OR 5.4, IC 95% 0.8-38.3,  $p=0.089$ ); LDH mayor de 170 mg/dL mostró tendencia a ser un factor predictor (OR 0.2, IC 95% 0.03-1.1,  $p=0.070$ ). Finalmente, la localización izquierda de la enfermedad mostró una asociación estadísticamente significativa con ser un factor protector de la extensión de la enfermedad (OR 0.2, IC 95% 0.04-0.88,  $p=0.034$ )

**Conclusión:** La localización izquierda de la enfermedad se asoció significativamente con menor extensión y gravedad de la enfermedad. Los mayores niveles de LDH y glucosa tuvieron tendencia a ser predictores de la enfermedad, mientras que el antecedente de síndrome de intestino irritable tuvo tendencia a ser un factor de riesgo. A partir de estos resultados se pretende crear un modelo de predicción de la extensión y gravedad de la colitis isquémica.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 232

### Prevalencia de serología positiva para hepatitis B en bancos de sangre del estado de Coahuila

Francisco Alfonso Solís-Galindo, Jesús Alberto Ramírez-Torres, Olga Favela-Hernández, María del Socorro Cortez-Ruiz, Xiomara Hernández-Razo. Departamento de Gastroenterología, UMAE 71, IMSS. Torreón, Coah. México. francisco.solis@imss.gob.mx

**Antecedentes:** Dos billones de personas están infectadas por virus de la hepatitis B alrededor del mundo (Organización Mundial de la Salud, 2016). El grupo de mayor prevalencia genética en América Central y del Sur, el genotipo F, se subdivide en dos subtipos y a su vez en cinco grupos relacionados con áreas geográficas definidas. El genotipo H se ha descrito en México y Centroamérica. La prevalencia en México es multivariada (estados fronterizos, nivel de marginación social): oscila desde 0.47 en Monterrey hasta 1.2 en la Ciudad de México. No se conoce la prevalencia actual en Coahuila, estado que para atender la necesidad de proporcionar sangre segura y oportuna a su población cuenta con una infraestructura de 16 bancos de sangre y 76 servicios de transfusión.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de serología positiva para virus de la hepatitis B en bancos de sangre en el estado de Coahuila de Zaragoza.

**Material y métodos:** Se analizaron los reportes mensuales serológicos del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) que de manera obligatoria recibe la Subsecretaría de Regulación Sanitaria dependiente de la Secretaría de Salud de los Centros Estatales de Transfusión sanguínea (CETS), del periodo 01 de enero de 2014 a 31 de diciembre de 2015, mediante el método de análisis inmunoenzimático (ELISA) de tercera generación, así como la prevalencia por ciudad. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa Statistical Product and Service Solutions (SPSS) versión 23.

**Resultados:** Se realizó serología a 65,461 donadores de sangre (donación altruista y dirigida); fueron positivos para hepatitis B 110 pacientes, entre donaciones altruistas y dirigidas, con una prevalencia puntual de 0.2. La ciudad del estado en que se encontró una diferencia fue Piedras Negras ( $p=0.028$  con un intervalo de confianza de 95%), posteriormente Saltillo y en tercer lugar Monclova, con 0.3, 0.29 y 0.13 respectivamente. El Instituto Mexicano del Seguro Social, con 36% de donadores de ambos tipos, es el que más casos positivos presenta.

**Conclusión:** La ciudad con mayor prevalencia para hepatitis B es Piedras Negras, frontera con Estados Unidos. La serología positiva para virus B en donantes de sangre en Coahuila es de 0.2 mediante ELISA tercera generación, con sensibilidad y especificidad de 90.9 y 99.99%. La vacuna tiene una eficacia de 95% en la prevención de la infección. Nuestro estudio denota su importancia en el aspecto preventivo.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 233

### Reporte de caso: Presentación atípica de adenoma hepático

Andy Gabriel Rivera-Flores, Yoali Velasco-Santiago, Raúl Aguilar-Moreno, Nerina Fernández-Hernández, Tania Godoy-Arista, María Auxiliadora Barragán-Valarezo, Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. andyrivera48@hotmail.com

**Antecedentes:** En pacientes con antecedente de uso de anticonceptivos orales (ACOS) por tiempo prolongado y esteroides anabólicos se reportan tumores hepáticos benignos infrecuentes, predominantes en mujeres (20 a 44 años), con mayor frecuencia en el lóbulo hepático derecho y solitarios (70-80%). Varían en tamaño desde 1 a 30 cm; el dolor abdominal se presenta en lesiones >30 cm y la principal complicación es la hemorragia.

**Objetivo:** Reportar un caso clínico de poca frecuencia y de presentación clínica inusual en nuestra población.

**Reporte de caso:** Masculino de 18 años con antecedentes de consumo de L-carnitina y proteínas 3 meses previos y uno a cinco episodios al año de saciedad precoz desde la infancia. Dolor abdominal de 1 día de evolución, progresivo, tipo punzante y cólico, de intensidad 5/10, irradiación en hemicinturón, náuseas y vómitos. P/A: 110/70 mmHg, FC: 102 lpm, FR: 22 rpm, T: 37.2 °C. Mucosas deshidratadas; campos pulmonares con disminución del murmullo vesicular y matidez a la percusión en los 1/3 inferiores; abdomen con peristalsis disminuida y doloroso a la palpación en epigastrio, masa palpable en hipocondrio derecho, de bordes lisos y definidos, 3 cm de diámetro aproximadamente, no dolorosa; circulación colateral y resto sin anomalías (Tabla 1).

Se tomó biopsia hepática guiada por TAC: adenoma hepatocelular. Fue referido a centro especializado en cirugía hepática donde se realizó hepatectomía parcial y actualmente evoluciona de modo favorable.

**Discusión:** El adenoma hepático es una patología infrecuente a nivel mundial y los reportes en México son pocos (8 casos en 10 años). La proporción de hombres: mujeres es de 1:11. No hay ningún caso documentado en el que la clínica y los laboratorios sugieran pancreatitis como en este caso.

**Conclusión:** En todo paciente joven con historia de uso de esteroides anabólicos o ACOS debe descartarse el adenoma hepatocelular aunque el paciente esté asintomático o con antecedente de dolor abdominal crónico debido al riesgo de rotura, crecimiento y malignidad. El pronóstico no está bien establecido. Su tratamiento depende de los síntomas, tamaño, número, localización, certeza en el diagnóstico y sobre todo de la experiencia de la institución.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 234

### Sarcoma retroperitoneal epitelióide con invasión a duodeno como causa rara de hemorragia digestiva alta

Jony Cerna-Cardona, Martín Antonio Manrique, Miguel Ángel Chávez-García, Nora Noemí Hernández-Velázquez, Teófilo Pérez-Corona, Ma. Guadalupe Martínez-Galindo, Ernesto Pérez-Valle, Darío Fernando Burbano-Luna, José Alberto Coronado-Terrazas, Yoeli Marisa Escandón-Espinoza. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. jonycerna\_80@hotmail.com

**Antecedentes:** El sarcoma epitelióide es una neoformación maligna mesenquimatososa, a menudo diagnosticada en etapas avanzadas, por lo que se asocia con un alto índice de recurrencia, metástasis y mortalidad. Es una condición extremadamente rara, con presentación agresiva y pronóstico malo a corto plazo.

**Objetivo:** Informar una causa rara de hemorragia digestiva alta secundaria a sarcoma retroperitoneal epitelióide con invasión a duodeno.

**Reporte de caso:** Masculino de 65 años de edad con historia de 45 días de evolución de presentar dolor abdominal en cuadrante superior derecho, acompañado de melena intermitente, compromiso del estado general y pérdida de peso no cuantificada. Al examen físico con palidez mucocutánea generalizada, masa en cuadrante superior derecho, de consistencia dura. Laboratorios con anemia microcítica hipocrómica y trombocitosis. Se realiza esofagogastroduodenoscopia que revela a nivel de pared posterior de bulbo duodenal solución de continuidad de aproximadamente 2 cm con comunicación

Tabla 1. (ID 233).

Estudios de laboratorio	Estudios de imagen
GB: 14,950 Neu: 11,700 Plts: 316,000	BUN: 18 mg/dL Cr: 1.04 mg/dL  Ultrasonido de hígado y vías biliares: Lóbulo hepático derecho con lesión de 17.4 × 16.3 × 12 cm, colección de 1701 cc, al Doppler vascularizado en periferia IDX: Posible neoplasia hepática  TAC abdominal: Hígado de 230 mm de longitud, parénquima heterogéneo con amplia necrosis central, componente sólido hipodenso de 50 UH en fase simple, 76 UH en arterial y 96 UH en portal; desplaza y comprime el parénquima adyacente y vasos hepáticos; dimensión 173 × 174 × 120 mm, interfase bien definida en lóbulo derecho, sin datos de dilatación intrahepática o extrahepática IDX: hepatoblastoma vs. carcinoma fibrolamelar
Hb: 16.5 g/dL HTC: 49% VCM: 92 ufl MCH: 33.3 ufl	TGO: 32U/L TGP: 17 U/L  BT: 1,5 mg/dL BD: 0.8 mg/dL  Amilasa: 1036 Lipasa: 1947
Na: 137 mmol/L K: 4.4 mmol/L P: 2.9 mmol/L Ca: 8.9 mmol/L	LDH: 282 U/L

hacia retroperitoneo, donde se evidencia lesión de aspecto lobulado, mucosa engrosada, irregular, con áreas cubiertas de fibrina, hematina y necrosis, friable a la toma de biopsias, elasticidad pérdida y consistencia aumentada. Tomografía abdominal muestra lesión retroperitoneal con invasión a duodeno, hígado, bazo y vasculatura mesentérica. Biopsias endoscópicas con múltiples mitosis, células pleomórficas gigantes y fusiformes, con positividad inmunohistoquímica para vimentina y citoqueratina, compatible con sarcoma epitelioide retroperitoneal. Se estadifica como estadio IV, se realiza cirugía derivativa paliativa (gastroyeyunoanastomosis). El paciente fallece 2 semanas después del diagnóstico

**Discusión:** Nuestro reporte de caso representa una causa extremadamente rara de hemorragia digestiva alta. Los tumores que afectan el duodeno son en su mayoría metastásicos o invasión por continuidad. El sarcoma retroperitoneal epitelioide se presenta generalmente con síntomas inespecíficos; para el diagnóstico se requieren estudios de extensión así como su confirmación histológica mediante inmunohistoquímica. El tratamiento casi siempre es paliativo, debido a que la mayoría de los pacientes presenta enfermedad en estadio IV.

**Conclusión:** Entre las causas inusuales de hemorragia digestiva alta debe considerarse el sarcoma epitelioide dentro de los diagnósticos diferenciales.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 235

### Aneurisma de arteria hepática derecha como causa infrecuente de hemobilia

Jony Cerna-Cardona, Martín Antonio Manrique, Miguel Ángel Chávez-García, Nora Noemí Hernández-Velázquez, Teófilo Pérez-Corona, Ma. Guadalupe Martínez-Galindo, Ernesto Pérez-Valle, Darío Fernando Burbano-Luna, Héctor Espino-Cortés, Alexander Eddo García-Romero. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. jonycerna\_80@hotmail.com.

**Antecedentes:** La hemobilia o hemorragia en el árbol biliar es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva alta, impredecible y potencialmente mortal. Es ocasionada por una comunicación anormal entre los vasos sanguíneos y los conductos biliares. Existen diversas etiologías que van desde trauma hepático, inflamatorias, malformaciones vasculares, posquirúrgicas y neoplásicas.

**Objetivo:** Informar un caso de hemobilia secundaria a aneurisma de la arteria hepática derecha.

**Reporte de caso:** Masculino de 46 años de edad con antecedente de diabetes mellitus. Acude por dolor abdominal en cuadrante superior derecho, hematemesis en dos ocasiones, melena, astenia, adinamia y anorexia. Al examen físico con palidez mucocutánea generalizada. Laboratorios con anemia microcítica hipocrómica, sin alteración de pruebas de función hepática. Ingresa con datos de inestabilidad hemodinámica; la esofagogastroduodenoscopia identifica hemorragia de segunda porción de duodeno a nivel de ampulla, confirmada por medio de duodenoscopia (hemobilia). Colangiografía endoscópica evidencia estenosis a nivel del conducto hepático común de aproximadamente 4 cm de longitud, probable etiología neoplásica, por lo que se coloca prótesis biliar tipo Ámsterdam 10 fr × 10cm. Se solicita angiogramografía para determinar etiología de la hemobilia, observándose probable aneurisma de arteria hepática derecha, confirmado mediante ultrasonido Doppler. El paciente fue sometido a arteriografía hepática y cateterización selectiva; se identificó pseudoaneurisma de la arteria hepática con fistula arterioiliar. Se realiza embolización con éxito con microbobinas y Gelfoam. Posterior a procedimiento paciente con mejoría clínica y se egresa 2 días después del mismo.

**Discusión:** El diagnóstico de las causas de hemobilia se basa en la historia clínica y los antecedentes del paciente, apoyados en estudios

paraclínicos como la endoscopia digestiva y la arteriografía selectiva. **Conclusión:** En más de 80% de los casos de hemobilia, el tratamiento de primera elección es la embolización por arteriografía y la cirugía es el último recurso terapéutico. La arteriografía con embolización transarterial es una de las mejores opciones disponibles para el diagnóstico y tratamiento; se trata de un método seguro, menos invasivo y eficaz.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 236

### Anormalidades histológicas en duodeno, yeyuno e íleon de pacientes con síndrome de intestino irritable

Shareni Gálvez-Ríos, Ana Delfina Cano-Contreras, Federico Roesch-Dietlen, Job Reyes-Huerta, Arturo Meixueiro-Daza, Peter Grube-Pagola, José María Remes-Troche. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver. México. jose.remes.troche@gmail.com.

**Antecedentes:** El síndrome de intestino irritable (SII) es una entidad patológica caracterizada por dolor abdominal relacionado con cambios en el hábito intestinal. La fisiopatología del SII es compleja y no se ha logrado identificar una etiología específica que explique uniformemente la amplia gama de síntomas de los diferentes grupos de pacientes que sufren esta enfermedad. La inflamación de bajo grado en la mucosa intestinal de pacientes con SII es uno de los mecanismos más estudiados en esta enfermedad, ya que se ha demostrado la existencia de un incremento de células inmunológicas en biopsias de dichos pacientes comparados con controles. Sin embargo, los resultados de diversos estudios han sido inconsistentes y variables y, en la gran mayoría, el análisis histopatológico ha sido de biopsias de colon o de partes proximales y/o distales de intestino delgado, sin abordar este último en su totalidad.

**Objetivo:** Identificar y comparar los hallazgos histológicos en duodeno, yeyuno e íleon de pacientes con SII e individuos sanos de muestras obtenidas mediante enteroscopia.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con SII de acuerdo con criterios de Roma III, así como a individuos sanos para grupo control. Previo consentimiento informado, se realizó enteroscopia de doble balón (Fujifilm de México) con sedación asistida, por medio de la cual se obtuvieron biopsias de cada uno de los siguientes segmentos: duodeno, yeyuno medio e íleon medio. De cada segmento se tomaron 4 biopsias, las cuales analizó de forma cegada un patólogo experto. La tinción utilizada fue hematoxilina-eosina. Se realizó un análisis comparativo entre pacientes y controles considerando la presencia de inflamación (duodenitis, yeyunitis o ileítis), así como conteo promedio por campo de linfocitos intraepiteliales y eosinófilos.

**Resultados:** Evaluamos a un total de 25 sujetos con SII, 80% mujeres (n=20), y una edad promedio de 34.2 años (rango 18-45); y 12 controles, de los cuales 83.3% fueron mujeres (n=10), y la edad promedio fue de 31.2 años (rango 18-34). Los subtipos de SII fueron distribuidos de la siguiente manera: 10 SII-M, 10 SII-E y 5 SII-D. Los hallazgos encontrados durante el análisis histopatológico se resumen en la **Tabla 1**.

**Conclusión:** Se determinó la presencia de inflamación de bajo grado en duodeno, yeyuno e íleon de pacientes con SII en comparación con individuos sanos (p<0.05). Se identificó una mayor cantidad de linfocitos y eosinófilos en la mucosa de los diferentes segmentos de intestino delgado de pacientes con SII, al comparar con controles sanos. Este estudio es el primero en utilizar la técnica de enteroscopia de doble balón para evaluar la inflamación en pacientes con SII. Se están realizando nuevos estudios utilizando técnicas de inmunohistoquímica.

**Patrocinio:** Este trabajo no requirió patrocinio.

Tabla 1. (ID 236).

	Pacientes SII (n=25)	Controles (n=12)	p=
Duodenitis (%)	50%	16%	0.001
Yeyunitis (%)	40%	8%	0.02
Ileitis (%)	40%	0%	0.001
Promedio de eosinófilos (rango)	9.3 (0-22)	3 (0-6)	0.001
Duodeno	5.5 (3-9)	2 (0-3)	0.001
Yeyuno	6.6 (0-9)	2 (0-3)	0.001
Íleon			
Promedio de linfocitos (rango)	13.4 (6-23)	7 (8-11)	0.02
Duodeno	15 (0-45)	6 (0-12)	0.001
Yeyuno	14.8 (6-40)	7 (0-9)	0.001
Íleon			

## ID 238

### La percepción del estrés, la catastrofización y la ansiedad previo a la realización de manometría esofágica. Un estudio comparativo entre pacientes con ERGE erosiva, esófago hipersensible y pirosis funcional

Xaira Jimena Rivera-Gutiérrez, Paulo César Gómez-Castaños, Gabriela Rojas-Loureiro, Fausto Daniel García-García, Pamela Asse-neth Enriquez-Covarrubias, David Alfonso-Ramos, Shareni Gálvez-Ríos, Arturo Martínez-Conejo, Job Reyes-Huerta, José María Remes-Troche. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver. México. jose.remes.troche@gmail.com

**Antecedentes:** Las alteraciones psicológicas son un componente importante de los trastornos funcionales digestivos. El estrés psicológico y la percepción exagerada de estímulos fisiológicos tales como los eventos de reflujo juegan un papel fundamental en el dolor funcional esofágico, la pirosis funcional (PF) y la hipersensibilidad esofágica (HE). En la evaluación de los pacientes con PF e HE es fundamental la realización de pruebas invasivas como la manometría esofágica (ME) y la pHmetría ambulatoria de 24 horas (pH-24h) para descartar la presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La invasividad de estas pruebas puede incrementar la ansiedad, estrés y catastrofización en los pacientes.

Tabla 1. (ID 238).

	ERGE IIM-pH (+) ERNE	ERGEpH (-) síntomas (+) Hipersensibilidad	ERGE pH (-) síntomas (-) Pirosis funcional	Valor de p=
Género (M/F)	(8/37)	(6/13)	(0/12)	0.08
Edad	46 ± 15	47 ± 9	41 ± 15	0.451
Puntaje Ansiedad (HAD)	9.7 ± 4.1	9.7 ± 14.1	12 ± 3.9*	0.2
Puntaje Depresión (HAD)	6 ± 3.1	6.5 ± 4.6	10.3 ± 2.2*	0.001
Puntaje PSS-14	18.7 ± 10	25.5 ± 10	26 ± 11*	0.035
Puntaje PCS	17 ± 13	19 ± 15	33 ± 23*	0.018

\*p&lt;0.05

**Objetivo:** Evaluar la percepción del estrés, catastrofización, ansiedad y depresión en pacientes que van a ser sometidos a manometría esofágica por presencia de síntomas esofágicos.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo en pacientes que acudieron de forma consecutiva a nuestra institución para la realización de pruebas diagnósticas por la presencia de síntomas de ERGE. Previo a llevar a cabo las pruebas diagnósticas los pacientes contestaron los siguientes cuestionarios: 1) Hospital Anxiety and Depression (HAD) (punto de corte >7), Perception Stress Scale (PSS-14) (a mayor puntaje mayor percepción de estrés) y Pain Catastrophizing Scale (PCS) (punto de corte >20). Posteriormente los sujetos se sometieron a ME de alta resolución con una sonda de 32 sensores de presión (Mano Scan-Z, Sierra Scientific) y se llevó a cabo el protocolo de Chicago. Después a todos los sujetos se les realizó pHmetría ambulatoria con impedancia (IIM-pH) de 24 horas. Los pacientes se clasificaron en 3 grupos: 1) ERGE con exposición anormal al ácido (pH+) (% tiempo pH < 4 > 4.2%), 2) ERGE con exposición normal al ácido (pH-) (% tiempo pH < 4 < 4.2%) y asociación de síntomas positiva (hipersensibilidad esofágica) y 3) ERGE con exposición normal al ácido (pH-) (% tiempo pH < 4 < 4.2%) y asociación de síntomas negativa (pirosis funcional). Se obtuvieron las características demográficas y se realizó estadística comparativa y correlaciones.

**Resultados:** Se incluyeron 76 pacientes, 62 mujeres y 14 hombres, con una edad promedio de 47 ± 13 años. De acuerdo con su evaluación, hubo 45 pacientes en el grupo 1, 19 en el grupo 2 y 12 en el grupo 3. Treinta y cuatro sujetos tuvieron depresión (28% en el grupo 1, 47% en el grupo 2 y 100% en el grupo 3; p=0.001) y 53 ansiedad (62% en el grupo 1, 68% en el grupo 2 y 100% en el grupo 3, p=0.04). No hubo diferencia en el porcentaje de sujetos que tuvieron positiva la PCS para catastrofización (42% en el grupo 1, 47% en el grupo 2 y 67% en el grupo 3; p=0.375) (Tabla 1 y 2).

Tabla 2. (ID 238).

	Pacientes SII (n=25)	Controles (n=12)	p=
Duodenitis (%)	50%	16%	0.001
Yeyunitis (%)	40%	8%	0.02
Ileitis (%)	40%	0%	0.001
Promedio de eosinófilos (rango)			
Duodeno	9.3 (0-22)	3 (0-6)	0.001
Yeyuno	5.5 (3-9)	2 (0-3)	0.001
Íleon	6.6 (0-9)	2 (0-3)	0.001
Promedio de linfocitos (rango)			
Duodeno	13.4 (6-23)	7 (8-11)	0.02
Yeyuno	15 (0-45)	6 (0-12)	0.001
Íleon	14.8 (6-40)	7 (0-9)	0.001

**Conclusión:** El perfil psicológico del paciente con pirosis funcional previo a la realización de estudios fisiológicos incluye mayor probabilidad de depresión, percepción del estrés y catastrofización al dolor. El no encontrar diferencias en la PCS entre los 3 grupos puede explicarse por la invasividad de las pruebas a los que se someten estos pacientes. Conocer el perfil psicológico de estos sujetos puede ayudar a la realización y tolerabilidad de las pruebas.

**Patrocinio:** El presente trabajo no obtuvo patrocinio.

## ID 239

### La impedancia basal de la unión esofagogástrica (UEG) medida durante manometría esofágica de alta resolución con impedancia es útil para diferenciar a los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)

Blanca J. Franquez-Flores, Fausto Daniel García-García, Gabriela Rojas-Loureiro, Xaira Jimena Rivera-Gutiérrez, Pamela Asseneth Enríquez-Covarrubias, Job Reyes-Huerta, José María Remes-Troche. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver. México. jose.remes.troche@gmail.com

**Antecedentes:** Recientemente se ha descrito que la medición de la impedancia intraluminal puede ser útil para evaluar la integridad de la mucosa esofágica y así considerarse como un marcador de resistencia tisular. Además, los niveles bajos de impedancia en el tercio distal del esófago se correlacionan con un aumento de los espacios intercelulares. Los estudios previos han medido la impedancia basal intraluminal utilizando los catéteres de pH-impedancia durante el monitoreo rutinario de 24 horas. La manometría esofágica de alta resolución con impedanciometría (MAR-Z) es una prueba que se utiliza para evaluar el aclaramiento esofágico en los pacientes con disfagia. Resulta interesante que con esta misma técnica también se puede determinar la impedancia basal (medida previo al inicio del estudio de las degluciones). Hasta el momento no existen reportes acerca de la determinación de los niveles basales de impedancia mediante MAR-Z en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y, aún más, nunca se ha determinado la impedancia basal de la UEG.

**Objetivo:** Evaluar los valores de impedancia basal a nivel de la UEG y el tercio distal del esófago mediante la técnica de MAR-Z en pacientes con diferentes variantes de la ERGE y un grupo control.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo en pacientes que acudieron de forma consecutiva a nuestra institución para la evaluación de síntomas de ERGE y un grupo de controles sanos (históricos). A todos los sujetos se les realizó manometría esofágica de alta resolución con impedanciometría con una sonda de 32 sensores de presión y 18 de impedancia (Mano Scan-Z, Sierra Scientific) y se llevó a cabo el protocolo de Chicago. La impedancia basal se midió en los canales Z1 (borde inferior de la UEG), Z2 (borde superior de la UEG), Z3, Z4 y Z5 (esófago distal) obteniendo el promedio medido en una ventana de 15 segundos, previo al inicio del protocolo de Chicago. Posteriormente a todos los sujetos se les realizó pHmetría ambulatoria con impedancia (IIM-pH) de 24 horas. Los pacientes se clasificaron en: 1) ERGE con exposición anormal al ácido (pH+) (% tiempo pH <4 >4.2%), 2) ERGE con exposición normal al ácido (pH-) (% tiempo pH <4 <4.2%) y 3) grupo control (asintomáticos y con % tiempo pH <4 <4.2%). Se obtuvieron las características demográficas y se realizó estadística comparativa y correlaciones.

**Resultados:** Se incluyeron 44 pacientes con ERGE (22 con pH + y 22 con pH -) y 22 controles. Las características sociodemográficas se muestran en la Tabla 1. Los pacientes con ERGE y pH + tuvieron significativamente menores valores de impedancia basal a nivel de la UEG y en el tercio distal del esófago que los pacientes con pH - y

los controles. La correlación entre el % de pH <4 y la impedancia basal a nivel de Z1 y Z2 fue de -0.461 (p<0.001) y de -0.538 (p<0.001) respectivamente.

**Conclusión:** La medición de la impedancia basal puede realizarse de forma sencilla durante un estudio de MAR-Z. Con esta técnica demostramos que la exposición esofágica anormal al ácido se correlaciona negativamente con los niveles de impedancia basal a nivel de la UEG y tercio distal del esófago. Los niveles bajos de impedancia basal denotan la presencia de una disminución de la resistencia tisular.

**Patrocinio:** El presente trabajo no fue patrocinado.

Tabla 1. (ID 239).

	ERGE IIM-pH (+)	ERGE IIM-pH (-)	Controles
Género (M/F)	(9/13)	(7/15)	(9/13)
Edad	42 ± 13	38.7 ± 14	45 ± 15
% de pH <4	13.9 ± 5.16	1.2 ± 1.16	1.2 ± 1.4
Impedancia basal (W)			
Z1 (borde inferior UEG)	386 ± 147*	741 ± 120	960 ± 166
Z2 (borde superior UEG)	816 ± 143 *	1506 ± 219	1743 ± 212
Z3 (tercio distal)	1210 ± 148*	2098 ± 205	2335 ± 404
Z4 (tercio distal)	1512 ± 120*	2163 ± 244	2795 ± 446
Z5 (tercio distal)	2036 ± 303	2671 ± 392	3351 ± 472

\*p<0.05

## ID 242

### Respuesta a la aplicación intrapilórica de toxina botulínica A por vía endoscópica en pacientes pediátricos con gastroparesia. Estudio de serie de casos

Yunuen Rivera-Suazo, Sean Alex Trauernicht-Mendieta, América Lilitiana Miranda-Lora, Israel Argüello-Calderón. Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Ciudad de México. México. rivera.suazo@outlook.com

**Antecedentes:** La gastroparesia se define como el retraso en el vaciamiento gástrico en ausencia de una obstrucción anatómica. El tratamiento de la gastroparesia se considera un reto terapéutico debido a que las opciones de tratamiento con agentes procinéticos resultan limitadas en su efectividad, además de que el desarrollo de taquifilaxia restringe su uso a largo plazo. Por lo anterior, se han buscado otras alternativas entre las que se encuentra la aplicación intrapilórica de toxina botulínica A por vía endoscópica, cuyo efecto radica en acelerar el vaciamiento gástrico, lo que se traduce en una mejoría de los signos y síntomas.

**Objetivo:** Evaluar la respuesta a la aplicación intrapilórica de toxina botulínica A por vía endoscópica en pacientes pediátricos con gastroparesia refractaria a tratamiento farmacológico.

**Reporte de caso:** Se trata de un estudio de serie de casos en el que se describe la evolución clínica de 4 pacientes con antecedente de gastroparesia refractaria a tratamiento, a quienes se les aplicó toxina botulínica A intrapilórica por vía endoscópica con un seguimiento a 6 meses. En 2 de los pacientes analizados se logró la remisión total de los síntomas a los 6 meses de la aplicación. Uno de los pacientes presentó mejoría parcial, por lo que requirió una segunda aplicación a los 6 meses, con lo que logró una remisión completa. El cuarto paciente presentó mejoría a los 6 meses; sin embargo, persiste con la sintomatología, continúa recibiendo procinéticos y se está considerando una segunda aplicación.

**Tabla 1.** Características clínicas de los pacientes (0, 3 y 6 meses). (ID 242).

Caso	Sexo	Edad (años)	% Vaciamiento residual en gammagrama	Índice de síntomas basal	Índice de síntomas a 3 meses	Índice de síntomas a 6 meses	IMC basal kg/m <sup>2</sup> (p)	IMC a 3 meses (p)	IMC a 6 meses (p)	Medicamentos previos a la aplicación	Medicamentos a 6 meses
1	M	4 6/12	17% (4 h)	9	2	0	13.1 (<p3)	12.5 (<p3)	12.6 (<p3)	CPH	CPH
2	F	5 9/12	15% (4 h)	12	0	0	13.7 (<p3)	13 (<p3)	13.5 (p5-10)	MTC, SCR	CPH
3	M	8/12	38% (4 h)	15	15	12	14.3 (<p3)	17.1 (p50-85)	16.6 (p50)	CPH, CSP, ESM	CSP, ESM
4 (1ª dosis)	M	1 4/12	97% (1 h)	20	15	15	15.1 (p15)	15.9 (p50)	16.4 (p50-85)	CPH, CSP, ESM	CPH, CSP, ESM
4 (2ª dosis)	M	1 10/12	-	15	0	0	16.4 (p50-85)	14.6 (p3-15)	15.2 (p15-50)	CPH, CSP, ESM	Ninguno

M: masculino, F: femenino, IMC: índice de masa corporal, p: percentila, CPH: ciproheptadina, MTC: metoclopramida, ESM: esomeprazol, CSP: cisaprida, SCR: sucralfato.

**Discusión:** El uso de toxina botulínica A se ha propuesto como una alternativa terapéutica. Hasta nuestro conocimiento, éste es el primer reporte del uso de toxina botulínica A para el tratamiento de gastroparesia en la etapa de lactantes y preescolares, sin identificarse efectos secundarios. Aunque no existió mejoría significativa del estado nutricional, el índice de síntomas disminuyó considerablemente, con lo que se espera mejore la calidad de vida de los pacientes. Si bien la aplicación de la toxina botulínica A requiere sedación para el procedimiento anestésico, resulta una opción menos invasiva que el tratamiento quirúrgico en pacientes refractarios al manejo farmacológico.

**Conclusión:** La aplicación intrapilórica de toxina botulínica A por vía endoscópica es una técnica relativamente sencilla y podría ser una alternativa de tratamiento para pacientes con gastroparesia refractaria. Sin embargo, se requieren ensayos clínicos aleatorizados que permitan evaluar su eficacia.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 243

### La determinación de hidrógeno espirado en el aliento (H<sub>2</sub>) en ayuno puede ser útil para evaluar la calidad de la preparación colónica

Xaira Jimena Rivera-Gutiérrez, Ricardo Alberto Delgado-Menabrito, Paulo César Gómez-Castaños, Orestes de Jesús Cobos-Quevedo, Yolpsi de Jesús Sánchez-Maza, Job Reyes-Huerta, Federico Roesch-Dietlen, Arturo Meixuerio-Daza, José María-Remes Troche. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver. México. jose.remes.troche@gmail.com

**Antecedentes:** Una adecuada preparación colónica es fundamental para que la visualización del colon sea apropiada durante una colonoscopia. Una preparación inadecuada disminuye la tasa de detección de pólipos, es responsable de hasta un tercio de todas las colonoscopias incompletas e impide hasta un 10% de las exploraciones. Además, la calidad de la preparación tiene repercusiones económicas ya que se ha estimado que una preparación inadecuada incrementa el costo de la colonoscopia en 12% a 22%, atribuible al aumento de la duración del procedimiento y a la

necesidad de repetir la exploración o de acortar el tiempo de vigilancia. En la actualidad no existen muchas pruebas que permitan determinar la calidad de la preparación colónica previo a la realización de una colonoscopia. Los niveles basales de hidrógeno espirado (H<sub>2</sub>) se consideran un subrogado de la presencia de bacterias anaerobias colónicas, por lo que pudieran funcionar como un indicador de preparación colónica.

**Objetivo:** Evaluar si los niveles basales de H<sub>2</sub> espirado en ayuno se correlacionan con la calidad de la preparación colónica en pacientes que son sometidos a colonoscopia.

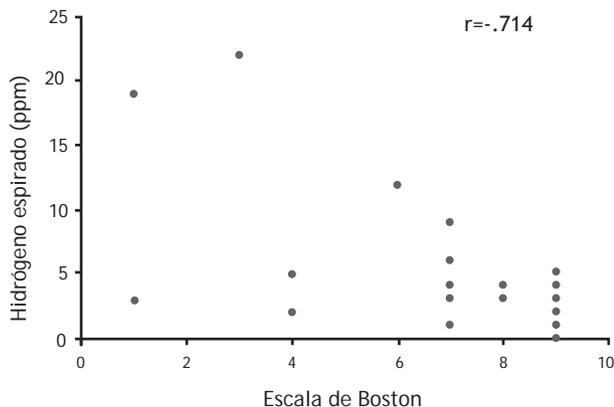
**Material y métodos:** Estudio transversal y prolectivo en el que se evaluó a sujetos que de manera consecutiva acudieron a nuestro departamento de endoscopia para la realización de colonoscopia. Los sujetos fueron preparados de forma aleatoria con 3 esquemas diferentes: 1) picosulfato de Na, óxido de Mg y ácido cítrico (Pricopep®), 2) fosfato de Na (Fleet Fosfosoda®) y 3) polietilenglicol (Nulytely®). La preparación fue estándar de acuerdo con las indicaciones habituales y a todos se les recomendó la misma dieta. Previo ayuno de 12 horas, se les aplicó un cuestionario de síntomas y siguiendo un protocolo previamente establecido se les realizó una medición basal de H<sub>2</sub> espirado utilizando el equipo Gastrolyzer® (BedfontScientific LTD, UK). Posteriormente, 3 endoscopistas cegados (AMD, PCGM y JMRT) evaluaron la calidad de la preparación colónica de acuerdo con la escala de Boston (puntajes de 0 a 9; >6 adecuada preparación). Se realizó un análisis comparativo de las variables evaluadas entre todos los grupos y además se calculó el coeficiente de correlación entre los niveles de H<sub>2</sub> espirado y el puntaje en la escala de Boston.

**Resultados:** Se incluyeron 75 pacientes (48 mujeres, 27 hombres) con una edad promedio de 60 ± 12 años (rango 18 a 79). Veinte pacientes (27%) recibieron el esquema de preparación 1, 35 (46%) el esquema de preparación 2 y 20 (27%) el esquema de preparación 3. Se consideró que había una adecuada preparación colónica en 88% (n=66) de los casos. De los 9 casos (n=12%) con mala preparación 6 recibieron el esquema de preparación 3 y 3 el esquema de preparación 2 (p=0.006). No hubo diferencias en cuanto al género (p=0.26) y la edad (p=0.95) entre los pacientes con adecuada e inadecuada preparación. Los pacientes con adecuada preparación tuvieron un promedio de H<sub>2</sub> basal de 2.5 ± 1.4 ppm comparado con los pacientes con inadecuada preparación, que tuvieron un promedio de 11.7 ± 8.8 (p=0.001). La correlación entre los niveles de H<sub>2</sub> espirado y la escala de Boston fue de r = -.714, p=0.001 (Figura 1).

**Conclusión:** La presencia de niveles basales más elevados de H2 espirado se correlacionó con un menor puntaje en la calidad de la preparación colónica. La realización de una prueba de aliento previo a la de una colonoscopia puede ser una herramienta muy útil para predecir el grado de preparación colónica.

**Patrocinio:** El presente estudio no obtuvo patrocinio alguno.

Figura 1. (ID 243).



## ID 244

### Programa de rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal

Benjamín Gallo-Arriaga, José Bernardo Andrade-Aguilar, Benjamín Gallo-Chico, Carlos Hidalgo-Valadez, J. Jesús Ibarra-Rodríguez, Carol Rodríguez-Fitz. Hospital General de León, Hospital Ángeles León. León, Gto. México. benjagallo@hotmail.com

**Antecedentes:** La cirugía de colon usualmente se asocia con una hospitalización posoperatoria de 6 a 10 días y se ha manejado a través de los años con ayuno por 4 a 6 días con el propósito de "cuidar la anastomosis"; además se ha manejado de manera indiscriminada el uso de drenajes y sondas para monitorizar al paciente. Estas acciones han ocasionado que los pacientes con cirugía colorrectal se recuperen lentamente y permanezcan días innecesarios en el hospital.

**Objetivo:** La rehabilitación multimodal o *fast-track* se define como un conjunto de cuidados operatorios orientados a disminuir la respuesta fisiológica al estrés y trauma quirúrgico con el fin de mejorar la recuperación del paciente. Con este manejo se ha demostrado una reducción de la morbilidad y de las estancias hospitalarias posterior a la cirugía colorrectal.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo. Pacientes de ambos sexos, de edad mayor a 18 años y que ameritaron exclusivamente cirugía colorrectal electiva. La técnica manual de anastomosis se realizó en 16 pacientes (53%) y mecánica en 14 (47%). Por la noche del día de la cirugía se inició con dieta líquida alta en carbohidratos. Al día siguiente se inició con la dieta normal, deambulación y se retiró la sonda Foley transuretral. En el segundo día posquirúrgico, se propuso el alta a los pacientes con medidas específicas y bien detalladas. Se dio seguimiento en la consulta externa a cada caso hasta 3 meses después de su intervención quirúrgica.

**Resultados:** Se admitieron 30 pacientes en este estudio: 21 hombres (70%) y 9 mujeres (30%). Dos pacientes (6.6%) presentaron dehiscencia de anastomosis y 2 (6.6%) infección de herida quirúrgica. El promedio global de la estancia hospitalaria fue de 3.6 días (extremos 2 y 12 días), con una desviación estándar de 2.2 días.

**Conclusión:** La rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal o *fast-track* tiene un bajo índice de complicaciones menores y reintervenciones quirúrgicas, con una estancia hospitalaria corta en la

mayoría de los casos. No aumenta el índice de dehiscencias de anastomosis y en nuestra serie disminuyó el porcentaje de infecciones del sitio quirúrgico.

**Patrocinio:** Este trabajo no ha recibido patrocinio total o parcialmente.

## ID 245

### Hepatitis autoinmune en pediatría: Reporte de 50 casos pediátricos en un centro de tercer nivel de atención

Ana Carolina Ogaz-Campos, Nallely Córdoba-Morales, Jorge Miguel Caro-Samaniego, Sindy Ledesma-Ramírez, Judith Flores-Calderón. UMAE Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund", CMN Siglo XXI, IMSS. Ciudad de México. México. anna\_caro21@hotmail.com.

**Antecedentes:** La hepatitis autoinmune (HAI) puede ser particularmente agresiva e inducir daño hepático si no es tratada a tiempo; la terapia inmunosupresora lleva a remisión a más de 80% de pacientes y mejora la calidad de vida.

**Objetivo:** Conocer la presentación clínica y la respuesta a tratamiento en niños con HAI.

**Material y métodos:** Estudio transversal, retrospectivo. Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de HAI en los últimos 10 años y con 1 año de seguimiento; se determinó presentación clínica, tratamiento y respuesta al mismo.

**Resultados:** Se incluyeron 50 casos, 72% (36/50) del sexo femenino y 28% (14/50) masculino, con edad promedio de  $7.5 \pm 3.8$  años. La presentación fue de hepatitis crónica en 58% (29/50), falla hepática aguda 28% (14/50) y hepatitis aguda 14% (7/50). Se identificó HAI tipo 1 en 76% y HAI tipo 2 en 24%. La biopsia mostró actividad moderada-severa en 54%, en 34% se identificó cirrosis al diagnóstico. Tuvieron comorbilidades 38% de casos, asociadas con patología autoinmune 12% (6/50). El tratamiento inicial fue PDN en todos y se agregó AZT por respuesta parcial en 88%. Requirieron PDN de mantenimiento a dosis bajas 89%. Tuvieron remisión completa 24% (6/50). Falleció un total 6% (3/50) (Tabla 1).

**Conclusión:** En esta serie, la presentación fue silenciosa en más de la mitad de los casos y una tercera parte presentó cirrosis al diagnóstico. El tratamiento controló la enfermedad en 89% de los casos; sin embargo, a 1 año necesitan tratamiento de mantenimiento. Se requiere un alto grado de sospecha para el diagnóstico y tratamiento oportuno a fin de evitar la progresión.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 246

### Frecuencia de trastornos motores esofágicos en pacientes con cirugía antirreflujo

Yoeli Marisa Escandón-Espinoza, Nuria Pérez-y López, Luz Adriana López-Luria, Edgar Torres-López, Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. yoelimarisa@hotmail.com

**Antecedentes:** Los trastornos motores esofágicos aún plantean múltiples confusiones, dudas y controversias. La manometría esofágica (ME) se utiliza para cuantificar la actividad contráctil del cuerpo esofágico y de los esfínteres durante la deglución, y constituye la técnica de elección para establecer el diagnóstico de trastornos motores esofágicos primarios (TMEP). La cirugía antirreflujo tiene el objetivo de resolver síntomas esofágicos como pirosis, regurgitación, disfagia y dolor torácico.

Tabla 1. Respuesta a tratamiento en 50 niños con HAI. (ID 245).

	HAI 1 n=38 (%)	HAI 2 n=12 (%)	Total n=50 (%)
Prednisona inicio	38 (100)	12(100)	50 (100)
PDN + azatioprina	34 (89)	10 (83)	44 (88)
Dosis bajas PDN mantenimiento	30 (78)	10 (83)	40 (89)
Tx 2da elección*	7 (18)	2 (16)	9 (18)
Remisión completa	5 (10)	1 (2)	6 (24)

\*Micofenolato, ciclosporina, metotrexato, mercaptopurina

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de trastornos motores esofágicos en pacientes con cirugía antirreflujo con técnica de Nissen laparoscópico en el Hospital Juárez de México en el periodo comprendido de enero de 2014 a diciembre de 2015.

**Material y métodos:** Pacientes con cirugía antirreflujo con técnica de Nissen laparoscópico en el Hospital Juárez de México en el periodo comprendido de enero de 2014 a diciembre de 2015. Se excluyeron los que no se encuentren en seguimiento posquirúrgico, operados de alguna variante de cirugía antirreflujo o en los que se haya realizado cirugía convertida. El estudio es observacional, transversal, analítico y prospectivo. El análisis estadístico consistió en la descripción mediante porcentajes de las variables cualitativas y mediante el promedio, el mínimo y el máximo en las variables cuantitativas.

**Resultados:** En el estudio se incluyeron 30 pacientes, con predominio del género femenino (73%). La edad promedio fue 49.5 años (rango 33-68). El promedio de meses posfunduplicatura fue de 14.6. Los síntomas clínicos referidos fueron: pirosis en 9 pacientes (30%), regurgitación en 12 (40%), dolor torácico en 12 (40%), disfagia en 19 (63%), tos en 10 (33%) y globos en 9 (30%). Del total de pacientes sólo 2 (7%) con diagnóstico de asma bajo manejo médico. Longitud promedio del EEI: 3.3 cm (SD 1.095, IC 95% 0.39); longitud intraabdominal del EEI: 2.1 (SD 1.317, IC 95% 0.47); presión de la relajación integrada con promedio: 40.5 (SD 4.096, IC 96% 0.39); índice de contractilidad distal promedio: 1761.5 (SD 1318.4); ondas fallidas en promedio en 27.9% (SD 31.09) y ondas débiles en 11.6% (SD 12.58). En cuanto al tipo de unión gastroesofágica se identificó: tipo I en 17 pacientes (57%), tipo II en 7 (23%), tipo IIIA en 2 (7%) y el tipo IIIB en 2 (7%). De los pacientes con pirosis, el 10% persistía con hernia hiatal de 3 cm por este método diagnóstico. El trastorno motor más frecuente fue motilidad esofágica inefectiva (MEI) (27%).

**Conclusión:** La MEI es frecuente en pacientes posoperados de funduplicatura; el síntoma predominante fue pirosis y a pesar de la funduplicatura se encontró unión esofágica tipo III en un porcentaje importante de pacientes. Falta realizar más estudios prospectivos y comparativos.

**Patrocinio:** Este estudio no contó con patrocinio.

## ID 251

### Síndrome del ligamento arcuato medio como causa de dolor abdominal crónico en niños. Reporte de un caso

Jorge Miguel Caro-Samaniego, Nallely Córdoba-Morales, Gerardo Alejandro Izaguirre-Guajardo, Dora María Tapia-Monge, Judith Flores-Calderón, Carmen Licona-Islas, Miguel Ángel Paredes-Cuanalo. UMAE Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund", CMN Siglo XXI, IMSS. Ciudad de México. México. mikeegeorge45@gmail.com

**Antecedentes:** El síndrome del ligamento arcuato medio (SLAM), o síndrome de compresión del tronco celiaco, es causado por la compresión extrínseca de la emergencia del tronco celiaco por el

ligamento arcuato medio, bandas fibrosas prominentes y tejido ganglionar periaórtico. Es asintomático en muchas ocasiones, pero en un porcentaje menor puede presentarse como dolor abdominal posprandial náuseas, vómitos y pérdida de peso.

**Objetivo:** Comentar el abordaje en el paciente pediátrico con dolor abdominal crónico.

**Reporte de caso:** Femenino de 12 años de edad, con diagnóstico de epilepsia parcial compleja desde los 2 años de edad. Inicia dolor abdominal difuso intermitente sin interferir con actividad diaria ni alimentación desde la edad preescolar. A los 10 años de edad el dolor es más constante, se agrega anorexia y náusea; es tratada con omeprazol con mejoría parcial. Hacia los 12 años de edad el dolor abdominal se presenta posprandial y llega a ser intenso acompañado de hiporexia y pérdida importante de peso. Es evaluada por psiquiatría, se diagnostica trastorno del humor orgánico y se maneja con sertralina; se inicia estudio para descartar causas orgánicas. La endoscopia mostró gastritis y esofagitis leve, tránsito intestinal normal. En la angiogramografía se observó estenosis de un 50% del tronco celiaco y la arteriografía abdominal reveló compresión de éste por el ligamento arcuato medio. Se realizó su liberación por laparoscopia, presentando remisión del dolor abdominal, mejoría en la ingesta y ganancia ponderal.

**Discusión:** El SLAM es una patología poco conocida y es causa de dolor abdominal secundario a isquemia intermitente. El diagnóstico de sospecha no es fácil y muchos enfermos son diagnosticados con trastornos funcionales o enfermedades psiquiátricas; algunos son sometidos a múltiples exploraciones quirúrgicas. Los avances en las técnicas de imagen han permitido reconocer entidades no sospechadas; en la actualidad este síndrome de compresión vascular es más fácil de identificar. El conocimiento de esta entidad ante casos de dolor abdominal crónico sin causa evidente puede evitar el retraso diagnóstico y la consiguiente morbilidad.

**Conclusión:** Este caso correspondió a la presencia de dolor abdominal secundario a isquemia. La falta de irrigación intestinal por compresión del tronco celiaco es muy rara; sin embargo, ante la persistencia de dolor abdominal que da lugar a pérdida de peso deberá considerarse la posibilidad de isquemia intestinal.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 256

### Linfoma gástrico tipo MALT. Reporte de caso

Luz María Castro-Reyes, Alejandra Zárate-Osorno, Jesús Enrique Navarrete-Viveros, Pedro Brito-Lugo. Hospital Español de México. Ciudad de México. México. luzmagastro@gmail.com

**Antecedentes:** Los linfomas MALT son un subgrupo de neoplasias de bajo grado que representan entre 7% y 8% de todos los linfomas B; se originan en sitios extraganglionares y presentan características clínico-patológicas propias.

**Objetivo:** Reportar la presentación clínica, el protocolo de estudio y la revisión de la literatura.

**Reporte de caso:** Paciente femenino 53 años sin antecedentes personales patológicos. Inició padecimiento actual hace 3 meses con pérdida de peso de aproximadamente de 10 kilos; 3 días previos dolor opresivo en hemitórax izquierdo irradiado a dorso y cuello, acompañado de cansancio y dolor en miembros pélvicos. EF: TA 120/70 mmHg, FC 80 × min, FR 20 × min, T 36.0 °C, IMC:20 kg/m<sup>2</sup>. Neurológicamente íntegro, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen plano, blando, sin dolor a la palpación media y profunda, ruidos intestinales normales, timpánico a la percusión. Extremidades sin alteración. Estudios de laboratorio: Hb 13.8 g/dL, Hto 38.5%, plaquetas 389, leucocitos 5.7/μL; pruebas de función hepática, electrolitos séricos, química sanguínea y tiempos de coagulación normales. Se descarta problema cardiovascular, por lo que se realiza endoscopia: gastropatía generalizada. Biopsias: mucosa del antro gástrico con linfoma de la zona marginal del tejido linfoide asociado a mucosa, inmunofenotipo “b”, CD20 positivo, asociado con H. pylori (H.P.). Anticuerpos anti-H. pylori IG reactivo, IgM negativo. Se dio tratamiento para erradicación de H.P. Panendoscopia de control: gastritis crónica. Biopsias de cuerpo, fondo gástrico e incisura: mucosa gástrica oxíntica con cambios por uso crónico de inhibidores de la bomba de protones. Negativo a linfoma residual. Inmunohistoquímica: CD20+. Endoscopia de control (6 meses): gastropatía generalizada. Biopsia: negativa a linfoma residual, H.P. negativo.

**Discusión:** Los linfomas tipo MALT se presentan frecuentemente en mujeres de edad media de 65 años. El sitio más afectado es el estómago y se asocia con infección por H. pylori. No existe un marcador específico para el MALToma actualmente, pero las células tumorales son CD20+. Cuadro clínico: inespecífico (dispepsia, dolor abdominal, pérdida de peso, síntomas B raros). Diagnóstico: endoscopia con toma de biopsias; los hallazgos endoscópicos de linfoma MALT gástrico varían de gastritis a una o más úlceras. La terapia de erradicación es el tratamiento de primera línea para los pacientes H. pylori-positivos y consigue la regresión completa en 60% a 100% de los casos. El pronóstico es excelente, con tasas de 5 años de supervivencia global >90%.

**Conclusión:** Los pacientes con MALToma gástrico se presentan con síntomas no específicos. La endoscopia y la biopsia son el estándar de oro para el diagnóstico. Cuando se demuestra la asociación con H. pylori, su erradicación es la primera línea de tratamiento. La vigilancia endoscópica se recomienda en el seguimiento de pacientes con MALToma con el fin de detectar recaída.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 257

### Utilidad de la defeco-resonancia en el estudio de pacientes con estreñimiento crónico refractario a tratamiento médico convencional

David Garza-Brambila, Jaime Javier Cantú-Pompa, Carolina Parra-Cantú, Emmanuel Montes-Ledezma, Ignacio Cano-Muñoz, Luis Alonso

Morales-Garza, María Teresa Sánchez-Ávila. Hospital San José, Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey. Monterrey, N. L. México. davidbrambila@gmail.com

**Antecedentes:** Los trastornos del piso pélvico son un problema frecuente en adultos que impacta en su calidad de vida y los lleva a padecer estreñimiento y dolor crónico. La evolución de los estudios para evaluar la defecación de los pacientes nos ha llevado a contar con defecografía, manometría anorrectal, ultrasonido endoanal y defeco-resonancia (DR). No se ha establecido un consenso en cuanto a la utilidad de la DR en el abordaje de estreñimiento crónico. La DR, con una mayor definición gráfica, provee información anatómica que nos auxilia en el diagnóstico etiológico en pacientes cuyo diagnóstico no es del todo claro por abordaje convencional.

**Objetivo:** Reportar que la DR es útil para observar hallazgos anatómicos que faciliten el diagnóstico en pacientes con estreñimiento crónico y proctalgia persistente que han sido estudiados con defecografía, manometría anorrectal y han recibido tratamiento médico convencional sin respuesta adecuada.

**Reporte de casos:** Se revisaron 6 expedientes de pacientes adultos, 5 femeninos y 1 masculino, con edad media de 46.16 años, DS ± 8.071. Todos con estreñimiento crónico y esfuerzo defecatorio, que se acompañaba de proctalgia. Los 6 fueron sometidos a manometría anorrectal en la que se encontró trastorno de sensibilidad rectal y disineria del piso pélvico. Se les realizó defecografía de acuerdo con la técnica del doctor Carrillo en “Defecografía: revisión y experiencia en el Hospital San José, Tec de Monterrey”. Las variables estudiadas fueron ángulos anorrectales, presencia de rectocele, dificultad para la apertura del canal anal y descenso de la unión anorrectal por debajo de la línea pubococcígea. Los pacientes recibieron tratamiento con laxantes osmóticos, lo que mejoró la frecuencia de evacuaciones pero el tenesmo y el dolor rectal persistieron. Posteriormente recibieron reeducación anorrectal que mejoró la sensibilidad y la disineria del piso pélvico. A pesar de continuar tratamiento médico y ejercicios en casa, el dato pivote de proctalgia se mantuvo, por lo que se decidió realizar DR en busca de otra etiología que explicara los síntomas. La DR se realizó según la técnica de Siemens e Iselin, NJ, con enfoque principal en la secuencia de T2-fast-spin echo a medio Fourier; se evaluaron las mismas variables que en las defecografías (Tabla 1).

**Discusión:** Se encontró descenso del piso pélvico (por debajo de línea pubococcígea) normal en los 6 casos. La mitad de nuestros pacientes tenía un vaciamiento anormal; dificultad para la apertura del canal anal en todos. Solamente el varón logró una apertura adecuada del ángulo anorrectal durante la defecación, 2 de los pacientes presentaron un rectocele anterior >2.5 cm y en 2 encontramos abscesos: uno de ellos en los pilares del músculo puborrectal izquierdo y otro en esfínter externo derecho. En 3 de los pacientes había fibrosis, en 2 en esfínter externo y en otro en el músculo puborrectal. En 2 de ellos se describió la presencia de hipomotilidad del recto (disminución de ondas de contracción).

Tabla 1. (ID 257).

P	Descenso piso pélvico (<7.5 cm)	Vaciamiento (N: >80%)	Apertura del canal anal (N: >125)	Resultados				
				Ángulo defecación (N: >125)	Rectocele anterior (<2.5cm)	Absceso	Fibrosis	Hipomotilidad
1 (F)	6 cm	65%	6 mm	99	3 cm	2 cm	Si	No
2 (F)	4.7 cm	40%	4mm	116.6	0.75 cm	2 cm	Si	Si
3 (F)	1.1 cm	80%	8.8 mm	102.8	1.5 cm	No	No	No
4 (F)	2.7 cm	75%	7mm	107.8	2 cm	No	No	Si
5 (F)	3.2 cm	80%	7.9mm	102.4	2.6 cm	No	No	No
6 (M)	3.1 cm	90%	3.6 mm	144.4	0	No	Si	No

**Conclusión:** La utilidad central de las DR en estos casos radica en que su mayor visualización anatómica permite describir la presencia de abscesos, fibrosis e hipomotilidad, que pudieran explicar las causas de estreñimiento de difícil control y posiblemente tener un impacto favorable en el tratamiento.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 260

### Fibrosis retroperitoneal idiopática y asociada a IgG4. Características clínicas y de imagen; respuesta al tratamiento con esteroides y tamoxifeno

Mario Peláez-Luna, Andrea Soriano-Ríos, Humberto Paredes-Martínez de Arredondo, David Gómez-Ortiz, Jorge Hernández-Calleros, Luis Uscanga-Domínguez. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. mariopl@prodigy.net.mx

**Antecedentes:** La fibrosis retroperitoneal (FR) es una entidad poco frecuente, caracterizada por la aparición de tejido fibroinflamatorio en retroperitoneo. La FR puede afectar estructuras como uréteres y vasos sanguíneos. Las manifestaciones clínicas son diversas e incluyen hidronefrosis, dolor abdominal o lumbar inespecíficos. Puede presentarse de forma aislada o asociada a enfermedad por IgG4. El diagnóstico se realiza con base en sospecha clínica y hallazgos histopatológicos y de imagen. El tratamiento con esteroides es altamente efectivo, aunque la tasa de recaídas al suspenderlo es elevada (>50%). El tamoxifeno es una alternativa como tratamiento inicial y de mantenimiento; sin embargo, existe escasa información.

**Objetivo:** Describir las características clínicas e imagenológicas, y evaluar la respuesta al tratamiento con esteroides solos o en combinación con tamoxifeno.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva, observacional. Pacientes con diagnóstico de FR en nuestra institución en el periodo 2005-2016. El diagnóstico se realizó con base en imagen e histología en todos los casos. Se recolectó información demográfica, clínica, de imagen, tipo de tratamiento al momento del diagnóstico y última visita de seguimiento. Mejoría clínica y/o de imagen se definieron como desaparición (completa) o disminución (parcial) de los síntomas de inicio o disminución o desaparición de las anomalías de imagen. El análisis con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, mediana y desviación estándar.

**Resultados:** Se incluyeron 8 pacientes con FR, 3 mujeres; la mediana de edad al diagnóstico fue 51 años (intervalo 19-62) con mediana de seguimiento de 18 meses (intervalo 6-72). Las manifestaciones clínicas (algunos casos tuvieron más de un síntoma) fueron: pérdida de peso 6 casos, dolor abdominal inespecífico 5, diarrea 1, suboclusión intestinal recurrente 1, masa abdominal 1 y lumbalgia 1. Se identificaron los siguientes factores de riesgo: tabaquismo 6 casos, alcoholismo 4, enfermedad asociada a IgG4 3 y medicamentos 1. En 7 casos se inició prednisona (PDN) durante 8-12 semanas. Al seguimiento, 3 presentaron respuesta parcial clínica y por imagen (todos asociados a enfermedad por IgG4) y continúan con PDN; los 4 restantes no tuvieron respuesta a PDN y se agregó tamoxifeno. Al seguimiento, 2 presentaron respuesta clínica parcial y por imagen, 1 sólo respuesta clínica y 1 aún no regresa a seguimiento. No se han reportado efectos adversos asociados con el tratamiento.

**Conclusión:** La FR fue más común en hombres, sin un grupo de edad específico. Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal y pérdida de peso. Cuando la FR se asocia a enfermedad por IgG4, la monoterapia con PDN es efectiva; sin embargo, aquellos casos no

asociados a IgG4 pueden beneficiarse de terapia combinada con tamoxifeno.

**Patrocinio:** No se recibieron patrocinios para la realización de este estudio.

## ID 269

### Los pacientes con síndrome de intestino irritable (SII)-Roma III en México reportan mayor frecuencia de consumo de cereales libres de gluten en comparación con controles sin SII

Max Schmulson, Ayatyuen Medina, Karolina Álvarez-Altamirano, Lizeth Sonia Sansón-Riofrío, Anahí González-Huitrón, Vanessa Fuchs-Tarlovsy, el Consorcio Mexicano para el Estudio del Microbioma-UNAM. Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM)-Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Hospital General de México. Ciudad de México. México. maxjulio@prodigy.net.mx

**Antecedentes:** La mayoría de los pacientes con SII atribuye sus síntomas al consumo de alimentos; sin embargo, el papel de los componentes de la dieta en SII aún no está claro.

**Objetivo:** Estudiar los patrones de consumo de alimentos en pacientes con SII vs. controles y subtipos de SII.

**Material y métodos:** Estudio transversal de 25 pacientes con SII que consultaron al Hospital General de México y 39 controles, de acuerdo con el Cuestionario de Roma III. Se excluyeron pacientes con diagnósticos orgánicos digestivos (fístulas, fibrosis, cáncer digestivo, hemorroides, EII, E. celíaca). Aquellos con SII fueron clasificados en SII con estreñimiento [SII-E]=10, diarrea [SII-D]=7, mixtos [SII-M]=7 y no clasificable [SII-NC]=1. Todos contestaron el Cuestionario de Consumo de Alimentos del Instituto Nacional de Salud Pública y con el programa SNUT se procesó la frecuencia de consumo alimentos para determinar los datos en gramos de macronutrientes. Además, los alimentos que fueran consumidos >3 veces/semana se recategorizaron con base en la composición química de éstos (frutas, frutas altas en fructosa; alimentos altos en oligosacáridos, polioles; verduras; lácteos; cereales con o sin gluten; alimentos de origen animal bajos, moderados, altos en grasa; embutidos; picantes; edulcorantes; grasas animales, vegetales; y bebidas alcohólicas). Los datos se expresan en %, medias  $\pm$  DE, y se analizaron mediante ANOVA y Kruskal Wallis según fuera adecuado.

**Resultados:** Los pacientes con SII y controles fueron similares en sexo-mujeres (%): 88 vs. 77%, edad:  $47 \pm 14$  vs.  $47 \pm 17$  años, peso:  $61 \pm 12$  vs.  $66 \pm 12$  kg, talla:  $156 \pm 7$  vs.  $161 \pm 11$  cm e IMC:  $25 \pm 4$  vs.  $26 \pm 4$ . Las verduras seguidas de alimentos altos en polioles y frutas fueron los grupos de alimentos por composición química más frecuentemente consumidos en SII y controles, sin diferencias entre los dos; sólo se observó mayor frecuencia en cereales sin gluten en SII (veces/semana): 2.38 vs. controles: 1.32 ( $p=0.043$ ). Con respecto al consumo calórico hubo una tendencia a ser mayor en SII:  $2,082 \pm 975.7$  vs. controles:  $1,904.0 \pm 792.9$  kcal ( $p=0.099$ ). No hubo diferencias por macronutrientes entre SII vs. controles. Tampoco se presentó ninguna diferencia en los subtipos de SII.

**Conclusiones:** En este pequeño grupo, los pacientes con SII-Roma III reportaron menor consumo de cereales libres de gluten vs. controles. Sin embargo, el estudio no permite determinar si esto se debe a una relación del gluten con síntomas del SII, por recomendaciones de profesionales de la salud, familiares/amigos y/o medios de comunicación. Se requiere aumentar el tamaño de los grupos para confirmar los hallazgos.

**Patrocinio:** Estudio financiado por el fondo PAPIIT IV200315, UNAM.

## ID 274

## Efecto a corto y largo plazo de la miotomía de Heller laparoscópica más funduplicatura parcial en la prevalencia de dolor retroesternal y pirosis en sujetos con acalasia

Axel Palacios-Ramírez, Fernanda Romero-Hernández, Blanca A. Blancas-Breña, Enrique Coss-Adame, Miguel Ángel Valdovinos-Díaz, Janette Furuzawa-Carballeda, Daniel Azamar-Llamas, Gonzalo Torres-Villalobos. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. axel.pr92@hotmail.com

**Antecedentes:** La acalasia es un trastorno motor primario del esófago caracterizado por aperistalsis y relajación incompleta del esfínter esofágico inferior, además de síntomas asociados como pirosis y dolor retroesternal. La miotomía de Heller laparoscópica con técnica antirreflujo parcial es el tratamiento de elección; sin embargo, se desconoce el efecto de esta técnica y sus efectos sobre el dolor retroesternal y la pirosis.

**Objetivo:** Identificar si la miotomía de Heller disminuye el dolor retroesternal y la pirosis a 1, 6 y 24 meses posmiotomía, además de correlacionar la persistencia de sintomatología posquirúrgica con alteraciones en la pHmetría.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de acalasia. Se les aplicó el cuestionario GERD-HRQL y el Eckardt para identificar la existencia de dolor retroesternal y pirosis. Posteriormente se les practicó miotomía de Heller más funduplicatura parcial. Los cuestionarios se repitieron a los meses 1, 6 y 24. Para identificar el probable mecanismo asociado con dolor retroesternal y pirosis se realizó pHmetría con impedancia a los 6 y 24 meses. Se utilizó estadística descriptiva e inductiva para el análisis de los datos; el programa que se usó fue SPSS.

**Resultados:** Se reclutaron 48 sujetos a los cuales se les realizó miotomía de Heller. Los 48 pacientes tuvieron seguimiento a 6 meses y de éstos 29 tuvieron un seguimiento completo a 24 meses. El 76% de los sujetos presentó dolor retroesternal prequirúrgico. Al mes y a los 6 meses de la miotomía, la prevalencia de dolor disminuyó al 39.2% ( $p < 0.001$ ). A los 24 meses el 50% presentó dolor. El 64.6% de los sujetos presentó pirosis previo a la intervención, la cual disminuyó a 8.3% ( $p < 0.001$ ) al mes de la intervención quirúrgica, 22.9% ( $p < 0.001$ ) a los 6 meses y 25% ( $p = 0.003$ ) a los 24 meses. Como se observa en la **Tabla 1**, se cuenta con pHmetría a los 6 meses en 32 pacientes; destaca que los pacientes que presentaban síntomas en

su mayoría tenían una exposición normal al ácido con correlación de síntomas negativa, situación que persistió a los 24 meses.

**Conclusión:** La miotomía de Heller laparoscópica más funduplicatura parcial disminuye significativamente el dolor retroesternal y la pirosis al primer mes, a los 6 meses y a los 24 meses de la cirugía. Es factible hipotetizar que en los casos en que la sintomatología persiste puede deberse a una alteración en la sensibilidad, debido a que tienen pHmetría normal y no hay correlación con síntomas. Se requieren más estudios para comprobar esta hipótesis.

**Patrocinio:** Este trabajo no tiene ningún patrocinio.

## ID 275

## Defecografía: Un estudio útil en la evaluación de los pacientes geriátricos con trastornos de la defecación

Adria Patricia Tinoco-Aranda, Luis Alonso Morales-Garza, Miguel Ángel Carrillo-Martínez, Ignacio Cano-Muñoz, Carolina Tatiana Elizondo-Vázquez, María Teresa Sánchez-Ávila. Hospital San José, Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey. Monterrey, N. L. México. adria\_tico@hotmail.com

**Antecedentes:** La patología anorrectal, como los trastornos defecatorios y el dolor pélvico, se presenta con mayor frecuencia en la población geriátrica. Dichos síntomas requieren una evaluación metódica, ya que el tratamiento puede resultar efectivo para su manejo y mejoría en la calidad de vida. La defecografía provee el diagnóstico de las anomalías funcionales y estructurales de la región anorrectal.

**Objetivo:** Describir los hallazgos defecográficos en un grupo de pacientes de 60 años o más que fueron referidos por presentar trastornos de la defecación y/o dolor pélvico crónico.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el que se analizaron las defecografías de pacientes de 60 años o más que habían sido referidos por síntomas sugerentes de trastornos de la defecación realizadas de 2003 a 2015 en el departamento de radiología del Hospital San José, Tec de Monterrey mediante la técnica y valores normales reportados por Carrillo y colaboradores en *Anales de Radiología México*, 2011; 4:247-257.

**Resultados:** Se evaluó a un total de 86 pacientes, 81 (94%) del sexo femenino y 5 (6%) del sexo masculino. La edad promedio fue de 67 años ( $SD \pm 6.1$ ). La defecografía mostró descenso del piso pélvico en 71 pacientes (82%); rectocele anterior en 76 (86%), con una media de medida de 2.09 cm; invaginación recto-rectal en 52 pacientes (60.4%), y rectocele posterior en 9 (10%). Otras alteraciones menos frecuentes fueron prolapso y enteroceles, que se presentaron en 10%

**Tabla 1.** Relación de la sintomatología a 6 y 24 meses con pHmetría. (ID 274).

	6 meses		24 meses	
	n=32	n=30	Pirosis	Dolor retroesternal
Reflujo fisiológico	5 (15.6%)	8 (26.7%)	5 (25%)	9 (45%)
Reflujo patológico	1 (3.1%)	1 (3.3%)	0	0
Exposición anormal	0	1 (3.3%)	0	0
Esófago hipersensible	0	1 (3.3%)	1 (5%)	1 (5%)
Total	6 (18.8%)	11 (36.7%)	6 (30%)	10(50%)
p	0.139	0.570	0.117	0.305

y 11% de los pacientes respectivamente. Sólo 4 estudios (4.64%) fueron reportados como normales; 82 pacientes (95.3%) presentaban una o más alteraciones anatómicas. El 82.5% de los estudios (71 pacientes) presentaban dos o más alteraciones. La combinación de más de 3 alteraciones más frecuente fue rectocele anterior con descenso del piso pélvico e invaginación en 31% (27 pacientes). La asociación más frecuente fue rectocele anterior con invaginación recto-rectal en 53 casos (61%) y rectocele anterior con descenso del piso pélvico en 50 pacientes (58%). El 47% de los pacientes presenta una apertura del canal anal adecuada, con una media de 18.6 mm.

**Conclusión:** La presencia de estudios defecográficos sin alteraciones en la población geriátrica estudiada con síntomas de patología anorrectal fue menor a la reportada en pacientes menores de 60 años (4% vs. 12%). La prevalencia de invaginación recto-rectal y rectocele en la población geriátrica del Hospital San José es superior a la reportada en otras series (50% para invaginación recto-rectal y 78.6% de rectocele anterior). La asociación de dos o más alteraciones anatómicas en pacientes mayores de 60 años en la población geriátrica del Hospital San José es superior a la reportada en otras series (23.7%).

**Patrocinio:** Este trabajo no tiene patrocinadores.

## ID 281

### Participación del equipo de trasplante hepático en una de las metas internacionales sobre seguridad del paciente

Silvia López-Yáñez, Ignacio García-Juárez, Graciela Elia Castro-Narro, Mario Vilatoba-Chapa, Alan Gabriel Contreras-Saldívar, Judith González-Sánchez, Liz Toapanta-Yanchapaxi, Rodrigo Cruz-Martínez, Magdalena García-Baysa, José Luis López-Jiménez, Carlos García-García, Sarai León-Pérez, Luis Uscanga-Domínguez. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. loys\_1968@hotmail.com

**Antecedentes:** Las metas Internacionales sobre Seguridad del Paciente (OMS, 2001) pretenden reducir al máximo la probabilidad de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención. El proporcionar información adecuada y suficiente a los pacientes incide en prevenir errores por su interpretación o por la limitación en los contenidos. Formar grupos de educación para la salud es una estrategia de aprendizaje que incide favorablemente en la calidad de vida del enfermo y su entorno social.

**Objetivo:** Reforzar la información a pacientes candidatos a trasplante hepático ortotópico (THO) y sus familias a través de grupos de educación para la salud.

**Material y métodos:** Se incluyeron a pacientes y familiares de los mismos, que se encuentran protocolo de evaluación para THO, durante el periodo de agosto de 2015 a junio de 2016. Se utilizó el método de trabajo social con grupos y el de enseñanza tradicional con variantes (participación controlada). Para esto se diseñaron cursos de educación para la salud con temática enfocada en evaluación y selección de candidatos, incluyendo aspectos psiquiátricos, procedimiento quirúrgico y anestésico, educación nutricional, promoción de donación de órganos y alteraciones socio-familiares derivadas de la enfermedad y del trasplante.

**Resultados:** Se han realizado 9 sesiones grupales que involucraron a 51 familias, con un total de 176 participantes y un promedio de 3 familiares por paciente. Todos los participantes realizan una encuesta de conocimientos iniciales sobre las diferentes áreas involucradas. Predominó el género femenino, con una edad media de  $48 \pm 15$ . Un 70% ha cursado algún grado de educación básica. Al término de las sesiones, 80% de los participantes pudo identificar características del paciente (donador y receptor), cuidados asociados, riesgos quirúrgicos, importancia de la salud mental y de la participación familiar así como del seguimiento biopsicosocial pos-THO.

**Conclusión:** Del inicio de las sesiones a la fecha de corte se observó un incremento del 100% en el número de participantes. El 60% fueron mujeres, lo que está relacionado con el rol de cuidadoras que en México se asigna a este género. La participación de los pacientes y sus familias en este programa de educación para la salud permitió socializar la información acerca del proceso de THO, apoyó la disminución de la ansiedad relacionada con la espera de un órgano y la comprensión de cambios de conducta del paciente. Promovió la participación activa de la familia en el 100% de los casos de pacientes que fueron trasplantados en este periodo.

**Patrocinio:** El presente trabajo no tuvo patrocinio.

## ID 287

### Linfoma del manto con afección del tubo digestivo

Flora Mileva Oña-Ortiz, Angélica Hernández-Guerrero, José Guillermo de la Mora-Levi, Mauro Eduardo Ramírez-Solís, Julio Sánchez-del Monte, Juan Octavio Alonso-Lárraga, María del Carmen Manzano-Robleda, Miguel Ángel Herrera-Servín, Melissa Jiménez-Morales. Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Cancerología, Secretaría de Salud. Ciudad de México. México. mileva\_o@hotmail.com

**Antecedentes:** El linfoma de células del manto (LCM) es un subtipo agresivo de linfoma no Hodgkin (LNH) de fenotipo B. Representa 3% a 6% de los LNH y tiene una incidencia anual de 0.5 por cada 100,000 habitantes.

Se diagnostica mayormente en estadios avanzados con afección a la médula ósea y sangre periférica, así como linfadenopatía generalizada en un 75%. Algunos pacientes presentan esplenomegalia, hepatomegalia y enfermedad extranodal como poliposis linfomatosa del colon; el LCM tiene un comportamiento muy agresivo con pobre respuesta al tratamiento. La frecuencia de afectación gastrointestinal al momento del diagnóstico oscila entre 15% y 30%.

Los hallazgos endoscópicos varían desde la manifestación más común llamada "poliposis linfomatoide", caracterizada por la identificación de múltiples pólipos linfoides principalmente en intestino delgado y grueso, hasta el hallazgo de úlceras superficiales, grandes masas tumorales generalmente a nivel ileocecal o mucosa de aspecto normal.

**Objetivo:** Analizar las características clínicas y endoscópicas del linfoma del manto que afecta el tubo digestivo superior e inferior.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo con base en una serie de casos de pacientes con diagnóstico de linfoma del manto con afección del tracto gastrointestinal en un periodo de 10 años. Se realizó estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes de los hallazgos endoscópicos observados.

**Resultados:** Se revisaron 85 pacientes con diagnóstico de linfoma del manto de los cuales 10 (11.7%) tuvieron afección del tracto gastrointestinal en un periodo de 10 años. Los hallazgos endoscópicos reportados en la panendoscopia con mayor frecuencia fueron las lesiones polipoideas (66%), la presencia de pliegues engrosados (44%) y cambios inespecíficos de la mucosa (33%). El sitio del estómago más afectado fue el antro, en 77% de los pacientes, seguido del cuerpo en 66% y el duodeno en 55%. En la colonoscopia se observaron lesiones polipoideas en 100% de los pacientes, lesiones ulceradas en 40% y mucosa edematosa así como lesión tumoral en 20%; el colon transverso, el sigmoides y el recto se reportaron afectados en un 60% de los pacientes.

**Conclusión:** Los estudios endoscópicos son subutilizados en pacientes con linfoma del manto, aun cuando constituyen una herramienta no invasiva y con menor índice de complicaciones que puede ser de gran utilidad en el diagnóstico, manejo y seguimiento de estos pacientes.

## ID 289

## Peritonitis bacteriana espontánea (PBE) en el Hospital Español de México

Luisa Victoria Fuentes-Ernult, Ricardo Raña-Garibay, Betuel Ivey-Miranda, Mauricio de Ariño-Suárez. Hospital Español de México. Ciudad de México. México. lvfernult@gmail.com

**Antecedentes:** La PBE se define como una infección del líquido ascítico sin evidencia de una causa intraabdominal tratable quirúrgicamente. La PBE es frecuente en pacientes con cirrosis hepática descompensada; 40% de estos pacientes tiene cultivo positivo en líquido de ascitis. Los agentes etiológicos más frecuentes son *Escherichia coli* y *Klebsiella*. Diagnóstico: más de 250 células/mm<sup>3</sup> de PMN en líquido de ascitis y cultivo de líquido ascítico positivo.

**Objetivos:** Describir las características citoquímicas y cultivos de líquido de ascitis en pacientes con PBE en el Hospital Español de enero de 2010 a diciembre de 2015 e identificar el germen más común en líquido de ascitis y sus patrones de resistencia.

**Material y métodos:** Se revisaron los cultivos de líquido peritoneal obtenidos de los archivos del Departamento de Microbiología del Hospital Español de México del año 2010 a 2015. Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo. Se consideró estadísticamente significativa  $p < 0.05$ . Los criterios de inclusión fueron presencia de más de 250 células/mm<sup>3</sup> de PMN en líquido de ascitis para PBE y/o presencia de cultivo del líquido ascítico positivo, y menos de 250 células/mm<sup>3</sup> de PMN en líquido de ascitis con cultivo positivo para bacteriascitis.

**Resultados:** 270 pacientes, 30 de los cuales eran cirróticos (Child-Pugh [CP] B 33.3%, CP C 66.6%), motivo de internamiento: 66.6% (n=2) sospecha de peritonitis bacteriana espontánea, 23.3% (n=7) encefalopatía hepática, 6.6% (n=2) sangrado de tubo digestivo, 3.3% (n=1) síndrome hepatorenal; 50% (n=15) cumplió criterios de inclusión para PBE y 17% (n=5) para bacteriascitis. Ocho cultivos positivos: 25% (n=2) *Escherichia coli*, 25% (n=2) *Escherichia coli* BLEE, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus hominis* y *Streptococcus sanguis* correspondieron a 37.5% (n=3) y *Achromobacter* 12.5% (n=1). Los porcentajes de resistencia a antibióticos fueron: 38% (n=3) ampicilina; 38% (n=3) ciprofloxacino, 38% (n=3) cefuroxima, cefazolina y cefepime. Tratamiento previo por infección de vías urinarias secundaria a *Escherichia coli* BLEE: frecuencia absoluta 6 (30%),  $p=0.053$ . Predictores para PBE con una fuerte tendencia: *Escherichia coli* BLEE en urocultivo previo OR 5.2, IC 95% 0.7-250,  $p=0.130$ ; proteínas totales  $< 1.5$  OR 3.5, IC 95% 0.5-26.3,  $p=0.121$ ; plaquetas  $< 120,000$  OR 3.2, IC 95% 0.5-24,  $p=0.153$ . Estos últimos datos podrían alcanzar significancia estadística aumentando el número de muestra.

**Conclusión:** El agente causal más frecuente de PBE fue *Escherichia coli*. Los antibióticos resistentes prevalentes fueron ampicilina, quinolonas y cefalosporinas. Hubo una asociación estadísticamente significativa entre el tratamiento previo de una infección de vías urinarias y el desarrollo de PBE.

**Patrocinio:** Por definir.

## ID 290

## Experiencia de trasplante hepático ortotópico (THO) en pacientes con cirrosis hepática (CH) de etiología alcohólica en un hospital de referencia de la Ciudad de México

Alberto Palacios-Ávila, Mariana Quintanar-Martínez, Mario César García-Alanis, Sarai León-Pérez, Carlos García-García, Rodrigo Joanico-Aguilar, Sergio Gabriel Muñoz-Martínez, Edgar Alejandro

Granados-Molina, Alan Gabriel Contreras-Saldívar, Mario Vilatobá-Chapa, Rafael Paulino Leal-Villalpando, Graciela Elia Castro-Narro. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. apalaciosavila@gmail.com

**Antecedentes:** La enfermedad hepática alcohólica representa la segunda causa de indicación de THO en Estados Unidos y Europa. En nuestro país la experiencia con este grupo etiológico es limitada. La evaluación pretrasplante permite identificar posibles factores relacionados con recaída de trastorno por uso de alcohol postrasplante; sin embargo, desconocemos cuáles son las variables de asociación en nuestra población.

**Objetivo:** Realizar un análisis descriptivo de los casos de THO en pacientes con CH de etiología alcohólica y los factores de asociación con recaída de trastorno por uso de alcohol.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo observacional. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los pacientes en quienes se efectuó THO por CH de etiología alcohólica entre 2010 y 2016 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Se analizó media y desviación estándar para variables continuas y proporciones para variables cualitativas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v 21.0.

**Resultados:** Entre 2010 y 2016 se realizaron 196 THO. En 18 pacientes (9.18%) la CH de etiología alcohólica fue la indicación de THO. Todos fueron hombres. La media de edad en años fue  $56.16 \pm 7.75$ ; 66.6% de los pacientes contaba con licenciatura como escolaridad mínima; 83.3% estaba casado. La edad media de inicio de consumo de alcohol fue  $19.41 \pm 5.33$  años. La media de consumo de alcohol en meses fue  $318.4 \pm 110.75$ . La media de abstinencia en meses previo al THO fue  $79.23 \pm 84.75$ . En nuestro estudio, 27.7% de los pacientes tenía al menos un familiar de primer grado con historia de consumo de alcohol; 61.11% consumía alguna otra sustancia, con el tabaco como la más prevalente, y 27.7% tenía algún diagnóstico psiquiátrico pre-THO. La media de seguimiento en meses fue  $33.47 \pm 23.58$ . La media de IMC postrasplante fue  $26.69 \pm 4.07$ . Solo se reportó un caso de rechazo en el seguimiento. No se ha descrito ningún caso de recaída de trastorno por uso de alcohol; sin embargo, 1 paciente se perdió en el seguimiento médico.

**Conclusión:** La enfermedad hepática alcohólica es una causa poco frecuente de indicación de THO en nuestra población. La historia familiar de consumo de alcohol, la asociación con el consumo de otras sustancias y la coexistencia de otros trastornos psiquiátricos son frecuentes en este grupo de pacientes. No se ha reportado ningún caso de recaída de trastorno por consumo de alcohol.

**Patrocinio:** Este trabajo no ha sido patrocinado parcial o totalmente por ninguna institución.

## ID 292

## Efecto de la técnica de puenteo en el estado nutricional de pacientes pediátricos con síndrome de intestino corto del Hospital Infantil de México

Isela Núñez-Barrera, Sergio Jesús Maya-Zarza, Yunuen Rivera-Suazo, Eustorgio García-Cárdenas. Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Ciudad de México. México. nb.isela@gmail.com

**Antecedentes:** La patogenia del síndrome de intestino corto (SIC) depende principalmente de factores que determinan la adaptación del intestino remanente, como longitud del segmento resecado y su localización, presencia de colon y/o válvula íleocecal, patologías intestinales subyacentes y estado funcional del resto de los órganos digestivos. Esta adaptación puede ocurrir por aumento de la unidad de superficie eficaz o enlentecimiento del tránsito intestinal, descrito

hasta en 81% en adultos. En el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” se tiene experiencia en la rehabilitación intestinal mediante una procedimiento denominado “puenteo”, que consiste en la infusión del contenido del estoma proximal al estoma distal, realizado con el objeto de aprovechar las secreciones y enzimas gastrointestinales para conseguir el máximo beneficio de digestión y absorción de nutrimentos.

**Objetivo:** Describir el efecto de la técnica de puenteo en el estado nutricional de pacientes pediátricos con síndrome de intestino corto.

**Reporte de caso:** Se estudiaron los pacientes pediátricos con diagnóstico de SIC del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, de noviembre de 2015 a mayo de 2016. El diseño del estudio fue descriptivo, ambispectivo y longitudinal. Se incluyeron todos los pacientes con SIC que fueron tratados con la técnica de puenteo; todos los pacientes con complicaciones sistémicas que limitaron la vía enteral fueron excluidos.

**Resultados:** Se reclutaron 10 pacientes: 50% masculinos y 50% femeninos, cuyo promedio de edad al momento de la resección intestinal fue de 2 años; 40% de los pacientes fue resecado a nivel de íleon, 20% duodeno/yejuno, 10% colon y 30% con resección de diferentes segmentos. Los diagnósticos de base fueron: 40% malrotación intestinal, 10% gastrosquisis, 20% atresia intestinal, 30% enterocolitis necrosante. Al inicio del puenteo, 70% la población se encontraba con retardo en el crecimiento y únicamente 30% con talla adecuada para la edad; al finalizar del estudio en 1 de los pacientes mejoró la velocidad de crecimiento respecto a lo esperado para la edad. La reserva de tejido magro basal fue de 68%, sin encontrar mejoría ya que la reserva final fue de 67.1%, a diferencia de la reserva de tejido graso que se incrementó 4% del inicio del puenteo al cierre de los estomas; basal 61.7% y 71.8% final. Se mantuvo el nivel sérico de albumina de 2.9 basal contra 3.1 respecto al cierre de estomas. La vía enteral de infusión se incrementó de 24.3 mL/kg/día a 48.5 mL/kg/día, logrando duplicar el volumen de infusión al cierre, por lo que también aumentó el aporte energético enteral de 17 kilocalorías/kg/día a 48.5 kilocalorías/kg/día.

**Discusión:** La rehabilitación intestinal por técnica de puenteo podría jugar un papel importante en el logro de la adaptación intestinal al permitir restaurar y aprovechar la capacidad de absorción del intestino residual, lo que favorece la recuperación nutricional.

**Conclusión:** Si bien la población de estudio es muy pequeña para encontrar estadística significativa, este estudio denota que la técnica de puenteo mantiene la condición del estado nutricional antropométrico y bioquímico, y logra la progresión del volumen de infusión y el aporte energético en el aspecto dietético.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

Christian Méndez-Aguilar, Xaira Jimena Rivera-Gutiérrez, Rolando Usla-González, Fernando Díaz-Roesch, María Estrella Flores-Collins, Ana Delfina Cano-Contreras, José María Remes-Troche, Federico Roesch-Dietlen. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver. México. iimbgastro@gmail.com

**Antecedentes:** La pancreatitis es la inflamación aguda del páncreas de etiología multifactorial, causada por activación intraglandular de enzimas digestivas. Deriva de causas metabólicas, iatrogénicas y mecánicas. Los factores de riesgo más comunes son ingesta de alcohol, colelitiasis, lesiones traumáticas e intervenciones quirúrgicas.

**Objetivos:** Describir la frecuencia y comparar las diferentes etiologías con las características de la población.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, analítico. Se revisaron los expedientes del archivo clínico de pacientes atendidos en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz (HAEV), el Hospital General de Boca del Río (HGBR) y el Hospital Naval, entre los años 2013 y 2015. Se recolectaron datos sociodemográficos, antecedentes clínicos y etiología. Se realizó análisis descriptivo y para inferencia se utilizó *Ji cuadrada* de Pearson, pruebas exacta de Fisher y *t* de Student o *U* de Mann-Whitney según el caso. Se utilizó software SPSS v. 22.

**Resultados:** Se estudiaron 174 expedientes: 115 (66%) mujeres y 59 (34%) hombres con diagnóstico de pancreatitis aguda, con media de 42.04 ± 18.38 años, dando una prevalencia puntual de 23% (INEGI 2010; personas derechohabientes). Ciento diecinueve (68%) de los expedientes fueron de etiología biliar, 24 (14%) alcohólica, 14 (8%) por hipertrigliceridemia, 14 (8%) de origen idiopático y 3 (2%) post CPRE; 81 (47%) tenían diagnóstico previo de colelitiasis. Las principales etiologías se subdividieron para compararse con los aspectos de la historia clínica (Tabla 1). El nivel educativo se dividió en educación media (primaria y secundaria) y educación superior (bachillerato, licenciatura); no se encontró diferencia significativa al compararlo con los grupos.

**Conclusión:** La pancreatitis aguda es una de las etiologías con mayor morbimortalidad a nivel mundial, por lo que es importante identificar los factores de riesgo desencadenantes de manera oportuna. En nuestro estudio, se demostró que el nivel de escolaridad no juega un rol significativo y las comorbilidades fueron similares a las ya descritas en la bibliografía. Concluimos que al identificar a pacientes con las características comentadas desde el interrogatorio, puede prevenirse la enfermedad en una población con factores de riesgo.

**Patrocinio:** El presente trabajo no requirió apoyo económico o patrocinadores.

## ID 295

### Comparación de dos preparaciones para la limpieza de estómago antes de endoscopia diagnóstica superior

## ID 293

### Epidemiología y etiología de la pancreatitis aguda en la ciudad de Veracruz

Tabla 1. (ID 293).

	Biliar	OR	Alcohólica	OR	Hipertrigliceridemia	OR
Obesidad**	22 (78.6%)	0.73	2 (7.1%)*	0.84	1 (3.6%)	1.05
Sexo	Masculino* 23(39%)	0.12	Masculino* 21 (35.6%)	20.63	Masculino* 9 (15.3%)	1.98
Diabetes mellitus	18 (42.9%)*	0.23	12 (28.6%)*	4	6 (14.3%)	2.5
Hipertensión arterial	17 (60.7%)	0.667	4 (14.3%)	1.05	1 (3.6%)	0.379
Colelitiasis	58 (84.1%)*	5.53	3 (4.3%)*	0.14	1 (1.4%)*	0.078

\*\*Presenta valores perdidos

\*p<0.05

Ariel Pérez-Mendoza, José Djamus-Birch, Héctor Espino-Cortés, Rosario Valdés-Lías, Fátima Higuera-de la Tijera, Nallely Bueno-Hernández. Hospital General de México "Eduardo Liceaga". Ciudad de México. México. dr.ariel.perez@hotmail.com

**Antecedentes:** El moco o espuma dentro del estómago debido a una preparación deficiente puede impedir la adecuada visualización de la mucosa, incrementar la frecuencia de lesiones no detectadas y prolongar el tiempo de exploración endoscópica. Se han desarrollado diversos métodos para remover las burbujas y el moco de la superficie de la mucosa. Los lineamientos para el diagnóstico precoz de cáncer gástrico recomiendan, con base en múltiples estudios aleatorizados, el uso de preparación para la limpieza gástrica con pronasa o N-acetilcisteína con simeticona, lo que mejora la visualización y disminuye el tiempo del estudio. En nuestro medio se tiene mayor disponibilidad de dimeticona en suspensión y N-acetilcisteína; sin embargo, no se han realizado estudios que evalúen la mejoría de la visualización de la mucosa gástrica con estas preparaciones en población mexicana.

**Objetivo:** Evaluar la efectividad de la preparación preendoscópica con dimeticona contra N-acetilcisteína para limpieza de estómago.

**Material y métodos:** Se realizó estudio prospectivo, aleatorizado para comparar la preparación preendoscópica dirigido a la limpieza gástrica en pacientes con riesgo bajo de cáncer gástrico. A un grupo se le administró dimeticona suspensión, 50 mg, disuelta en 100 mL de agua y a otro grupo N-acetilcisteína, sobre granulado de 200 mg en 100 mL de agua. Se le otorgó un puntaje a cada estudio para evaluar la calidad de la limpieza (de 0-4) que incluye la necesidad de realizar lavado adicional para mejorar la visibilidad de la mucosa. El análisis estadístico se efectuó con el paquete estadístico SPSS v 22, se realizaron medias con desviación estándar (DE), t de Student y Ji cuadrada, considerando una  $p < 0.05$  como significativa.

**Resultados:** Se incluyeron 114 pacientes: edad 37.8 años (media DE  $\pm 8.4$ ), 60.5% mujeres (N=69), peso 71.6 kg (media DE  $\pm 16.7$  kg), IMC 27.5 kg/m<sup>2</sup> (media DE  $\pm 5.7$  kg/m<sup>2</sup>). Se reportaron 56 pacientes con gastritis crónica, 12 con pólipos gástricos, 6 con metaplasia intestinal y 2 con atrofia gástrica. Con respecto a la efectividad de la limpieza, en el grupo de dimeticona se informó un puntaje de limpieza de 3.4 (media DE  $\pm 0.86$ ) y en el grupo de N-acetilcisteína de 2.8 (media DE  $\pm 0.86$ ),  $p < 0.001$ . En el grupo de dimeticona fue menos necesario realizar limpieza adicional (21% vs. 49%,  $p = 0.003$ ). El tiempo de la exploración endoscópica no fue diferente con ambas preparaciones: 11.0 min (media DE  $\pm 2.5$ ) con dimeticona vs. 11.14 min (media DE  $\pm 3.2$ ),  $p = 0.82$ .

**Conclusión:** La administración oral preendoscópica de dimeticona y N-acetilcisteína como método de limpieza para el estómago es adecuada para mejorar la visibilidad de la mucosa en estómago; sin embargo, la dimeticona es superior a la N-acetilcisteína.

**Patrocinios:** Ninguno.

## ID 298

### Reporte epidemiológico del consumo de alimentos con capsaicina asociado con trastornos funcionales digestivos

Ariel Pérez-Mendoza, Mónica Rocío Zavala-Solares, Tania de los Angeles Mayorga-Marín, Flor Montes de Oca, Viridiana Montserrat Mendoza-Martínez, Nallely Bueno-Hernández. Gastroenterología y Unidad de Investigación, Hospital General de México. Ciudad de México. México. dr.ariel.perez@hotmail.com

**Antecedentes:** El síndrome de intestino irritable (SII) y otros trastornos funcionales digestivos (TFD) se reportan con una prevalencia de más de 20% en nuestro medio, lo mismo que la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La sensibilidad visceral se considera

uno de los hallazgos fisiopatológicos más consistentes. Se ha sugerido que la hipervigilancia y el incremento de la sensibilidad visceral a través de vías aferentes alteradas por desregulaciones autonómicas o centrales es el mecanismo subyacente más aceptado. La capsaicina es un compuesto activo de los chiles y muchos alimentos picantes; se le han atribuido propiedades analgésicas, a través de agonistas de receptor TRPV1. Su consumo se ha relacionado con dispepsia en escasa literatura científica con rigor metodológico. En nuestro medio no existe una publicación que reporte la frecuencia de consumo de capsaicina asociado con TFD.

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia del consumo de capsaicina asociado con los síntomas de pacientes con TFD en comparación con población sana.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo en adultos, mayores de 18 años, con criterios de SII y dispepsia funcional (DF) con base en los criterios de Roma III. ERGE se definió como síntomas típicos (pirosis y/o regurgitación) al menos una vez por semana por al menos un mes. A cada paciente se le aplicó la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos (FCA) validada para cuantificar el consumo de alimentos con capsaicina. Los datos se reportaron en promedios, desviación estándar (DE), porcentajes y frecuencias, y se compararon los grupos mediante la prueba t de Student y Ji cuadrada. Un valor de  $p < 0.05$  se considera significativo.

**Resultados:** Se incluyeron 76 pacientes con TFD y 45 pacientes control. La edad promedio en el grupo con TFD fue  $41 \pm 15$  años y  $46 \pm 13$  años en sanos. En el grupo con TFD, 58 (76%) son mujeres y en el grupo de sanos 27 (60%). Con respecto al tipo de alimento con capsaicina, la frecuencia de consumo fue diferente en sanos comparados con pacientes con TFD únicamente en la salsa Búfalo® (25 g/día vs. 12 g/día,  $p = 0.02$ ). Los sanos consumen más salsa verde (70% vs. 49%,  $p = 0.02$ ) y salsa Valentina® (34% vs. 17%,  $p = 0.03$ ) comparados con los que tienen TFD. En pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico el consumo de salsa verde (44% vs. 62%,  $p = 0.06$ ) y salsa Valentina® (10% vs. 29%,  $p = 0.02$ ) fue significativamente distinto entre sanos comparados con pacientes con TFD respectivamente; en DF fue estadísticamente diferente para salsa verde (48% vs. 65%,  $p = 0.05$ ); en SDE fue significativo para salsa verde (47% vs. 64%,  $p = 0.05$ ); en SMP fue estadísticamente diferente para chile verde seco (6% vs. 19%,  $p = 0.05$ ) y salsa verde (45% vs. 63%,  $p = 0.05$ ); en SII fue diferente para chile en vinagre (11% vs. 28%,  $p = 0.01$ ), Tajín® (13% vs. 27%,  $p = 0.05$ ), salsa verde (43% vs. 67%,  $p = 0.008$ ) y salsa Valentina® (13% vs. 31%,  $p = 0.01$ ).

**Conclusión:** El consumo promedio de alimentos con capsaicina es similar en sanos comparados con pacientes que presentan TFD (a excepción de la salsa Búfalo); sin embargo, los pacientes con TFD consumen con mayor frecuencia alimentos que contienen capsaicina en comparación con los controles, lo cual podría estar asociado con los síntomas y las restricciones deberían ir en ese sentido. Se requieren más estudios para establecer la asociación sintomática con el consumo de capsaicina.

**Patrocinios:** Ninguno.

## ID 300

### ¿Cuáles son los principales problemas técnicos para la realización de estudios de motilidad esofágica (manometría-pH-impedancia) en nuestro medio?

Nuria Pérez-y López, Luz Adriana López-Luría, Yoeli Marisa Escandón-Espinosa, Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. sonelle74@hotmail.com

**Antecedentes:** Los estudios esofágicos de motilidad como la manometría y la pH-impedancia son una herramienta básica para el estudio y el diagnóstico de enfermedades tan comunes como la

enfermedad por reflujo gastroesofágico o los trastornos motores del esófago. Por ello es importante conocer cuáles son las dificultades técnicas más importantes con las que el especialista puede enfrentarse al momento de realizarlos.

**Objetivo:** Describir las dificultades técnicas más frecuentes para la realización de estudios de fisiología esofágica en nuestro medio. Describir las características generales de esta población (género, grupo de edad).

**Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de todos los pacientes que fueron referidos para la realización de manometría esofágica o pH-impedancia en el Laboratorio de Motilidad de junio de 2013 a julio de 2016. Se analizaron las características demográficas de la población (edad, género) y la causa referida para no realizar el procedimiento. Se utilizaron porcentajes para el análisis estadístico.

**Resultados:** En el periodo de junio de 2013 a de julio 2016 se refirió a un total de 995 pacientes, de los cuales el procedimiento no pudo realizarse en 46 (4.6%). Su distribución por género fue: 38 femenino (82.6%) y 8 masculino (17.4%). La edad promedio fue de 44.8 años (rango 7 a 85 años). El grupo de edad en el que se tuvieron más dificultades técnicas fue el de pacientes mayores de 60 años (45.65%). Las causas más frecuentes de falla fueron: obstrucción nasal que impidió el paso del catéter (17 pacientes, 36.9%), dolor nasal durante el intento de introducción del catéter (8 pacientes, 15.21%) y pacientes referidos para estudio con diagnóstico de esclerodermia (5 pacientes, 10.8%).

**Conclusión:** En nuestro medio la principal causa para no tener éxito en la realización de los procedimientos fue la obstrucción nasal; las fallas son más comunes en el género femenino y en el grupo de edad de pacientes mayores de 60 años, así como en los pacientes con esclerodermia que son enviados a valoración.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió ningún patrocinio.

## ID 301

### El papel de la infección por *Helicobacter pylori* en la presencia de síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico

Xaira Jimena Rivera-Gutiérrez, Arturo Meixueiro-Daza, Paulo César Gómez-Castaños, Gabriela Rojas-Loureiro, Fausto García-García, Sharení Gálvez-Ríos, Enrique Pérez-Luna, Héctor Alfonso Taboada-Liceaga, Yolopsi de Jesús Sánchez-Maza, Orestes de Jesús Cobos-Quevedo, Job Reyes-Huerta, Peter Grube-Pagola, José María Remes-Troche, Federico Roesch-Dietlen. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver. México. jose.remes.troche@gmail.com

**Antecedentes:** La infección por *Helicobacter pylori* (HP) tiene una prevalencia estimada de 70-90% en población mexicana; sin embargo, solo un 20% desarrollará síntomas. Aun así, esta infección se ha relacionado con cambios en mucosa gástrica: gastropatías, úlcera péptica y gastritis atrófica. El reflujo gastroesofágico se considera enfermedad cuando hay presencia de síntomas o signos específicos; dentro de éstos los más reportados son pirosis y regurgitación. Existen diversos estudios acerca de la fisiopatología y la posible existencia de un papel antagonista o agonista, no obstante, pocos se han enfocado en el papel que puede jugar la infección por HP respecto a los síntomas de ERGE.

**Objetivos:** Determinar cuál es el papel de la infección por HP en la presencia de síntomas de ERGE.

**Material y métodos:** Estudio prolectivo, transversal y analítico efectuado en nuestra institución. Se realizó toma de biopsia bajo protocolo Sydney a mayores de edad con sospecha de HP durante panendoscopia y a controles sanos; posteriormente se elaboró historia clínica y se aplicaron cuestionarios validados en español de

síntomas de ERGE: GERD-Q (positivo puntaje mayor a 7) e ISR (positivo puntaje mayor a 5), y somatosensitiva (HAD; positivo puntaje mayor a 7). Los pacientes se dividieron de acuerdo con los cambios histológicos en 2 grupos: grupo A pacientes con evidencia histológica de hipersecreción gástrica (gastritis erosiva o eritematosa) y grupo B pacientes con evidencia histológica de hiposecreción (gastritis atrófica, folicular o metaplasia). Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y comparativa con uso de *Ji cuadrada*. Se usó software SPSS v. 22.

**Resultados:** Se estudiaron 76 pacientes; 47 (62%) mujeres y 39 (38%) hombres, [edad promedio 42.70 ± 16.59 (19-75) años], IMC promedio 26.56 ± 4.64 (18.89-42.19). Hubo 41 sujetos (54%) en el grupo A y 35 (46%) en el grupo B. Se compararon los grupos con los resultados de los cuestionarios, no hubo concordancia estadística (Tabla 1).

**Conclusión:** La infección por *Helicobacter pylori* es una de las patologías más comunes en nuestra práctica médica. Su relación con ERGE continua siendo controversial en cuanto a su probable efecto protector. En nuestro trabajo se demuestra que clínicamente los pacientes que presentaban alguna entidad hiposecretora secundaria al daño en la mucosa gástrica por la bacteria tuvieron menos síntomas que aquellos que contaron con entidades hipersecretoras, por lo que apoya la teoría de dicho efecto. Se sugiere que al presentarse la infección como hallazgo en endoscopia indicada en pacientes con ERGE, se debe priorizar el tratamiento del reflujo gastroesofágico en caso de que la erradicación por la bacteria no esté indicada.

**Patrocinio:** El presente trabajo no requirió patrocinio.

Tabla 1. (ID 301).

	Grupo A n= 41	Grupo B n=35	Valor de p	RM (IC 95%)
% de pacientes ISR positivos	24 (45%)	29 (55%)	0.019	0.29
% de pacientes GERD-Q positivos	23 (45%)	28 (55%)	0.024	0.31
% de pacientes HAD positivos				
Ansiedad	24 (48%)	26 (52%)	0.115	
Depresión	15 (54%)	13 (46%)	0.574	

## ID 303

### Hepatocarcinoma de células claras. Serie de casos

Yahaira Berenice Rivera-Vicencio, Mayra Virginia-Ramos Gómez, Miriam Gabriela Reyes-Zermeño, Moisés Salamanca-García, Alejandra Isaura Amezcua-Macías, Carlos Orlando Sisalima-Zuñiga, Jorge Luis Pineda-Castillejos. Departamento de Gastroenterología y Patología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". Ciudad de México. México. ganesha\_b@hotmail.com

**Antecedente:** El hepatocarcinoma de células claras (HCC) es una variante histológica poco frecuente que se presenta en un hígado no cirrótico; se caracteriza por hepatocitos neoplásicos con citoplasma ópticamente claro por acumulación de glucógeno o lípidos en su interior. La prevalencia es variable porque no existen criterios diagnósticos establecidos (0.4-37%). El diagnóstico histológico requiere la presencia de una proporción de células claras; algunos autores mencionan que debe ser <30% y otros, como Buchanan, sugieren que debe ser >30%. El diagnóstico diferencial histológico

debe realizarse con metástasis de carcinoma de células claras. Las opciones terapéuticas comprenden hepatectomía, trasplante hepático, inyección percutánea de etanol, termoablación y quimioembolización, dependiendo del tamaño y la localización del tumor.

**Objetivo:** Reportar una serie de casos de pacientes con diagnóstico de hepatocarcinoma de células claras en una población protocolizada de un hospital de tercer nivel de atención.

**Serie de casos:** Se revisaron los expedientes de histopatología de 2013 a 2015 que cumplieran criterios diagnósticos para hepatocarcinoma de células claras. De un total de 3 pacientes con edad promedio de 75 años, 1 correspondió al género femenino y 2 al masculino; un sujeto sin antecedentes y 2 con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica. Síntomas clínicos principales: pérdida de peso y dolor en hipocondrio derecho; tamaño tumoral de 3 a 17 cm, con un promedio de 10 cm. La localización fue variable en la siguiente distribución: segmento VI y VII (caso 1); II, III y IV (caso 2); VIII, IV A y IV B (caso 3) con invasión a rama derecha de la vena porta y árbol biliar. El tratamiento que recibieron: hepatectomía segmento VI y radiofrecuencia segmento VII (caso 1); quimioembolización y posterior hepatectomía izquierda (caso 2); sorafenib por lesiones metastásicas (caso 3). Actualmente sin recurrencia 2 casos.

**Discusión:** El hepatocarcinoma de células claras es una variante rara de hepatocarcinoma. Se distingue por la presencia de células con abundante glucógeno y microesteatosis. Sin manifestaciones clínicas características. El diagnóstico se realiza por ultrasonido y tomografía. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. El pronóstico no está definido en la literatura. Existe un número limitado de reporte de casos, por lo que se deben realizar estudios multicéntricos a largo plazo para caracterizar esta patología en población mexicana.

**Conclusión:** El hepatocarcinoma de células claras es una neoplasia rara con pocos casos reportados en la literatura en población hispana. En México no encontramos series documentadas.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 304

### Aplicación de los criterios pronóstico y de severidad de las guías clínicas de manejo de la pancreatitis aguda en hospitales del sector salud de Veracruz

Rolando Usla-González, Xaira Jimena Rivera-Gutiérrez, Christian Méndez-Aguilar, Fernando Díaz-Roesch, María Estrella Flores-Collins, Ana Delfina Cano-Contreras, José María Remes-Troche, Federico Roesch-Dietlen. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver. México. iimbgastr@gmail.com

**Antecedentes:** La pancreatitis aguda es una entidad que cursa con inflamación pancreática de origen multifactorial, la cual activa

diferentes vías inflamatorias que pueden conducir a fallo orgánico múltiple, motivo por el cual se han establecido escalas pronósticas y de severidad, así como guías de manejo intrahospitalario.

**Objetivo:** Describir frecuencia y comparar el uso de escalas pronósticas y de severidad en pacientes con pancreatitis aguda en los hospitales de nivel 2 y 3 del sector salud.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, analítico en el que se revisaron los expedientes del archivo clínico de pacientes atendidos en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz (HAEV), el Hospital General de Boca del Río (HGBR) y el Hospital Naval, entre los años 2013 y 2015. Se recolectaron datos sobre estancia hospitalaria y se valoró el uso de las escalas (Ranson 24 h, Ranson 48 h, Apache, Baltazar y Atlanta); se tomaron como hospitales de nivel 3 aquellos que tienen médicos de alta especialidad (HRV y Hospital Naval) y de segundo nivel hospitales con las cuatro ramas de especialidades (HGBR). Se realizó análisis descriptivo y para inferencia se usó *Ji cuadrada* de Pearson, pruebas exacta de Fisher y *t* de Student. Se utilizó software SPSS v. 22.

**Resultados:** Se estudiaron 147 pacientes: 102 (69%) mujeres y 45 (31%) hombres con diagnóstico de pancreatitis aguda, con media de  $42.15 \pm 18.72$  años, los cuales se dividieron de acuerdo con el nivel de atención hospitalaria; 124 (84%) fueron atendidos en un hospital nivel 3 y 23 (16%) en un nivel 2. En el manejo intrahospitalario, se obtuvo una media de  $3.26 \pm 1.54$  días de ayuno en los hospitales de nivel 2 y de  $2.29 \pm 1.84$  días en nivel 3 ( $U=0.008$ ); los antibióticos anaerobios y cefalosporinas fueron los medicamentos más utilizados. Todos los pacientes fueron clasificados por escala de Baltazar ( $p=0.001$ ) (Tabla 1).

**Conclusión:** Se encontraron cifras similares en cuanto al manejo intrahospitalario (ayuno, uso de sonda nasogástrica), no así en el uso de escalas. Llama la atención que se aplican más las escalas en el 2do. nivel de atención que en el 3ero.; esto se puede deber a un sesgo de conocimiento en el tema por parte de los médicos. Es muy importante destacar que independientemente del medio, los criterios de Ranson a las 48 h se aplican en menos de 50% de los casos y aún más en el 3er. nivel, en <20%. Es necesario plantear programas de educación respecto al conocimiento de estas guías y escalas para los médicos responsables del tratamiento de la pancreatitis aguda en estas instituciones.

**Patrocinio:** El presente trabajo no recibió patrocinio o apoyo económico.

## ID 305

### Tumor sólido pseudopapilar de páncreas. Serie de casos

Yahaira Berenice Rivera-Vicencio, Mayra Virginia Ramos-Gómez, Miriam Gabriela Reyes-Zermeño, Moisés Salamanca-García, Alejandra

Tabla 1. (ID 304).

	Nivel 2 (n=23)	Nivel 3 (n=124)	p	R (dependiente del hospital)
Escala Apache	0	37 (30%)	0.001	-0.209
Escala Ranson 24 h	19 (82%)	97 (78%)	0.472	
Escala Ranson 48 h	9 (40%)	15 (12%)	0.003	-0.261
Atlanta	17 (74%)	41 (33%)	0.000	-0.226
Ayuno	23 (100%)	101 (81%)	0.014	0.185
O2 suplementario	17 (74%)	50 (40%)	0.012	-0.169
Apoyo nutricio parenteral	15 (65%)	90 (72%)	0.496	-0.041
Uso de sonda nasogástrica	18 (78%)	95 (76%)	0.411	

Isaura Amezcua-Macías, Carlos Orlando Sisalima-Zuñá, Jorge Luis Pineda-Castillejos. Departamento de Gastroenterología y Patología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE. Ciudad de México. México. ganesha\_b@hotmail.com

**Antecedentes:** El tumor sólido pseudopapilar de páncreas (TSP) es una neoplasia poco frecuente descrita desde 1959, de bajo potencial maligno, que representa <1% de todas las neoplasias de páncreas. Los datos de imagenología son lesiones pancreáticas bien circunscritas de 6 a 13 cm, encapsuladas, con áreas hemorrágicas y quísticas. Histológicamente las células tumorales presentan citoplasmas eosinófilos, dispuestos alrededor de tallos fibrovasculares con patrón pseudopapilar, áreas de hemorragia, calcificaciones y necrosis. Inmunohistoquímica positiva a CD99, vimentina,  $\alpha$ 1-antitripsina, enolasa específica neuronal y  $\beta$ -catenina. Su patogénesis y líneas de tratamiento son poco claras debido a la baja incidencia.

**Objetivo:** Reportar una serie de casos de pacientes con diagnóstico de tumor sólido pseudopapilar de páncreas.

**Reporte de casos:** Se revisaron los archivos de patología de 2005 a 2014 y se incluyeron los diagnósticos de tumor sólido pseudopapilar de páncreas. Se verificó que los reportes de patología cumplieran los criterios histológicos determinados por la OMS. Se caracterizaron las manifestaciones clínicas principales del expediente clínico. Se identificó a un total de 6 pacientes con tumor sólido pseudopapilar de páncreas y se obtuvieron los datos que se presentan en la Tabla 1.

**Discusión:** En la literatura se encuentran reportadas series de casos que van de 5 a 718 casos la más grande. No hay reportes publicados en población hispana. La localización más frecuente es cabeza y cola. Las manifestaciones clínicas principales son: lesión palpable, dolor, fiebre e ictericia. La OMS lo cataloga como un tumor de bajo potencial maligno, sin embargo se han descrito tumores metastásicos.

**Conclusión:** EL TSP es una neoplasia rara que requiere resección quirúrgica, a pesar de que se conoce su bajo potencial metastásico y se desconoce su pronóstico y recurrencia. En México no existen series de casos publicadas.

**Patrocinio:** Este trabajo no tiene patrocinio.

**Tabla 1.** Características del paciente y presentación clínica. (ID 305).

Características del paciente	Comportamiento	
Edad	12-47 a	Promedio: 20.5 a
Sexo	Femenino	N= 4 (66.6 %)
	Masculino	N= 2 (33.3 %)
Tamaño tumoral	6 a 13 cm	Promedio: 8.8 cm
Localización	Cabeza	N= 3 (50%)
	Cuerpo	N= 3 (50%)
Síntomas clínicos principales	Masa palpable	N= 4 (66.6%)
	Dolor	N= 2 (33.3%)

## ID 307

### Potenciales evocados visuales P300 en el diagnóstico de encefalopatía hepática mínima

José Luis Pérez-Hernández, María de Fátima Higuera-de la Tijera, Andrés Lupián Sánchez, Claudia G. García-Foronda, Haydee Durán-Meza, Ulises Jiménez-Correa, E. Alfredo Servín-Caamaño, Daniel Santana-Vargas. Hospital General de México. Ciudad de México. México. josluiperez@hotmail.com

**Antecedentes:** El diagnóstico de encefalopatía hepática mínima (EHM) es complejo. Los potenciales evocados por estimulación visual (P300v) no han sido explorados en este contexto; éstos son una herramienta objetiva, capaz de detectar cambios mínimos en la función cerebral cuando se prueba para procesar la información. Se obtienen a partir de la sincronización del estímulo con el registro electroencefalográfico.

**Objetivo:** Evaluar P300v para el diagnóstico de EHM y compararlos con otras herramientas de diagnóstico.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes cirróticos y un grupo de sujetos sanos-contrroles. Se excluyeron los pacientes con encefalopatía hepática abierta, que tomaran medicamentos como antidepresivos, ansiolíticos y anti-amonio, así como los pacientes infectados o con diagnóstico previo de cualquier enfermedad neurológica. Todas las pruebas se aplicaron el mismo día: PHES, CFF, P300v y potenciales evocados P300 con estimulación auditiva (P300a); estos últimos estaban tomados como estándar de oro.

**Resultados:** Se incluyeron 26 controles sanos: 17 mujeres, edad  $39.69 \pm 8.7$ ; y 40 pacientes con cirrosis, 24 mujeres, edad  $56.10 \pm 9.23$ ; Child-Pugh A-B-C, 24-14-02. La frecuencia de detección de EHM fue: PHES 21 pacientes (52.50%), CFF 29 pacientes (72.50%), P300a 27 pacientes (67.50%) y P300v 30 pacientes (75%). La sensibilidad y especificidad fueron: 51.7% y 45.5% para FCC; 66.7% y 76.9%, para P300a; 60% y 70% para P300v. Los valores predictivos positivos y negativos fueron: 76.9% y 51.2% para P300v. El valor de corte en la curva ROC fue de 38.2 Hz para CFF y 383 milisegundos para P300v.

**Conclusión:** En la actualidad no existe una herramienta de diagnóstico ideal para EHM. P300v no han sido evaluados en este entorno. Igual que P300a, P300v muestran una mayor sensibilidad y especificidad que CFF. También los valores predictivos fueron mejores para P300v que para las otras herramientas de diagnóstico.

**Patrocinio:** por CONACYT.

## ID 308

### Mezcla de emulsión de lípidos en nutrición parenteral para la prevención de colestasis en neonatos

Netzi Carolina Arreola-Valdés, Jorge Chávez-Sáenz, Óscar Eduardo Ceja-Mejía. Hospital General de Occidente. Guadalajara, Jal. México. netzi\_carolina@hotmail.com

**Antecedentes:** La colestasis asociada con NPT es uno de los retos derivados del uso prolongado y se ha reconocido como un factor de riesgo para el desarrollo de colestasis neonatal. Las formulaciones a base de emulsiones de soya contienen altos niveles de fitoesteroles; estos agentes afectan adversamente el aclaramiento de ácido biliar y el daño de los hepatocitos. La colestasis relacionada con nutrición parenteral se diagnostica cuando se cuenta con bilirrubinas conjugadas >2 mg/dL, con uso de nutrición parenteral durante más de 14 días.

**Objetivo:** Disminuir la incidencia de colestasis asociada con el uso de NPT mediante la administración de una mezcla de emulsión de lípidos con 15% de aceite de pescado.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte, con revisión retrospectiva, con dos grupos. Grupo de intervención: criterios de inclusión: RN que ingresaron al Hospital General de Occidente, al servicio de UCIN, que requirieran el uso de NPT por al menos 14 días, ya fueran prematuros menores de 34 SDG o RN con malformaciones para el uso de lípidos de pescado, enfermedad grave o que se suspendiera por más de 24 horas la administración de NPT con mezcla de emulsión de lípidos en estudio.

**Grupo control:** expedientes clínicos de pacientes que requirieron apoyo con NPT, con un aporte de lípidos a base de emulsión de aceite

de soya u oliva, que contaran con todos los datos requeridos para su captura. En el grupo control, se realizó la búsqueda de expedientes en la base de datos de la UCIN, de diciembre de 2013 a abril de 2015. Se encontraron 471 pacientes ingresados, 82 de ellos requirieron apoyo con NPT y de 65 de los cuales se recabaron expedientes completos. En el grupo de intervención, se tomó una muestra de 10 pacientes consecutivos, no aleatorizados, de julio de 2014 a octubre 2015, que requirieron NPT con la mezcla de emulsión de lípidos de aceite de pescado por más de 14 días iniciando con 1 g/kg/día el día 1 e incrementando paulatinamente hasta 3 g/kg/día, administrados durante 18 horas al día, cabalgado a NPT en "Y" con técnica estéril. Se realizó el análisis de resultados en SPSS 23, sacando *Ji cuadrada* y valor de *p*; sin embargo, no se encontraron con alguna significancia estadística por el tamaño de la muestra.

**Resultados:** Cabe destacar que los resultados de parámetros laboratoriales obtenidos, una vez comparado un grupo contra otro, resultan contrastantes. Es así como encontramos niveles séricos de bilirrubina directa al finalizar la nutrición parenteral con cifra máxima de 4 mg/dL en un paciente en el grupo de intervención en comparación con el grupo control, donde identificamos como cifra máxima 7.4 mg/dL. En el grupo control hallamos a 11 pacientes con colestasis con un porcentaje de 17% con respecto al 10% presentado en el grupo SMOFlipid. Encontrando de esta manera una incidencia de 3.9 casos por cada 100 RN vivos prematuros por año en el grupo control en comparación con el grupo de intervención, con 3 casos por cada 1,000 RN prematuros vivos por año, con una prevalencia una vez presente la enfermedad de colestasis en el grupo SMOFlipid en 0.10%, comparada con la prevalencia encontrada en el grupo control de 0.18%. Con estos resultados podemos obtener un riesgo relativo de presentación de la enfermedad de 1.8. Un resultado por demás importante fueron los días de estancia intrahospitalaria: un promedio de 29 días en el grupo de intervención en contraste con 39 días en el grupo control.

**Conclusión:** Es preferible el uso de una emulsión lipídica mixta (aceite de pescado, aceite de soya, aceite de oliva) en pacientes prematuros o con riesgo de requerir NPT por más de 14 días, ya que se observa disminución de la incidencia de colestasis asociada con la misma, así como de los días de estancia intrahospitalaria en pacientes de riesgo.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 309

### Trombosis de vena cava inferior en un paciente con pancreatitis crónica agudizada. Reporte de un caso

Ramiro Alejandro Rodríguez-Martínez, Alba Patricia Cardona-Mendoza, Alberto Casillas-Romo. Hospital Alta Especialidad Christus Muquerza. Monterrey, N. L. México. ramiro.a.rdz@gmail.com

**Antecedentes:** Existen complicaciones vasculares relacionadas con pancreatitis: 10-40% de los pacientes con pancreatitis crónica presenta trombosis de vena esplénica. La trombosis de vena cava inferior es una complicación poco frecuente en estos pacientes.

**Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con pancreatitis crónica agudizada complicada con trombosis de la vena cava inferior.

**Reporte de caso:** Hombre de 73 años con antecedentes de etilismo de 32 g/día y tabaquismo de 50 paquetes/año. Acudió a Urgencias por dolor y distensión abdominales de 5 días de evolución; a su ingreso: TA 110/70 mmHg, FC 84 lpm, FR 17 rpm y T 37°C; alerta, consciente, con distensión abdominal importante, peristalsis disminuida y dolor a la palpación en mesogastrio. Los resultados de laboratorio reportaron: Hb 15.5 g/dL, Hto 43.3%, leucocitosis 12.63 K/ $\mu$ L, 89% neutrófilos, plaquetas 320,000 K/ $\mu$ L, creatinina 1.8 mg/dL, triglicéridos 131 mg/dL, bilirrubina total 1.18 mg/dL, albúmina 2.7 g/dL,

hipocalcemia 7.6 mg/dL, GGT 62 U/L; amilasa 739 U/L y lipasa 569 U/L. La TAC de abdomen con contraste identificó páncreas atrófico con dilatación del conducto pancreático y calcificación gruesa a nivel de proceso uncinado de 1 cm, compatible con pancreatitis crónica agudizada. Se inició ayuno, hidratación y analgesia con mejoría del cuadro clínico. Posteriormente se agregó fiebre de 39°C, ascitis y edema en extremidades inferiores +++ y exacerbación del dolor abdominal, además de un episodio de edema agudo de pulmón, por lo que es ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos. Se realizó TAC toraco-abdominal de control que reportó derrame pleural de predominio izquierdo y defecto de llenado a nivel de vena cava inferior en la emergencia de venas renales compatible con un trombo. Se inició manejo con nutrición parenteral, analgesia y anticoagulación a base de enoxaparina, 60 mg SC cada 12 h, y continuó su evolución con mejoría. Egresó 21 días después de su ingreso con rivaroxabán, 20 mg cada 24 horas.

**Discusión:** La trombosis de vena cava es una complicación rara de la pancreatitis crónica; se propone que es el resultado de la hipercoagulabilidad sistémica y la lesión endotelial producidas por la liberación de citocinas proinflamatorias, vasculitis por contacto y liberación de enzimas pancreáticas a la circulación sistémica. El paciente presentó un episodio agudo de pancreatitis relacionado con consumo de alcohol con datos de cronicidad por TAC, además de trombosis de la vena cava inferior como complicación manifestada por ascitis y edema de miembros inferiores, a pesar de que se describe que más de la mitad de los pacientes puede cursar sin esta sintomatología o incluso asintomáticos.

**Conclusión:** Es importante mantener una vigilancia estrecha por la probabilidad de tromboembolismo pulmonar; el tratamiento se lleva a cabo con heparinas de bajo peso molecular de manera temprana y en casos de contraindicación mediante la colocación de un filtro de vena cava.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

**Patrocinio:** No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este estudio.

## ID 314

### Vólvulo intestinal en paciente embarazada: Reporte de un caso

Ileana Baltazar-Alba, Macario Salcido-Jiménez, Efraín Andrade-Villanueva, Abraham Guzmán-Lepe, José Antonio Velarde-Ruiz Velasco. Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal. México. ile\_alb@hotmail.com

**Antecedentes:** La obstrucción intestinal en las pacientes embarazadas es la tercera causa de abdomen agudo quirúrgico, pero entre ellas es sumamente raro el vólvulo intestinal; en la literatura se reportan menos de 15 casos en las últimas dos décadas de vólvulo en intestino delgado. Aunque es difícil diagnosticar un abdomen agudo durante el embarazo, resultan primordiales el diagnóstico y la intervención quirúrgica temprana para reducir la morbilidad materno-fetal.

**Objetivo:** Reportar el caso de una paciente embarazada con abdomen agudo secundario a vólvulo intestinal.

**Reporte de caso:** Paciente femenina de 21 años de edad que cursa embarazo de 14 SDG por fecha de última menstruación acude a urgencias por dolor abdominal. Con antecedentes ginecoobstétricos de dos gestaciones previas, un parto y una cesárea, hace cinco y dos años respectivamente. Refiere que inició con dolor abdominal en hipogastrio tipo cólico que posteriormente se generalizó a todo el abdomen hace 24 horas, acompañado de náusea y vómitos de contenido alimentario en 3 ocasiones y posteriormente dos en poso de café; sin presentar evacuaciones 72 horas previas a su ingreso.

Durante la exploración física, paciente taquicárdica, hipotensa, deshidratada, abdomen distendido, sin ruidos peristálticos, dolor a la palpación superficial y profunda, rebote positivo difuso, no se palpa fondo uterino. Tacto rectal con ampulla normotónica, sin heces, no neummatizada. Tacto vaginal con cuello uterino posterior, cerrado, blando, eutérmico, sin sangrado o secreción transvaginal. Feto vivo, con frecuencia cardíaca de 161 lpm. Los estudios de laboratorio a su ingreso reportaron: Hb 12.6, Hto 36, leucocitos 27.1, neutrófilos 94%, plaquetas 279, creatinina 0.59. Se sometió a laparotomía exploradora de urgencia en la que se encontró 800 mL de hemoperitoneo y asa de delgado rotada sobre sí misma con necrosis de 90 cm aproximadamente (a 145 cm del ligamento de Treitz y hasta 25 cm de la válvula ileocecal); se realizó resección de asa isquémica y anastomosis mecánica de ileon termino-terminal. La histopatología reportó enteritis necrótica. Posoperatorio sin eventualidades, iniciando vía oral al quinto día de la cirugía y egresándose al octavo día posquirúrgico.

**Discusión:** La obstrucción intestinal es la tercera causa de abdomen agudo quirúrgico en pacientes embarazadas. Adherencias, vólvulos e intususcepciones son las mayores causas de obstrucción intestinal en el embarazo; el vólvulo es la segunda más común y se presenta más en el tercer trimestre y el puerperio. Ocurre en 25% de los casos comparado con 3 a 5% en mujeres no embarazadas.

**Conclusión:** La mortalidad materno-fetal reportada es de 21 y 50% respectivamente. En nuestro caso se hizo una intervención quirúrgica temprana y la paciente concluyó su embarazo de manera adecuada, por cesárea, sin reportarse complicaciones posquirúrgicas, por lo que logramos reducir la morbimortalidad. Un abordaje laparoscópico podría ser útil para hacer un diagnóstico correcto y proveer un tratamiento temprano.

**Patrocinio:** Este trabajo no ha sido patrocinado por ninguna industria farmacéutica ni institución gubernamental.

## ID 315

### Frecuencia de síntomas gastrointestinales asociados a síndrome de intestino irritable (SII) en pacientes escolares y adolescentes encuestados con el cuestionario de síntomas gastrointestinales pediátricos versión Roma III (QPGS-RIII)

María González-Medina, Rodrigo Vázquez-Frías, Yunuen Rivera-Suazo. Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Ciudad de México. México. fda\_medina1109@hotmail.com

**Antecedentes:** El SII es un trastorno funcional gastrointestinal que está presente en 10 a 20% en edad pediátrica; sus síntomas son motivo frecuente de consulta, ausentismo escolar y disminución en la calidad de vida. En ausencia de datos de alarma puede diagnosticarse mediante el cuestionario de síntomas gastrointestinales pediátricos versión Roma III.

**Objetivo:** Identificar la frecuencia de síntomas gastrointestinales asociados a SII en pacientes escolares y adolescentes valorados con el cuestionario de síntomas gastrointestinales pediátricos versión Roma III.

**Material y métodos:** Estudio transversal, observacional, tipo encuesta realizado en participantes escolares de 8 a 17 años del Distrito Federal y el Estado de México. Muestreo no probabilístico, por conveniencia, casos consecutivos. Análisis de frecuencia y medidas de tendencia central.

**Resultados:** La edad promedio de los participantes fue de 14.72 años  $\pm$  2.4 años (rango 9-17 años), 60.3% fueron femeninos y 39.7% masculinos. Los síntomas relacionados con el síndrome de intestino irritable más frecuentes identificados en nuestra población fueron: hacer esfuerzo o pujar mucho para evacuar, sensación de no haber

evacuado completamente y urgencia para evacuar. El 6% completó criterios para integrar el diagnóstico de síndrome de intestino irritable.

**Conclusión:** Los síntomas más frecuentes fueron los relacionados con movimientos intestinales. La prevalencia de SII en población de 9 a 17 años oscila entre el 1% y el 14% de acuerdo con la estimación puntual encontrada en nuestra muestra.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 320

### Colestasis intrahepática familiar progresiva tipo 1: Reporte de un caso

Marcela Cervantes-Garduño, Karla Adriana Cóssetl-Sánchez, Miriam Sosa-Arce, Victor Manuel Monroy-Hernández, Senén Marino Téllez-Salmerón, José Antonio Chávez-Barrera. Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS. Ciudad de México. México. marscerv99@gmail.com

**Antecedentes:** La colestasis intrahepática familiar progresiva tipo I (PFIC tipo 1), o enfermedad de Byler, es una enfermedad autosómica recesiva que causa colestasis de origen hepatocelular en el primer año de vida. Histológicamente se caracteriza por colestasis canalicular y ausencia de proliferación ductal con metaplasia periportal biliar de los hepatocitos. Se asocia con mutación del gen *ATP8B1* que codifica para un transportador de amino-fosfolípidos dependiente de ATP.

**Objetivo:** Reportar el caso y evolución clínica de un paciente de 15 años 9 meses de edad con colestasis intrahepática familiar progresiva tipo 1.

**Reporte de caso:** Adolescente masculino, originario del Estado de México, de padres no consanguíneos, con 2 hermanos sanos, obtenido vía vaginal a término, con peso de 2.250 kg. En el segundo día de vida presentó alteraciones metabólicas (hipoglucemia) y hematológicas que ameritaron transfusión de concentrado eritrocitario y tratamiento hospitalario. Inició su padecimiento a los 15 años 1 mes de edad con náusea, vómito y hematemesis en tres ocasiones, acompañados de astenia y adinamia; permaneció en observación por unas horas y fue egresado sin tratamiento médico. Cuatro meses después presenta dolor abdominal en hipocondrio izquierdo de moderada intensidad, con exacerbación por ingesta de alimentos, evacuaciones disminuidas de consistencia, a lo que se agrega melena y tinte icterico en piel y mucosas acompañado de prurito intenso. A nuestro servicio ingresó a los 15 años 9 meses de edad para protocolo de estudio por hemorragia digestiva alta y síndrome colestásico. Se realizaron laboratorios de control: Hb 14.4 g/dL, Hto 39.5%, leucocitos 1,210 K/ $\mu$ L, NA 710 K/ $\mu$ L, plaquetas 39,000 K/ $\mu$ L, TP 14.8 s, TPT 31.7 s, glucosa 55 mg/dL, colesterol 83 mg/dL, triglicéridos 145 mg/dL, colesterol HDL 3.7 mg/dL, colesterol LDL 50.3 mg/dL, AST 57.2 U/L, ALT 53 U/L, DHL 286 U/L, FA 216 U/L, GGT 28 U/L, proteínas 6.07 g/dL, albúmina 3.75 g/dL, BT 31.23 mg/dL, BD 22.95 mg/dL, BI 8.28 mg/dL, ceruloplasmina 44.9 mg/dL, alfa 1-antitripsina 166 mg/dL; se descartó etiología inmunológica. USG abdominal: hígado aumentado de tamaño en forma moderada y difusa, de contornos regulares, ecogenicidad disminuida, la vena porta se encuentra dilatada en todo su trayecto, se observan múltiples colaterales, con flujo hepatopeto, sin observar shunt; mide 20 mm con una velocidad de 39 cm/s. La biopsia hepática reportó arquitectura conservada, con 10 a 12 espacios porta de aspecto hipoplásico con mínimo infiltrado inflamatorio crónico linfocitario, algunos de ellos con ausencia de conductos biliares y tapones de bilis, parénquima hepático con transformación acinar y de célula gigante, con colestasis celular y canalicular con fibrosis reticular perisinusoidal. Estudio endoscópico reporta vrices esofágicas grandes, vrices gástricas GOV2, gastropatía hipertensiva moderada a severa, nodular; se ligaron dos paquetes varicosos.

**Discusión:** Este caso muestra la forma de presentación de la PFIC tipo 1, con inicio de las manifestaciones clínicas de forma tardía, en la adolescencia, con predominio de colestasis hepatocelular sin otra sintomatología agregada, a diferencia de los casos publicados en la literatura.

**Conclusión:** Es una enfermedad rara con reporte de casos a nivel mundial. En México no se encontraron reportes previos de esta entidad.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 322

### Prevalencia de incidentalomas pancreáticos por tomografía en un centro de tercer nivel

Luz María Castro-Reyes, Martha Angélica García-Villanueva, Julieta Rodríguez-Jerkov, Mauricio de Ariño-Suárez, Claudia Isabel Blanco-Vela, Ricardo Humberto Raña-Garibay. Hospital Español de México. Ciudad de México. México. luzmagastro@gmail.com

**Antecedentes:** El cáncer pancreático es la cuarta causa de muerte por cáncer. La detección de lesiones incidentales en páncreas ha aumentado y no está claro si este aumento se debe a técnicas de imagen más sofisticadas o a incremento de la prevalencia. Los tumores quísticos pancreáticos se presentan entre aproximadamente 40% a 75% asintomáticos y cuando muestran síntomas generalmente son muy inespecíficos, como dolor y/o distensión abdominal.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de lesiones pancreáticas incidentales en pacientes sometidos a tomografía axial computarizada (TAC) por indicaciones no pancreáticas. Identificar las características demográficas de los pacientes.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes a los que se realizó TAC por indicación no pancreática de enero de 2013 a enero de 2016 en un centro de tercer nivel. Se analizaron características demográficas y hallazgos tomográficos. Las lesiones se estudiaron de acuerdo con sus características: morfología, localización, medición de unidades Hounsfield (UH). Se realizó estadística descriptiva; las variables continuas se definieron como media y desviación estándar. Para la comparación entre grupos se utilizaron las pruebas de *Ji cuadrada* y ANOVA. Se efectuó análisis univariado.

**Resultados:** Se incluyeron 64 pacientes con edad promedio de  $75.22 \pm 11.41$  años, de los cuales el 60.9% (N=39) perteneció al género femenino. Del total de casos, 23.4% (N=15) tenía antecedente de cáncer, con el de mama 6.3% (N=4) como el más frecuente, 53.1% antecedente de tabaquismo (N=64) y 20.3% (N=13) antecedente de DM2. La localización más frecuente del incidentaloma fue la cabeza 43.8% (N=28). El 57.8% (N=37) tenía morfología unilocular; de éstos se hizo diagnóstico preliminar de quiste en 48.4% (N=31), de nódulo en 31.3% (N=20), de calcificación en 15.6% (N=10) y de lipoma en 4.3% (N=3). Se encontró una asociación entre el género femenino y la presencia de lesiones quísticas (74.2% en mujeres vs. 25.8% en hombres,  $p < 0.05$ ), entre el género masculino y la presencia de calcificaciones (70% en hombres vs. 30% en mujeres,  $p < 0.05$ ) y entre la infiltración de la grasa peripancreática y la presencia de nódulo (66.7% vs. 25% en lesiones quísticas y 8.3% en lesiones calcificadas,  $p < 0.05$ ). Se encontraron diferencias significativas entre el tipo de lesión y la edad (quiste  $79.23 \pm 11.366$ , nódulo  $73.30 \pm 10.33$ , calcificación  $68.90 \pm 10.17$  y lipoma  $67.67 \pm 10.69$ ;  $p < 0.01$ ), así como en las UH (quiste  $18.10 \pm 39.64$ , nódulo  $47.10 \pm 15.73$ , calcificación  $336.50 \pm 146.417$  y lipoma  $-30.67 \pm 35.44$ ;  $p < 0.01$ ). En el análisis univariado, se identificó una relación significativa entre el antecedente fumador y las lesiones quísticas o nodulares,  $p < 0.05$ .

**Conclusión:** Las lesiones incidentales en páncreas son más frecuentes en adultos mayores y predominan en mujeres. Los incidentalomas son más a menudo lesiones quísticas. El antecedente de fumador se asocia con el hallazgo de lesiones quísticas o nodulares.

**Patrocinio:** El autor no recibió patrocinio.

## ID 323

### Causas más frecuentes de descompensación y mortalidad relacionada a etiología en pacientes con cirrosis hepática

Karla Rocío García-Zermeño, José Antonio Velarde-Ruiz Velasco, Francisco Álvarez-López, Edgar Santino García-Jiménez, Abraham Guzmán-Lepe, Diana Karen Tapia-Calderón, Laura Ofelia Olivares-Guzmán, José Antonio Mora-Huerta, Luis Enrique Colunga-Lozano. Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal. México. karla\_rocio15@hotmail.com

**Antecedentes:** La cirrosis hepática (CH) está aumentando a nivel mundial a un ritmo alarmante. El conocimiento de las principales causas de descompensación y muerte, y su relación con la etiología es deficiente. Tal información es importante para guiar la práctica con base en la evidencia. La evidencia actual basada en los estudios de los últimos 20 años sugiere que más de la mitad de las personas con CH muere por causas relacionadas con el hígado y los pacientes con etiología alcohólica presentan mayor riesgo de mortalidad en comparación con aquellos con etiología no alcohólica.

**Objetivo:** Describir las causas más frecuentes de descompensación en pacientes con CH, la mortalidad y su etiología.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio transversal y observacional; incluyó a pacientes ingresados al departamento de gastroenterología del Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde" a partir de enero hasta junio de 2016 con diagnóstico de CH y descompensación. Los datos fueron extraídos del expediente clínico y procesados con medidas de frecuencia y tendencia central para la obtención de porcentajes y promedios en base de datos electrónicos.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 103 pacientes (30 mujeres), con una media de edad de 53.3 años (27-90), de los cuales 57.3% (59) se estratificó en estadio Child-Pugh C, 37.9% (39) en Child-Pugh B y 4.9% (5) en Child-Pugh A. La principal etiología reportada fue por alcohol con 60.2% (62), seguida de infección por virus de hepatitis C (VHC) con coexistencia de alcohol en 12.6% (13). La principal causa de descompensación fueron las etiologías infecciosas, con 31.1% (32); éstas, en orden de frecuencia, fueron: peritonitis bacteriana espontánea en 10.7% (11), infección de vías urinarias en 7.8% (8), infección de tejidos blandos en 6.8% (7) y finalmente neumonía adquirida en la comunidad en 5.8% (5). La segunda causa más frecuente fue hemorragia de tubo digestivo alto de origen variceal con 30.1% (31), seguida de ascitis grado III en 16.5% (17), hemorragia de tubo digestivo alto no variceal como cuarta causa (12.6%, 13) y finalmente hepatitis alcohólica severa con 9.7% (10). La mortalidad encontrada fue de 33% (34); de ésta, 70% se debió a choque séptico y la etiología relacionada más frecuente fue alcohol, con 58.8% (20), seguida por VHC con coexistencia de alcohol en 29.4% (10), esteatohepatitis no alcohólica en 5.8% (2) y el mismo porcentaje de etiología autoinmune (IC 95% 0.4220-0.7326;  $p < 0.004$ ). La mediana de estancia hospitalaria fue 4.9 días (1-23).

**Conclusión:** En resumen, nuestro estudio ha descrito las causas de descompensación más frecuentes en pacientes con cirrosis hepática por cualquier etiología, siendo la más común la infecciosa. La mortalidad varía según la causa subyacente de la enfermedad hepática y su estadio. Los pacientes con cirrosis descompensada de etiología alcohólica tienen mayor riesgo de muerte comparados con otras etiologías. Con el fin de reducir la descompensación y la mortalidad, los programas de atención necesitan ser adaptados de acuerdo con la etiología y la etapa de la enfermedad.

**Patrocinio:** Este trabajo no ha sido patrocinado por ninguna industria farmacéutica ni institución gubernamental.

## ID 324

**Estudio epidemiológico de impacto esofágico alimentario e ingestión de cuerpo extraño en población mexicana**

Gabriela Navarro-Bustamante, Louis Francois de Giau-Triulzi, Alberto García-Menéndez, Edgardo Suárez-Morán, Alejandra Noble-Lugo, Mauricio de Ariño-Suárez, Luisa Victoria Fuentes-Ernult, Luz María Castro-Reyes, Claudia Blanco-Vela, Javier Ignacio Vinageras-Barroso. Hospital Español de México. Ciudad de México. México. gabynvrr@gmail.com

**Antecedentes:** La ingesta de cuerpo extraño/impacto alimentario es la tercera causa de urgencia endoscópica. La mayoría de los objetos ingeridos quedan atrapados en los sitios fisiológicos de estrechamiento esofágico. Se presenta predominantemente en hombres, con 65% de los casos. El impacto de alimentos es generalmente en esófago distal debido a patología como anillo de Schatzki, estenosis péptica, esofagitis eosinofílica o neoplasias.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de impacto de alimento y cuerpos extraños, y las características demográficas asociadas.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en el cual se incluyeron todos los casos reportados de ingestión de cuerpo extraño y/o impacto de alimento en el Servicio de Endoscopia del Hospital Español desde enero de 2009 hasta enero de 2016. Se realizó estadística descriptiva; las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar. Las frecuencias se expresaron como porcentajes. Para la comparación de las variables cuantitativas entre grupos se utilizó ANOVA y para las variables nominales pruebas de *Ji cuadrada*.

**Resultados:** Se incluyeron 25 pacientes. La edad media de la población fue de  $53.04 \pm 27.69$ ; 56% (N=14) mayores de 50 años. La mayoría de los pacientes (68%, N=16) pertenecía al género femenino y 8% (N=2) era diabético. En 80% (N=20) de los casos el impacto fue causado por alimento y 20% (N=5) por un cuerpo extraño no alimentario. El lugar más frecuente de impacto fue el esófago distal, 36% (N=9). La carne fue la causa principal de impacto por alimento, 28% (N=7). En 28% (N=7) de los pacientes se utilizó una técnica endoscópica combinada para la extracción (pinza de cuerpos extraños, canastilla, fragmentación y empuje a cavidad gástrica). El hallazgo endoscópico más frecuente fue el anillo de Schatzki, 20% (N=5) de los casos. Se encontraron diferencias significativas respecto a la localización del impacto en cuanto a la edad ( $40 \pm 23$ ,  $34 \pm 3$ ,  $66.4 \pm 19.9$ ,  $76.3 \pm 3.2$ ,  $19.5 \pm 24.7$  años, en esófago proximal, esófago medio, esófago terminal, unión esófago gástrica y antro, respectivamente;  $p < 0.05$ ). En cuanto a los cuerpos extraños no alimentarios: 60% (N=3/5) en el estómago vs. 20% (N=1/5) en el esófago proximal,  $p < 0.05$ ; y en relación con la localización del impacto de alimento: 45% en el esófago distal (N=9) vs. 15% en la unión esofagogástrica (N=3) vs. 20% en el esófago proximal (N=4) vs. 10% en el esófago medio (N=2);  $p < 0.05$ . Se tomó biopsia sólo a 5 de 25 pacientes, de los cuales 20% (N=1 paciente femenino de 20 años) presentó esofagitis eosinofílica y 80% (N=4) esofagitis crónica por reflujo.

**Conclusión:** La prevalencia de impacto fue superior en la población mayor de 50 años. La frecuencia de dismotilidad esofágica aumenta con la edad, lo que podría condicionar el impacto de cuerpos extraños. Contrario a lo reportado en la literatura, la frecuencia de impacto de cuerpo extraño/alimento fue mayor en mujeres. La esofagitis por reflujo fue el reporte histopatológico más frecuente. Una mayor prevalencia de ERGE y dismotilidad esofágica concomitante en mujeres podría explicar los resultados obtenidos. Nuestros resultados resaltan la importancia de estudiar bien a los enfermos con biopsias y estudios de motilidad esofágica, lo que podría dilucidar el origen (esofagitis eosinofílica vs. reflujo) y proporcionar una mejor comprensión de este trastorno y su manejo posterior.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 325

**Características epidemiológicas y etiología de cirrosis hepática en la ciudad de Veracruz**

Yolopsi Sánchez-Maza, Adolfo Noel Garma-García, Xaira Rivera-Gutiérrez, Ana Delfina Cano-Contreras, Fernando Díaz-Roesch, Orestes Cobos-Quevedo, Arturo Meixueiro-Daza, José María Remes-Troche, Federico Roesch-Dietlen. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver. México. yolopsimaza@gmail.com

**Antecedentes:** La cirrosis hepática se ha convertido en un grave problema de salud pública en la actualidad. En 2000 era la quinta causa de muerte en la población mexicana y actualmente es la cuarta. Se estima que para 2020 habrá 1 496 000 pacientes cirróticos y hacia 2050 la cifra alcanzará 1 866 000. Por este motivo es de gran importancia estudiar la prevalencia de este padecimiento y conocer las diferentes causas distribuidas por género y edad para poder dirigir campañas de orientación a la población general.

**Objetivo:** Describir el comportamiento epidemiológico y la etiología de la cirrosis hepática en la ciudad de Veracruz.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y ambispectivo de cuatro instituciones (Hospital Regional de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud, Hospital General No. 71 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Naval de la Armada de México e Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana) durante el periodo enero-junio de 2016, el cual incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico establecido de cirrosis hepática. Para el análisis de los resultados se utilizó estadística descriptiva y prueba de *Ji cuadrada* y se analizaron los datos con el programa SPSS v22.

**Resultados:** Se estudiaron 89 pacientes, con una media de edad de  $64.34 \pm 14.45$  años. La etiología más frecuente por género fue: alcoholismo (hombres 48%, mujeres 2%), virus de hepatitis (hombres 8%, mujeres 17%), hepatitis autoinmune (hombres 1%, mujeres 3%), hígado graso no alcohólico (HGNA) (mujeres 10%), biliar primaria (mujeres 2%), criptogénica (hombres 2%, mujeres 6%). Destaca que los hombres con oficio (22%) dominan la etiología de alcoholismo, seguidos de los profesionistas (18%) y amas de casa (4%). Los virus de hepatitis dominan en amas de casa, con un 15%, al igual que el HGNA, 9%.

**Conclusión:** Los resultados del estudio son preliminares y deben ser ampliados a un mayor número de casos; sin embargo, nos permiten apreciar que la principal causa de cirrosis hepática en la ciudad de Veracruz es el alcoholismo crónico, seguida de la infección por el virus de hepatitis C y emergiendo en el tercer lugar el HGNA; afectando a ambos géneros y en la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza hasta la séptima década de la vida. Consideramos que el conocimiento de estos aspectos es de gran utilidad para diseñar estrategias de detección y manejo oportuno con objeto de poder ofrecer mejor calidad de vida a los pacientes.

**Patrocinio:** No patrocinado.

## ID 335

**Reporte de caso: trichuriasis como causa de anemia diagnosticada por enteroscopia**

Martha Lizeth Herrera-Puc, Marcial Gerardo Reyes-Aguilar, Luis Ariel Waller-González, Magda Lucía Rodríguez-Casanova, José de Jesús Ramírez-García, Francisco Javier Tepepa-López, Teresa de Jesús Galicia-Gómez. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre., ISSSTE. Ciudad de México. México. dralizherrera@gmail.com

**Antecedentes:** La tricocefalosis es una helmintiasis intestinal causada por *Trichuris trichiura*. Su distribución geográfica es amplia, principalmente en las regiones del trópico húmedo y lluvioso. En las regiones marginadas del trópico mexicano es frecuente la parasitosis intestinal múltiple; por ejemplo, en las zonas rurales de Veracruz. El hábitat natural de *Trichuris* es el ciego y el colon ascendente, aunque puede extenderse a íleon y recto. La anemia hipocrómica puede atribuirse a la combinación de la pérdida sanguínea por la mucosa inflamada y las hemorragias petequeales. Se ha estimado una pérdida de 0.005 mL de sangre por parásito y por día.

**Objetivo:** Determinar en este caso trichuriasis como causa de anemia y la forma que se llegó al diagnóstico.

**Reporte de caso:** Masculino de 57 años originario de Xalapa, Veracruz. Alérgicos negados, hepatitis criptogénica desde hace 6 años. Inició padecimiento hace 9 meses con diarrea líquida, dolor de tipo cólico, sensación de distensión abdominal y descenso progresivo de la hemoglobina hasta 7 mg/dL que ameritó transfusión en ocho ocasiones. 12/2015 Colonoscopia: ciego y colon ascendente mucosa edematosa, con imágenes sugestivas de angiodisplasias, hasta los 30 cm del íleon terminal con al menos cinco lesiones vasculares puntiformes. Se envió a tercer nivel para manejo terapéutico debido a la localización de las lesiones vasculares en íleon se realizó enteroscopia retrograda el 06/2016 en la que se observó a los 20 cm del íleon terminal tres lesiones vasculares puntiformes y mucosa con zonas congestivas y dos estructuras filiformes blanquecinas, fijas a la mucosa con la parte libre de 2 cm de longitud, en la mucosa circundante lesiones vasculares puntiformes llegando al diagnóstico de parasitosis secundaria a *Trichuris trichiura*. Se regresó a su unidad de adscripción donde se corroboró el diagnóstico por el hallazgo de los huevecillos en el examen coproparascópico; recibió tratamiento antihelmíntico y hasta la fecha no ha disminuido la hemoglobina.

**Discusión:** La trichuriasis es una de las helmintiasis humanas más prevalentes en el territorio de la República Mexicana. Aparentemente estas infestaciones han presentado un descenso progresivo; sin embargo, no hay que olvidar, sobre todo en las zonas marginadas, estas enfermedades que pueden tener un curso crónico como el presente caso, en el que faltaron estudios coprológicos. Pero desde el punto de vista endoscópico aseveramos que es un recurso útil para visualizar algunos casos de parasitosis.

**Conclusión:** Existe una relación entre la anemia y la presencia de parasitosis secundaria a *Trichuris trichiura*. Se debe hacer hincapié en la implementación de medidas higiénico-dietéticas y al tener pacientes con anemia no descartar la posibilidad de parasitosis, sobre todo por la localización geográfica.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 337

### Disfunción del piso pélvico en la adolescencia secundario a endometriosis del tabique rectovaginal: Reporte de caso

Jaime Javier Cantú-Pompa, David Garza-Brambila, Emmanuel Montes-Ledesma, Sugely Fonseca-Martínez, Janeth Jacobo-Karam, Ignacio Cano-Muñoz, Claudia Hernández-Escobar, Luis Alonso Morales-Garza, María Teresa Sánchez-Ávila. Escuela de Medicina, Tecnológico de Monterrey. Monterrey, N. L. México. jjcantup@gmail.com

**Antecedentes:** La endometriosis del tabique rectovaginal es una de las formas más severas. Se estima una incidencia de 1 en 23,000 pacientes con endometriosis.

**Objetivo:** Presentar un caso de endometriosis del tabique rectovaginal.

**Reporte de caso:** Paciente de 12 años de edad con antecedentes de dispepsia y colitis en edad pediátrica, rinitis alérgica y asma. Un

año previo a su evaluación, inicia su menstruación con datos de dismenorrea, oligomenorrea y posteriormente metrorragia. Se solicitó un US pélvico que se reportó sin anomalías. Se le dio manejo con anticonceptivos orales durante 6 meses. El hábito intestinal previo constaba de evacuaciones con características III-IV en escala Bristol y de adecuada cantidad. Después se agrega distensión abdominal, meteorismo y estreñimiento severo de inicio subagudo; el hábito intestinal disminuyó a 1 evacuación diaria, con disminución progresiva hasta requerir uso de laxantes y enemas rectales hasta 3 veces por semana de manera intrahospitalaria para manejo evacuatorio. En la exploración física se palpa distensión abdominal con timpanismo, dolor a la palpación profunda en ambos flancos con tacto rectal doloroso. Colon por enema reporta colon catártico y área con sospecha de agangliosis. US abdomen y pelvis normal. Colonoscopia: colitis crónica y subaguda inespecífica con presencia de células plasmáticas, linfocitos y eosinofilia leve. Rectosigmoidoscopia con rectosigmoiditis. Manometría: E.A.E límites normales, E.A.I límites normales altos de presión, con presencia de reflejo anal inhibitorio sugerente de disfunción del músculo puborrectal y trastorno de sensibilidad rectal y disinergia del piso pélvico. US transperineal y endoanal: presencia de tabique rectovaginal, con imagen ovoidea, de 13.4 × 8.3 mm, sugerente de endometriosis del tabique. Defeco-resonancia: engrosamiento asimétrico del pilar izquierdo del músculo puborrectal con trastorno de la defecación con incapacidad de vaciamiento. Se trata con laxante osmótico, relajantes de músculo estriado, sesiones de biorretroalimentación, acupuntura y tratamiento hormonal; tras este manejo logra evacuaciones espontáneas.

**Discusión:** Se presenta el caso de una paciente con endometriosis del piso pélvico documentada por múltiples estudios de imagen. Su abordaje fue médico intentando proteger la integridad del esfínter anal obteniéndose una buena respuesta, aunque la literatura sugiere un abordaje quirúrgico agresivo.

**Conclusión:** Las nuevas técnicas de imagen de piso pélvico facilitan el diagnóstico de patologías que anteriormente eran de difícil diagnóstico. Considerar una prueba terapéutica médica antes de realizar abordaje quirúrgico en el manejo de pacientes con endometriosis del tabique rectovaginal.

**Patrocinio:** Este trabajo no ha contado con patrocinios de ningún tipo.

## ID 341

### Vasculitis leucocitoclástica de intestino delgado asociada a virus hepatitis C (VHC) en fase de cirrosis: Reporte de un caso

Luis Alberto López-Valenzuela, Nayeli X. Ortiz-Olvera, Rosalba Moreno-Alcántar, Luis Guillermo Castellanos-Pallares, Raquel Palos-Cuéllar, Xóchitl Lilián Cadena-Figueroa, Elías San Vicente-Parada. Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI. Ciudad de México. México. lualberto\_1985@hotmail.com

**Antecedentes:** La vasculitis crioglobulinémica es una enfermedad sistémica que afecta vasos de mediano y pequeño calibre, secundaria a la presencia de inmunoglobulinas y complejos inmunes circulantes que se precipitan a temperaturas menores de 37°C produciendo expansión clonal de linfocitos B. La etiología de 60% a 90% es infección por VHC y hasta 30% de los pacientes con VHC tiene crioglobulinas, con un riesgo anual de vasculitis crioglobulinémica de 3%. Los principales órganos afectados son la piel (55-80%) y el riñón (20%); la afectación intestinal es muy rara, de 2% a 4%, y constituye un signo de gravedad. El diagnóstico es clínico, bioquímico e histológico, y el tipo de crioglobulinas se establece mediante la determinación del criocrito.

**Objetivo:** Reporte de un caso y revisión de literatura.

**Reporte de caso:** Femenino de 54 años, con infección crónica por VHC secundaria a hemotransfusión a los 40 años. Se realizó biopsia hepática con diagnóstico de cirrosis hepática, no candidata a tratamiento antiviral por citopenias. Un año después cursó con hipertensión portal hemorrágica en tratamiento endoscópico con esclerosis de várices y BB; se efectuó cateterismo hepático con GPVH de 10 mmHg. En 1999 se practicó gastro-gastroanastomosis con esplenectomía como profilaxis secundaria por recurrencia de la hemorragia. Nuevo evento de hemorragia digestiva por úlcera duodenal 2 años previos. Se complicó con cuadro de peritonitis bacteriana espontánea por enterococos y trombosis portal aguda, por lo que recibió manejo con anticoagulación. Durante el último año con ascitis en tratamiento con diuréticos y eventos de encefalopatía hepática 6 meses previos, en manejo con disacárido no absorbible.

**Padecimiento actual:** Inicia 4 meses previos, con dolor abdominal, tipo cólico, difuso, intensidad 10/10, con duración de 30 minutos y distensión objetiva, frecuencia 1 vez al día, mialgias, artralgiás intensas, fatiga extrema y acrocianosis distal asociada con el frío.

**Exploración física:** hiperpigmentación generalizada, piel facial tensa y con aspecto de máscara, facies inexpresiva con reducción de la apertura bucal; abdomen con red venosa colateral, ascitis grado 2, con dolor a la palpación profunda en región de cuadrante superior derecho, con rigidez y tensión en los dedos de las manos y pies, así como piel de antebrazos.

**Laboratorios:** anemia normocítica y normocrómica, trombocitopenia, colestasis, hipoalbuminemia leve, y prolongación de tiempos de coagulación. Serología VHC (+), genotipo 1a, carga viral 395 UI/mL, Log 2.6 UI/mL, VHB y VIH (-), líquido de ascitis: con GASA >1.1, 24 PMN; se realiza BAAR, ADA y PCR para *Mycobacterium* negativos. Inmunológicos: IgG e IgM normales, factor reumatoide (+), ANA 1:640, hipocomplementemia C3 y C4, crioglobulinas (+), anti-DNA (-), anti RPN (-). Marcadores tumorales: Ca 125 (+), ACE (-), AFP (-), gastrina sérica normal. TAC: abdomen con probable adenocarcinoma de la segunda porción duodenal y ascitis grado 2. Panendoscopia con lesión isquémica circunferencial de la segunda porción duodenal, a descartar adenocarcinoma. Histopatológico compatible con enteritis isquémica, vasculitis leucocitoclástica de pequeños vasos.

**Discusión y conclusión:** El caso describe a una paciente con cirrosis hepática por VHC, no candidata a tratamiento al inicio de su padecimiento por citopenias. Durante su evolución presentó complicaciones crónicas propias de la hepatopatía y extrahepáticas por VHC, con cuadro de suboclusión intestinal secundario a vasculitis intestinal crioglobulinémica grave. En estos casos el tratamiento antiviral para VHC es prioritario. Considerando el estadio avanzado de la enfermedad hepática, la paciente es candidata a régimen de antivirales de acción directa más rituximab; también dosis bajas de esteroides son seguras. La afección intestinal es poco frecuente y aún menos frecuente el involucro del intestino delgado, confirmando un pobre pronóstico. El 100% de los casos presenta dolor abdominal y 50% suboclusión intestinal; 90% a 95% se acompaña de afección de piel y/o renal, y nuestro caso no. Se revisa la literatura en Pub-Med y se encuentran 3 casos similares al nuestro. El diagnóstico diferencial es con otras vasculitis como púrpura de Henoch-Schönlein y panarteritis nodosa.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 342

### Cistoadenoma hepático de fenotipo biliar: Presentación de un caso

Montserrat Sabanés-Hernández, Nahúm Méndez-Sánchez, Jorge Albores-Saavedra, Fredy Chable-Montero, Omar Falcón-Delgado, Cutberto Santoyo-Llamas. Fundación Clínica Médica Sur. Ciudad de México. México. montserrat.sabanesh@gmail.com

**Antecedentes:** El cistoadenoma biliar corresponde a menos de 5% de las lesiones quísticas hepáticas complejas, se encuentra principalmente en mujeres de mediana edad, el 85% de las veces es intrahepático y los que se forman en la vía biliar extrahepática o en vesícula biliar son raros. Suelen ser asintomáticos y su importancia radica en el riesgo que presentan de malignizar. Su tratamiento debe ser quirúrgico; la técnica con la que se realiza la resección también tiene implicaciones en el pronóstico a largo plazo y el riesgo de recidiva.

**Objetivo:** Presentar un caso de cistoadenoma hepático de fenotipo biliar.

**Reporte de caso:** Mujer de 45 años con 2 meses de dolor en hipocondrio derecho transfixivo, ENA 6/10, intermitente, acompañado ocasionalmente de náusea; se agrega cefalea, astenia, adinamia y escalofrío, sin fiebre. Se solicita ultrasonido hepático con lesión quística en el parénquima hepático con múltiples septos. Biometría hemática, química sanguínea y pruebas de función hepática dentro de parámetros normales. Se realiza tomografía abdominal con lesión quística compleja de contornos regulares definidos, con septos parciales y completos en su interior de 13.2 × 6.4 cm en el segmento I sin reforzamientos anormales. Se efectúa hepatectomía izquierda con extensión al segmento anterior derecho y se reporta cistoadenoma hepático de fenotipo biliar con receptores de estrógenos, progesterona y citoqueratina 19 positivos.

**Discusión:** El cistoadenoma biliar es un tipo de lesión quística hepática compleja, poco frecuente, cuya importancia radica en su potencial de malignización (hasta de 20%). Su presentación clínica es muy variable. Clásicamente se han descrito como lesiones conformadas por una capa simple de epitelio cuboidal o columnar con una base de tejido conectivo fibroso y estroma de tipo ovárico. La recurrencia es de hasta 48.6% en pacientes a los que se les realizó des-techamiento de la lesión contra 15.7% y 10% en hepatectomía parcial o mayor, por lo que no se recomiendan los procedimientos mínimamente invasivos.

**Conclusión:** Esta paciente representa un caso típico de cistoadenoma biliar excepto por la localización, ya que las lesiones bilaterales son las menos frecuentes. Los hallazgos patológicos y por imagen son los típicos descritos en la literatura y el manejo quirúrgico fue el recomendado para este tipo de lesiones.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 344

### Síndrome de Goldberg: Reporte de un caso raro con hepatoesplenomegalia e hipertensión portal

Mario César Peralta-Mateo, Miriam Gabriela Reyes-Zermeño, Lourdes Guadalupe Pedroza-Terán, Hugo Javier Albores-Velázquez, Eduardo Ramos-Raudry, Fanny Flores-Rentería. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE. Ciudad de México. México. m\_cesar\_p@hotmail.com

**Antecedentes:** La galactosialidosis es una enfermedad autosómica recesiva de almacenamiento lisosomal causada por deficiencia de la proteína protectora/catepsina A (PPCA), indispensable para la integridad y actividad de enzimas lisosomales B-D galactosidasa, neuraminidasa 1 y elastina. Se han reportado 100 casos en la literatura de los cuales 40% pertenece a las formas infantiles con descendencia japonesa en su mayoría. Existen tres fenotipos clínicos: infantil con hidropesía fetal, hepatoesplenomegalia, dimorfismos faciales variables, cardiomiopatía, mancha macular "rojo cereza" y disostosis múltiple, con alta mortalidad en los primeros años de vida; infantil tardía: después de 6 meses de edad, pero dentro de los primeros años de vida, con síntomas similares pero menos severos y supervivencia variable desde la infancia a la edad adulta; forma

adulto/juvenil: inicia a los 16 años, presenta ataxia, mioclonías, convulsiones, angioqueratomas, retraso mental progresivo y disostosis múltiple, con esperanza de vida similar a la población general. **Objetivo:** Reportar un caso poco frecuente que cursa con hepatoesplenomegalia e hipertensión portal, como reto diagnóstico en la práctica clínica.

**Reporte de caso:** Paciente masculino de 19 años, con talla baja, dimorfismo facial, doble sistema colector y hepatoesplenomegalia con red venosa colateral. La biopsia hepática reporto enfermedad de Niemann-Pick tipo B a los 7 años. Gammagrama con hepatoesplenomegalia, ectasia biliar grado leve, discinesia vesicular 25%. Osteoporosis, polineuropatía, trastornos del sueño y paroxismos, EEG con actividad anormal en temporal en manejo con levetiracetam, Ecocardiograma y gammagrama ventilación-perfusión normal. A los 18 años es valorado en nuestro servicio, donde se inicia nuevo abordaje diagnóstico, con determinación de la actividad de esfingomielinasa acida negativa, lo que descartó enfermedad de Niemann-Pick. Se determinó beta-galactosidasa baja en dos ocasiones, lo que hizo sospechar la patología, y se realizó determinación de la mutación en el gen CTSA positivo, lo cual confirmó nuestra sospecha diagnóstica. Laboratorios: pruebas de función hepática y coagulación en parámetros normales; beta-galactosidasa 1.1  $\mu\text{mol/l/h}$  (16.1-42.1); actividad de esfingomielinasa acida 6.1  $\text{mol/L/h}$  (>1.7  $\text{mol/L/h}$ ); confirmación de la actividad de beta-galactosidasa 0.8  $\text{nmol/h/L}$  (>5.0  $\text{nmol/h/mL}$ ); gen CTSA positivo.

**Discusión:** La galactosialidosis es una enfermedad genética de muy baja prevalencia y en su variante infantil tardía presenta trastornos neurológicos variables, dimorfismos faciales leves, disostosis múltiple, alteraciones renales y hepatoesplenomegalia con diferentes grados de hipertensión portal, como es el caso de nuestro paciente. Otras características pueden ser valvulopatías, discapacidad intelectual variable, trastornos auditivos, oftalmológicos y rara vez causa retraso psicomotor. El diagnóstico se realiza con la confirmación de la mutación del gen CTSA. El manejo es sintomático; se requiere vigilancia multidisciplinaria acorde con el sitio de afección.

**Conclusión:** La galactosialidosis es una enfermedad sistémica muy rara; la hepatoesplenomegalia es más común en la variante infantil y puede evolucionar a insuficiencia hepática con desarrollo de várices esofágicas que requieran seguimiento y tratamiento endoscópico oportuno. Esta enfermedad representa un reto diagnóstico para el clínico ya que requiere estudios especializados y una sospecha alta sobre la misma.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 346

### Propuesta de un nuevo esquema de tratamiento en hemorragia digestiva alta variceal

Alexcis Gilberto Avilés-González, María del Carmen Ávila-Langarica, María Auxiliadora Barragán-Valarezo, Seila Carolina Ramírez-Escobar, Tania Edurné Juárez-Barrientos, Scherezada María Isabel Mejía-Loza, Jaime Alberto González-Angulo Rocha, Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. dravalex@gmail.com

**Antecedentes:** El tratamiento para la hemorragia aguda por várices esofágicas consiste en restitución de volumen, profilaxis antibiótica, prevención de encefalopatía hepática, fármacos vasopresores y estudio endoscópico; el *gold standard* es la ligadura variceal con vasopresores. El consenso de Baveno VI da como pauta de tratamiento la ligadura variceal y utilizar vasopresores (terlipresina, somatostatina, octreótrido) por 5 días. La efectividad para el control de la hemorragia de los fármacos vasopresores y la ligadura variceal es de 80% y 90% respectivamente.

**Objetivo:** Determinar si la ligadura variceal más terlipresina a dosis de 2 mg en bolo y 1 mg endovenoso cada 6 horas por 72 horas es efectiva en el tratamiento de la hemorragia digestiva alta por várices esofágicas.

**Material y métodos:** Pacientes con hemorragia digestiva alta por várices esofágicas internados en el Servicio de Gastroenterología en el Hospital Juárez de México de enero de 2015 a marzo de 2016. Tipo de estudio: retrospectivo, transversal y descriptivo. Análisis estadístico: se utilizó el programa IBM® SPSS Statistics® versión 22 para la obtención de medidas de frecuencia relativas y centrales.

**Resultados:** Se encontraron 76 casos: 44 hombres y 32 mujeres con una media de edad de 53.92 años; a 70 pacientes (92.1%) se les realizó el estudio endoscópico en las primeras 24 horas, todos se sometieron a ligadura variceal y recibieron terlipresina endovenosa a dosis de 2 mg en bolo y 1 mg cada 6 horas por 72 horas. Tuvieron en promedio: creatinina 1.06, nitrógeno ureico 35.9, hemoglobina 8.59, plaquetas 120,657. En cuanto a las escalas, obtuvieron medias para Glasgow-Blatchford 11.76, Rockall 6.32, Child Pugh 8.86 (8 pacientes Child A, 36 Child B y 32 Child C); 50 (65.8%) tenían antecedentes de sangrado digestivo previos, recibieron en promedio 1.32 paquetes globulares; hubo resangrado a 30 días en 8 pacientes (10.5%) y 6 (75%) de los pacientes con resangrado tenían clasificación Child Pugh B, ninguno resangró a 90 días. El puntaje de la escala de Glasgow-Blatchford (11.44 para los que no resangraron y 14.5 para los que resangraron con  $p=0.025$  CI 95%) fue el único que demostró diferencia estadística en los pacientes que resangraron, pero no creatinina ( $p=0.712$ ), nitrógeno ureico ( $p=0.803$ ), hemoglobina ( $p=0.307$ ), plaquetas ( $p=0.675$ ), escala de Rockall ( $p=0.324$ ), puntaje Child Pugh ( $p=0.854$ ), escala MELD ( $p=0.889$ ), tiempo de realización de endoscopia ( $p=0.103$ ), género ( $p=0.307$ ), cantidad de paquetes globulares recibidos ( $p=0.690$ ), edad ( $p=0.317$ ) y si tenía sangrado previo ( $p=0.103$ ).

**Conclusión:** El esquema de ligadura variceal más terlipresina a dosis de 2 mg en bolo y 1 mg cada 6 horas por 72 horas tuvo una efectividad en el control de la hemorragia de 89.5%; esto es comparable con la dosis estándar que se describe en la literatura mundial, con el beneficio de un ahorro considerable de recursos.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 352

### Deficiencia de ornitín transcarbamilasa. Reporte de un caso

Miriam Sosa-Arce, Karla Adriana Cóssetl-Sánchez, Senén Marino Téllez-Salmerón, Marcela Cervantes-Garduño, José Antonio Chávez-Barrera. Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS. Ciudad de México. México. mirmisa22@gmail.com

**Antecedentes:** La ornitín transcarbamilasa (OTC) es una enzima mitocondrial expresada en hígado e intestino, cataliza la conversión de ornitina y carbamoil fosfato en citrulina. Su deficiencia se encuentra ligada al cromosoma X y representa el trastorno del ciclo de la urea más común. La presentación clínica es heterogénea y se caracteriza por síntomas episódicos hepáticos, gastrointestinales, neurológicos y/o psiquiátricos.

**Objetivo:** Reportar el caso y la evolución de un paciente con deficiencia de OTC.

**Reporte de caso:** Masculino de 2 años 6 meses de edad, originario de la Ciudad de México, de padres no consanguíneos, seno materno hasta los 7 meses. Inicia su padecimiento a los 6 meses de edad con cuadros intermitentes de vómitos posprandiales y deshidratación. Amerita hospitalización y tratamiento antirreflujo, cambio a fórmula hidrolizado extenso de suero y progresión a fórmula de aminoácidos, con mejoría parcial. A los 7 meses de edad sufre caída de 50 cm de

altura. A los 11 meses de edad presenta crisis epilépticas tónico-clónicas generalizadas, tomografía computarizada con hematoma subdural, amerita manejo quirúrgico y terapia intensiva. Evoluciona con elevación transitoria de aminotransferasas, tiempos de coagulación prolongados y deficiencia de factores VII y IX. Amonio inicial 57 µg/dL. A los 15 meses de vida ingresa a nuestro servicio por trastorno de la deglución y hemorragia de tubo digestivo bajo, con pruebas de funcionamiento hepático (PFH) normales. Se realiza estudio endoscópico y gastrostomía endoscópica percutánea. Biopsia de colon: colitis alérgica (10-20 eosinófilos por campo de alto poder), cultivos negativos, tamiz metabólico negativo y pruebas cutáneas con reactividad a soya, huevo, frutos secos, chocolate y leche. Recibe tratamiento antiepiléptico, inhibidor de bomba de protones, fórmula a base de aminoácidos inicial y posteriormente dieta licuada con restricción alimentaria. Veinticuatro horas después del egreso presenta vómitos posprandiales, AST 1,547 U/L, ALT 1,789 U/L, DHL 1,550 U/L, FA 5,72 U/L, GGT 203 U/L, proteínas 7.12 g/dL, albúmina 4.46 g/dL, TP 63.6 s, TPT 55.1 s, amonio: 752 y 926 µg/dL (25-94 µg/dL). Se administra benzoato de sodio y reducción proteica en dieta, con remisión de síntomas, normalización de coagulación y PFH. Tamiz metabólico en evento agudo: ácido orótico 730 mmol/mol, 3-hidroxibutírico 10 mmol/mol, etilmalónico 20 mmol/mol, 5-hidroxihexanoico 20 mmol/mol, málico 38 mmol/mol, adípico 30 mmol/mol, N-acetilaspártico 124 mmol/mol. Biopsia hepática: hepatocitos en patrón de mosaico, espacios porta con discreta fibrosis periportal, tinción PAS positiva.

**Discusión:** Este caso muestra la forma de presentación tardía de la deficiencia de OTC, con expresión clínica aguda intermitente. En el abordaje inicial el amonio sérico y el tamiz metabólico fueron normales, el diagnóstico se establece al determinarlos en evento agudo. Evoluciona satisfactoriamente con reducción de ingesta proteica, restricción de alimentos y benzoato de sodio.

**Conclusión:** Es una enfermedad rara con reporte de casos a nivel mundial. En la bibliografía revisada a nivel nacional no se encontraron reportes previos de esta entidad.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 353

### Albúmina como factor independiente de descompensación en cirrosis hepática

Seila Carolina Ramírez-Escobar, María del Carmen Ávila-Langarica, Alexcis Gilberto Avilés-González, María Auxiliadora Barragán-Valarezo, Felipe Zamarripa-Dorsey, Jaime Alberto González-Angulo Rocha. Servicio de Gastroenterología, Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. seila.carolina27@gmail.com

**Antecedentes:** Los pacientes con cirrosis hepática presentan disminución de la concentración de albúmina sérica, la cual se asocia con la descompensación de estos pacientes. Es importante analizar factores de riesgo independientes para de esa manera identificar oportunamente a los pacientes con cirrosis descompensada.

**Objetivo:** Analizar el valor de albúmina sérica como factor independiente de descompensación en cirrosis hepática.

**Material y métodos:** Se analizaron 368 pacientes hospitalizados de enero de 2014 a mayo de 2016 por descompensación de cirrosis hepática de acuerdo con encefalopatía hepática (EH), hemorragia digestiva alta variceal (HDAV), peritonitis bacteriana espontánea (PBE), ascitis (A) o infección (I). Tipo de estudio: descriptivo, retrospectivo y transversal. Las variables utilizadas fueron edad, género, etiología de cirrosis y tipo de descompensación. Análisis estadístico: frecuencia, porcentajes, media, T de Student.

**Resultados:** De los 368 pacientes, 60.8% (N=224) fue género femenino y 39.1% (N=144) masculino; la media de edad fue 61.9 años en mujeres y 54.1 en hombres. Se dividieron por etiología en: alcohol

126, virus hepatitis C 97, hígado graso no alcohólico 77, autoinmune 47, indeterminado 17 y fármacos 4. Se calcularon las medias de albúmina y MELD Na y se clasificaron con base en la presentación o no de descompensación. Se obtuvo una media general de albúmina de 2.64 g/dL y MELD Na 15.7 en descompensados, y en compensados 3.38 g/dL y 11 respectivamente. Se realizó comparación con los niveles de albúmina-MELD Na para analizar la relación entre ellos, obteniéndose valores significativos con  $p < 0.05$  (Tabla 1).

**Conclusión:** De acuerdo con los resultados obtenidos, los pacientes que presentaron algún tipo de descompensación tuvieron valores menores en la concentración de albúmina y mayor el valor de MELD Na en comparación con los que no presentaron descompensación con albúmina en concentraciones mayores y valor de MELD Na menor al comparar albúmina/MELD Na resultó tener correlación, por lo que el valor de albúmina podría utilizarse como factor independiente para predecir pacientes cirróticos descompensados.

**Patrocinio:** Este trabajo no cuenta con ningún tipo de patrocinio.

Tabla 1. (ID 353).

Descompensación	Presente		Ausente	
	Albúmina	MELD Na	Albúmina	MELD Na
HDAV	3.1	17	3.8	11.5
EH	2.9	14.6	3.4	10.8
PBE	2.7	16.2	3.5	9.7
A	1.5	15.7	2.7	11
I	2.9	15.3	3.5	12.3

## ID 365

### Conocimiento y uso de las guías de diagnóstico y manejo de pancreatitis aguda en Veracruz

Libertad Salgado-Vergara, Yolopsi Sánchez-Maza, Diego Iván Durán-Álvarez, Xaira Rivera-Gutiérrez, Ana Delfina Cano-Contreras, Fernando Díaz-Roesch, Fernanda Flores-Alfaro, Arturo Meixueiro-Daza, José María Remes-Troche, Federico Roesch-Dietlen. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver. México. liber\_250393@hotmail.com

**Antecedentes:** La pancreatitis aguda es una entidad multifactorial que produce una serie de respuestas sistémicas que condicionan respuesta inflamatoria sistémica y en algunos casos falla orgánica múltiple cuyas consecuencias pueden ser fatales; la gran mayoría demanda atención de urgencia y la detección de la gravedad del cuadro permite un manejo adecuado que logra disminuir su elevada morbimortalidad. Desde hace algunas décadas han sido publicadas diferentes guías de práctica clínica a nivel internacional, incluyendo nuestro país. Sin embargo, no existe uniformidad ni apego a ellas en las instituciones, quienes pueden o no aplicarlas o bien crear sus normas de manejo de acuerdo a los recursos con que cuenten e inclusive de acuerdo a su propia experiencia. Por ello consideramos de interés conocer el grado de aplicación de las guías de diagnóstico y manejo de la pancreatitis aguda que han sido publicadas en los hospitales del sector salud de Veracruz.

**Objetivo:** Describir el conocimiento y aplicación de las guías clínicas de diagnóstico y manejo de pancreatitis aguda por médicos en hospitales de Veracruz.

**Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y multicéntrico realizado en 5 hospitales de Veracruz, donde se encuestaron a médicos adscritos y residentes (urgencias, terapia intensiva, medicina interna, gastroenterología, cirugía y medicina familiar) acerca del conocimiento y empleo de guías clínicas de

pancreatitis durante el periodo abril-junio de 2016. Para su análisis se utilizó estadística descriptiva y prueba de *Ji cuadrada*.

**Resultados:** Se incluyeron 54 médicos, 38.9% médicos adscritos y 61.1% médicos residentes de diferente grado, con una media de años de ejercicio de  $9.7 \pm 10.36$ , siendo de medicina interna 40.7%, cirugía 25.9%, terapia intensiva 11.1% y urgencias 5.6%. Las guías mexicanas más conocidas fueron la Guía Clínica de Diagnóstico y Manejo de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (40.7%) y la Norma Oficial Mexicana de pancreatitis aguda (CENETEC) (40.7%). La guía extranjera más conocida fue American College of Gastroenterology (46.3%). En su aplicación, el 44.4% realiza la TAC a las 72 horas, el 75.9% no utiliza rutinariamente sonda nasogástrica, el antibiótico más usado es el imipenem en 44.4%, seguido de la ceftriaxona 18.5%, y la realización de cirugía sólo el 29.6% la indica después de la tercera semana.

**Conclusión:** A pesar de la amplia gama de guías que existen, la mayoría de los residentes y médicos adscritos de los hospitales de nuestro medio consultan la de CENETEC, aunque fue notorio que no hubo homogeneidad en su manejo y predomina la experiencia personal. Los resultados obtenidos de forma preliminar sugieren que debe darse mayor difusión a las guías nacionales para disminuir su morbimortalidad.

**Patrocinio:** No patrocinado.

## ID 370

### Ameboma colónico con abscesos hepáticos múltiples que simula neoplasia colorrectal metastásica. Reporte de caso

Jorge Luis Pineda-Castillejos, Mayra Ramos-Gómez, Miriam Gabriela Reyes-Zermeño, Carlos Orlando Sisalima-Zuñiga, Yahaira Berenice Rivera-Vicencio, Alejandra Isaura Amezcua-Macias. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". Ciudad de México. México. george\_pincer@hotmail.com

**Antecedentes:** La amebiasis es una infección causada por el protozooario *Entamoeba histolytica*. El espectro de la enfermedad va desde una infección disenteriforme hasta infecciones extraintestinales (abscesos hepáticos). El término ameboma se refiere a una rara complicación de una colitis amebiana que puede simular neoplasia colorrectal.

**Objetivo:** Reportar un caso de un ameboma en ciego que se acompañó de abscesos hepáticos múltiples que simuló una neoplasia colorrectal metastásica.

**Reporte de caso:** Masculino de 62 años con dolor abdominal, insidioso y progresivo de 20 días de evolución, de predominio en mesogastrio irradiado a cuadrante inferior derecho. Posteriormente se agregó hematoquecia, sin náusea, vómito, diarrea o fiebre. A la exploración física se observa con palidez de tegumentos. Abdomen con tumoración de  $6 \times 7$  cm en flanco derecho, dolorosa, adherida a planos profundos. Los laboratorios reportan: leucocitos 19.56, neutrófilos 17.09, hemoglobina 12.0, hematocrito 36.3, plaquetas 262. TAC de abdomen con múltiples imágenes hipodensas, difusas, con reforzamiento periférico y tumor en colon ascendente que disminuye la luz. Ultrasonido de hígado con múltiples imágenes nodulares hepáticas sugestivas de metástasis. Colonoscopia: lesiones de aspecto tumoral con áreas de necrosis y ulceraciones que no obstruyen la luz. Las biopsias de colon reportaron alteraciones inflamatorias leves e inespecíficas de tipo infeccioso (amebiano), úlcera aguda y colonias bacterianas. El tratamiento utilizado fue metronidazol y dihidrohidroxiquinoleína por 2 semanas intrahospitalarias con mejoría. Actualmente en seguimiento y asintomático.

**Discusión:** La amebiasis es una enfermedad de países en vías de desarrollo. Los pacientes con este tipo de afección desarrollan masas tumorales, exofíticas, inflamatorias conocidas como "amebomas". Su

incidencia exacta se desconoce. Se observó una presentación atípica con características de abscesos hepáticos acompañada de sangrado gastrointestinal bajo sin historia de fiebre o disenteria previa. Los hallazgos fueron altamente sugestivos de malignidad colónica metastásica. El tratamiento es conservador con antibióticos antiparasitarios.

**Conclusión:** El ameboma colónico que se acompaña de múltiples abscesos hepáticos es una rara complicación de la amebiasis invasiva con una incidencia poco establecida que puede confundirse neoplasia colorrectal. La conciencia sobre esta afección y el diagnóstico oportuno son importantes para iniciar un tratamiento médico inmediato a fin de disminuir la tasa de complicaciones.

**Patrocinio:** El trabajo no recibió patrocinio.

## ID 371

### Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes del Hospital General de México a 6 meses de su funcionamiento

Jorge Alberto Meléndez-Andrade, Nallely Bueno-Hernández, María Higuera-de la Tijera, Margarita Fosado-Gayosso, Azucena Casanova-Lara. Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México. Ciudad de México. México. jorge\_melende-2007@hotmail.com

**Antecedentes:** La frecuencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de tipo colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC) ha aumentado significativamente en los últimos años en México. La etiología se desconoce, pero se ha relacionado una interacción entre factores genéticos y ambientales como estrés, depresión, insomnio, tabaquismo, actividad física y lactancia materna (LM).

**Objetivo:** Conocer la epidemiología de la Clínica de EII del Hospital General de México a 6 meses de funcionamiento.

**Material y métodos:** Estudio transversal para determinar las características epidemiológicas de los pacientes con EII que acuden al HGM. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS vs. 22; se realizaron medidas de frecuencia, medias con desviación estándar (DE) y *Ji cuadrada* para evaluar diferencia entre grupo, considerando un valor de  $p < 0.05$  como significativo.

**Resultados:** Se incluyeron 50 pacientes en protocolo de estudio, de los cuales 31 cumplieron criterios de diagnóstico. De esta cohorte de pacientes 25 (80%) fueron CUCI y 6 (20%) EC. De los pacientes con CUCI 13 son mujeres y 12 hombres con promedio de edad de  $42 \pm 14$  años. De los pacientes con EC 4 son mujeres y 2 son hombres con promedio de edad  $44 \pm 15$  años. El tiempo con los síntomas antes del diagnóstico de CUCI es en promedio de 1 año y en EC es de 2 años antes de establecer el diagnóstico, con  $p=0.03$ . El 50% de los pacientes con CUCI y EC tiene tabaquismo y 84% refiere no haber realizado actividad física antes del diagnóstico. De acuerdo con LM, 88% de los pacientes con CUCI y 83% con EC recibieron más de 12 meses. El 93% refiere sufrir de estrés crónico antes del diagnóstico de EII y 64% de depresión crónica bajo tratamiento farmacológico. De todos los pacientes, 87% tiene manifestaciones extraintestinales de tipo articular y la mayoría de los pacientes con EC (83%) manifiesta úlceras orales, a diferencia de 24% en pacientes con CUCI con diferencia significativa de  $p=0.006$ . De los pacientes con CUCI 44% (11) se encuentra en remisión y 56% (14) con un grado de actividad clínica de la enfermedad; 48% (12) tiene extensión pancolitis, 56% (14) actividad grave endoscópica y 44% (11) actividad moderada histológica. En pacientes con EC el 50% es de patrón fistulizante y con extensión ileocolónica, con actividad de la enfermedad en 66% de los pacientes. La base del tratamiento en pacientes con CUCI son los 5-aminosalicilatos; 3 (12%) pacientes con CUCI y 1 (16%) con EC son esteroidependientes.

**Conclusión:** El retraso que tenemos en el diagnóstico de hasta 2 años podría contribuir a mayores complicaciones de la enfermedad. Se

deberá continuar el trabajo en la Clínica de EII para proseguir con la investigación en factores de riesgo ambientales que contribuyen al desarrollo de la enfermedad.

*Patrocinio:* Sin conflicto de interés. No hubo patrocinios.

## ID 372

### Escalas Maddrey y ABIC en el pronóstico de pacientes con hepatitis alcohólica: ¿cuál tiene mejor utilidad clínica?

Tania Edurne Juárez-Barrientos, Alexcis Gilberto Avilés-González, María del Rosario Herrero-Maceda, Monserrat Lilibeth Largacha-Barrero, Denise Maricel Espinoza-Delgado, Scherezada María Isabel Mejía-Loza, Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. taniaedurne@hotmail.com

*Antecedentes:* El pronóstico de los pacientes con hepatitis alcohólica puede estimarse usando criterios bioquímicos e histológicos. La función discriminante de Maddrey (FD) fue la primera puntuación que se desarrolló y sigue siendo la más usada. La limitación de la escala Maddrey es que sólo estadifica a los pacientes en dos categorías, graves o no graves. La hepatitis grave se define como un FD >32 y sólo considera el riesgo de mortalidad temprana. Se han propuesto otros índices pronósticos ya que se ha observado que la creatinina y el INR son determinantes en la sobrevida, por lo que más tarde se elaboró la escala ABIC (edad, bilirrubina sérica, INR y creatinina sérica) en la cual se incluyen tres categorías (riesgo bajo, intermedio y alto).

*Objetivo:* Determinar cuál de las escalas, Maddrey o ABIC, resulta más útil para predecir mortalidad a 30 y 60 días en hepatitis alcohólica.

*Material y métodos:* Se incluyeron todos los pacientes con hepatitis alcohólica grave que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Juárez de México en el periodo comprendido de enero de 2015 a julio de 2016 a los cuales se les aplicó las escalas Maddrey y ABIC, y se determinó la sobrevida a 30 y 60 días. Tipo de estudio: retrospectivo, transversal y descriptivo. Se utilizó el programa SPSS versión 22 para el análisis de los resultados.

*Resultados:* Se obtuvo un total de 35 pacientes de los cuales 3 fueron mujeres (8.6%) y 32 hombres (91.4%). El promedio de edad fue de 43.94 años. Se calcularon las escalas Maddrey y ABIC al ingreso. La mortalidad fue de 45.71% (16 pacientes) a 15 días, 57.14% (20 pacientes) a 30 días, 65.71% (23 pacientes) a 60 días y 68.57% (24 pacientes) a 90 días. Para los pacientes vivos la media del índice de Maddrey fue de 67.23 y la de la escala ABIC fue de 7.6. Para los pacientes fallecidos, la media del índice de Maddrey fue de 108.61 mientras que la de la escala ABIC fue de 10.04. Un índice de Maddrey <67.23 se correlaciona con un riesgo bajo e intermedio de ABIC ya que de los pacientes que cumplieron el puntaje antes mencionado tuvieron una sobrevida de 100% a 90 días. Cuando se comparó la media de Maddrey para pacientes vivos vs. pacientes fallecidos se obtuvo una  $p=0.007$ , y al comparar la media de ABIC para pacientes vivos vs. fallecidos se obtuvo una  $p=0.001$ .

*Conclusión:* El índice de Maddrey con puntaje menor o igual a 67.23 se correlaciona con riesgo intermedio y bajo de la escala ABIC. A pesar de que en la literatura internacional la escala de Maddrey arriba de 32 expresa gravedad, en este estudio se encontró un nuevo valor de corte. Por lo anterior se propone un nuevo valor de 67.23 en la escala Maddrey para predecir mortalidad a 90 días en la población mexicana.

*Patrocinio:* Ninguno

## ID 373

### El papel de la dieta en la sobreposición de ERGE y dispepsia funcional

Viridiana Montserrat Mendoza-Martínez, Mónica Rocío Zavala-Rosales, Tania de los Ángeles Mayorga-Marín, Ariel Pérez-Mendoza, Flor de María Montes de Oca-Salinas, Nallely Bueno-Hernández. Hospital General de México. Ciudad de México. México. viridiana\_2909@hotmail.com

*Antecedentes:* Enfermedades como la dispepsia funcional (DF) la y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) causan diversas manifestaciones clínicas, las cuales traen como consecuencia cambios en la calidad de vida de los pacientes. La DF se sobrepone parcialmente con la ERGE, lo que sugiere mecanismos patogénicos comunes. El papel de la dieta en estas condiciones no se ha investigado lo suficiente; sin embargo, la mayoría de los pacientes refiere alteraciones en los síntomas con determinados alimentos.

*Objetivo:* Evaluar el tipo de dieta asociada con DF y ERGE, así como a aquéllos que presentan síndrome de malestar posprandial (SMP) y síndrome de dolor en el epigastrio (SDE).

*Material y métodos:* Se realizó un estudio transversal analítico que consistió en aplicar una frecuencia de consumo de alimentos validada (FCA) a pacientes con diagnóstico de ERGE, DF y controles sanos que acuden al Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS v. 22, medidas de frecuencia, medias con desviación estándar (DE), la prueba t de Student y Ji cuadrada para determinar diferencias entre grupos; se consideró un valor de p significativo <0.05.

*Resultados:* Se incluyeron 127 sujetos, de los cuales 48 (38%) fueron controles y 79 (62%) pacientes con DF y/o ERGE; de éstos, 39 cursaban con ERGE y 62 presentaron sobreposición o DF. La edad promedio de los controles fue de  $41 \pm 15$  años y  $46 \pm 13$  años la de los pacientes. El 56% ( $n=27$ ) de los controles y 73% ( $n=58$ ) de los pacientes fueron mujeres. El promedio de IMC de los pacientes fue significativamente mayor que el de los controles (26.4 vs. 24.1,  $p=0.03$ ). Los resultados mostraron que el consumo de leche ( $p=0.01$ ), jitomate ( $p=0.003$ ), calabacitas ( $p=0.03$ ), huevo ( $p=0.01$ ), productos de maíz ( $p=0.02$ ), agua de horchata ( $p=0.01$ ), pastelitos industrializados ( $p=0.03$ ) y frituras ( $p=0.008$ ) se asoció más con la presencia de ERGE. El consumo de leche ( $p=0.007$ ), melón ( $p=0.04$ ), guayaba ( $p=0.02$ ), verduras verdes ( $p=0.04$ ), calabacitas ( $p=0.02$ ), pollo ( $p=0.01$ ), refresco ( $p=0.04$ ), pan dulce ( $p=0.03$ ), pastelitos industriales ( $p=0.04$ ) y frituras ( $p=0.009$ ) se asoció más con la presencia de DF. Por otra parte, se subanalizó a los pacientes que presentan SMP y se asociaron con manzana ( $p=0.01$ ), verduras verdes ( $p=0.04$ ), carne de puerco ( $p=0.01$ ), pastelitos industriales ( $p=0.04$ ), agua de fruta ( $p=0.02$ ), agua de horchata ( $p=0.01$ ), frituras ( $p=0.008$ ) y tomate ( $p=0.05$ ); con SDE se asociaron manzana ( $p=0.01$ ), cebolla ( $p=0.03$ ), chayote ( $p=0.03$ ), calabacitas ( $p=0.022$ ), pan dulce ( $p=0.030$ ), pastelitos industriales ( $p=0.044$ ), productos de maíz ( $p=0.04$ ), refresco ( $p=0.006$ ) y frituras ( $p=0.009$ ).

*Conclusión:* El tipo de alimentos de la dieta que más se relacionaron con ERGE, DF, SMP y SDE fueron leche, verduras verdes, pastelitos industrializados, frituras, refresco y agua de horchata.

*Patrocinio:* Este trabajo ha sido patrocinado por el Hospital General de México.

## ID 374

### Pancitopenia, neutropenia febril y neumonía por Mycoplasma pneumoniae secundarias a toxicidad por azatioprina en un paciente con enfermedad inflamatoria intestinal tipo CUCI. Reporte de caso y revisión de la literatura

Edgardo Misaél Vega-Peña, Arcadio Ramos-Castro, Virgilio Marroquín-Jiménez. Centro Médico Nacional Hospital de Especialidades, IMSS Puebla. Puebla, Pue. México. misarmi.86@gmail.com

**Antecedentes:** El efecto adverso más importante y letal durante el seguimiento de pacientes con inmunomodulación con azatioprina es la mielosupresión, la cual se puede presentar dentro de los primeros días a meses del inicio de la terapia. Se ha reportado que 85-89% de la población posee actividad normal de la enzima TPMT, 11-15% posee alelos de actividad intermedia y sólo 0.3% es homocigoto a actividad baja/nula.

**Objetivo:** Describir los efectos de la toxicidad de la azatioprina en pacientes con enzima de TPMT de metabolismo intermedio.

**Reporte de caso:** Masculino de 19 años, con 7 años de diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal tipo CUCI, Montreal E3 S2 A1. Antecedente de brote moderado 6 meses previos, tuvo remisión de la actividad con azatioprina, 100 mg/24 h, y mesalazina, 1000 mg/8 h. Peso 68.6 kg. Presenta fiebre, diaforesis, cefalea, artralgias, tos no productiva de 1 mes de evolución, con tratamiento de antibiótico ambulatorio sin mejoría. Cursa con 2 semanas de cianosis distal en ambientes fríos durante la última semana. A la exploración física: palidez de tegumentos, estertores basales izquierdos. Abdomen blando, sin datos de alarma. Evacuaciones Bristol 4-5, 2 al día, sin evidencia de hematoquecia o rectorragia. Estudios de laboratorio 2 semanas previas: Hb 11.8 g/dL, Hto 33.1, VCM 91.6, plaq 163,000, leuc 1,400, neutr 1,020, VSG 30 mm/h. Estudios a su ingreso: Hb 8.5 g/dL, Hto 10.9, eritr 1.18, VCM 92.4, plaq 36,000, leuc 2,400, neutr 220, linf 1,870. Bilirrubinas: total 0.4, directa 0.17, indirecta 0.23; ALT 30, AST 30, DHL 945 UI/L. TP 16.1, INR 1.18, TTP 52.8, VSG 54 mm/h, PCR 112.38. Reacciones febriles (-), EGO normal, crioaglutininas 1:2048 (rango normal <1:512). Se requiere incubación a 37°C de las muestras por aglutinación de las mismas. Panel viral con serología negativa para VIH, VHB, VHC. Urocultivos, hemocultivos, mielocultivo, cultivo de expectoración, BAAR: negativos. Frotis sangre periférica: linfocitos reactivos. Tele de tórax con patrón reticular. TCAR: neumonía patrón intersticial y atelectasias laminares. Anticuerpos positivos para *M. pneumoniae*, IgG 54.14, IgM 5.66. Medición de actividad de la enzima tiopurina metiltransferasa (TPMT) con metabolismo intermedio, actividad 10 nmol/h/mL RBC (normal >12nmol), genotipo TPMT\*1, TPMT\*3A. Tratamiento: suspensión de azatioprina, terapia con prednisona. Tratamiento antibiótico inicial de neutropenia febril; por neumonía intersticial se utilizó claritromicina. Se agregan hematínicos al inicio de la segunda semana. Mejoría bioquímica a las 2 semanas.

**Discusión:** En sólo 1 de cada 4 pacientes con mielosupresión puede confirmarse una deficiencia de actividad de la TPMT, por lo que no se recomienda que sea una práctica rutinaria. La disminución de la actividad de la enzima TPMT incrementa los metabolitos citotóxicos 6 tioguanina (6TGN, leucopenia) y 6-metilmercaptopurina ribonucleótido (6MMPR, hepatotoxicidad y mielosupresión). Por tanto, se incrementa el riesgo de infecciones oportunistas de acuerdo con la edad y el contexto clínico del paciente, como en el caso actual, que se acompañó de pancitopenia y una reacción de crioaglutininas secundaria a neumonía intersticial por *M. pneumoniae*.

**Conclusión:** En la práctica clínica diaria con inmunomoduladores es importante conocer los efectos adversos (metabolitos citotóxicos), los fenotipos posibles de actividad de la TPMT, así como el ajuste de las terapias en escenarios de mielosupresión.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 378

### Carcinoma cloacogénico (basaloide): Serie de casos y revisión de la literatura

Brenda Lara-Guajardo, Moisés Salamanca-García, Mayra Virginia Ramos-Gómez. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE. Ciudad de México. México. [brenda.larag@hotmail.com](mailto:brenda.larag@hotmail.com)

**Antecedentes:** El carcinoma epidermoide anal (CEA) constituye el 80% de las neoplasias del ano, pero menos del 5% de las gastrointestinales. Su incidencia se está incrementando, especialmente en ciertos grupos poblacionales de riesgo. El término carcinoma cloacogénico fue propuesto por Grimalsky y Helwig en 1956 para designar un grupo heterogéneo de neoplasias con origen en el epitelio de la zona transicional anal también llamado basaloide; es un subtipo histológico no queratinizante del CEA y solo constituye 2-3% de éstos, aunque se han reportado localizaciones excepcionales a nivel de recto.

**Objetivo:** Reportar una serie de casos con el diagnóstico poco frecuente de carcinoma basaloide con el fin de ampliar el panorama epidemiológico de éste en nuestra población.

**Reporte de casos:** De un total de 5 casos de carcinoma cloacogénico, solo 1 fue masculino; el rango de edad reportado va de 50 a 87 años. Entre las comorbilidades identificadas se encontró diabetes mellitus 2, hipertensión arterial e hipotiroidismo; el cuadro clínico característico en 100% de los pacientes incluyó rectorragia, dolor rectal en 85%, estreñimiento en 66% y pérdida significativa de peso en 33%. La principal localización fue anal en 4 casos y únicamente 1 de localización rectal. Al momento del diagnóstico sólo 1 se reportó metastásico: el basaloide rectal, cuyo tratamiento fue quimiorradioterapia paliativa; el resto recibió tratamiento quirúrgico en 33% y 66% quimiorradioterapia terapéutica con evolución favorable.

**Discusión:** El carcinoma basaloide (cloacogénico) es un tumor escamoso con un grado variable de diferenciación glandular; habitualmente se localiza en el canal anal y son muy pocos los reportes fuera de este sitio. En este trabajo aportamos 4 casos de carcinoma cloacogénico en canal anal y uno rectal, del cual sólo se encuentran 5 casos documentados en la literatura revisada, y en 4 de ellos la tumoración se ubicó en colon sigmoidees y un caso en la flexura esplénica del colon. En el desarrollo de estos tumores se han implicado inmunodeficiencias, antecedentes de displasia cervical, vulvar o vaginal, varones que tienen sexo con otros hombres e infección por VPH. En nuestra serie de casos no se encontraron ninguno de estos antecedentes; sin embargo, se identificó tabaquismo positivo en 33% de los casos y las comorbilidad fueron diabetes mellitus 2, hipertensión arterial sistémica e hipotiroidismo. Según lo publicado en los reportes de casos existe un predominio del género masculino en 80%, pero en nuestra serie 66% de los casos corresponde al género femenino. La edad media de presentación reportada es de 65-75 años, intervalo de edad que coincide con lo encontrado. El tamaño promedio de las lesiones fue  $\leq 2$  cm, únicamente 1 midió 4 cm y sólo 1 presentó ulceración.

**Conclusión:** En nuestros casos de carcinoma cloacogénico no se identificaron antecedentes de infección por VPH, displasia vaginal o vulvar ni inmunodeficiencias y tuvo mayor frecuencia en mujeres, lo cual difiere del comportamiento reportado en otras series de casos; de ahí la importancia de reportar las características de los pacientes diagnosticados con esta neoplasia, el cuadro clínico, la evolución y la respuesta al tratamiento con el fin de contribuir al diagnóstico temprano e impactar sobre el pronóstico de estos pacientes.

**Patrocinio:** Este trabajo no contó con patrocinio.

## ID 386

### Frecuencia de insuficiencia pancreática exocrina, determinada por elastasa 1 fecal en diferentes enfermedades pancreáticas y diarrea crónica con y sin esteatorrea, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" desde el año 2013 a 2016

Erika Faride Rodríguez-Aguilar, Daniel Alejandro Calle-Rodas, Jorge Hernández-Calleros, Mario Peláez-Luna, Luis Uscanga-Domínguez.

Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. efrafari@hotmai.com.

**Antecedentes:** En la insuficiencia pancreática exocrina (IPE) el páncreas es incapaz de producir y liberar suficientes enzimas pancreáticas al intestino delgado para digerir los nutrientes. La elastasa 1 (E1) es una enzima proteolítica específica del páncreas que se encuentra en altas concentraciones en las evacuaciones y se mantiene estable en su paso a través del tracto gastrointestinal. La determinación de E1 fecal como medida de función exocrina del páncreas es un test indirecto, no invasivo, que ha mostrado buena sensibilidad y especificidad para detectar niveles moderados y graves de insuficiencia pancreática exocrina (IPE).

**Objetivo:** El objetivo principal de este estudio fue determinar la frecuencia de insuficiencia pancreática exocrina, mediante la determinación de elastasa 1 fecal en diferentes enfermedades pancreáticas, en el INCMNSZ en el periodo comprendido entre 2013-2016.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo a través de la revisión de expedientes de pacientes a quienes se les solicitó prueba de E1 fecal en el INCMNSZ entre los años 2013-2016 como parte de su abordaje diagnóstico. La determinación de E1 fecal se realizó mediante técnica de ELISA, siendo el valor normal  $>200 \mu\text{g/g}$  de deposición. Valores entre  $100-200 \mu\text{g/g}$  de deposición representan insuficiencia pancreática exocrina moderada y  $<100 \mu\text{g/g}$  grave.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 62 pacientes en el estudio, 59 (95%) pertenecientes al INCMNSZ y 3 (5%) pacientes externos. Las principales indicaciones de solicitud fueron diarrea crónica (50%), pancreatitis crónica (16%), pancreatitis aguda (6%) y neoplasias pancreáticas (6%). Los valores de E1 fecal se pudieron obtener en 52 pacientes con una media de  $275 \mu\text{g/g}$  de deposición. Se encontraron los niveles más bajos con una media de  $133 \mu\text{g/g}$  de deposición en las neoplasias de cabeza de páncreas siendo concluyentes con insuficiencia pancreática exocrina moderada, seguido de pancreatitis aguda ( $262 \mu\text{g/g}$ ), diarrea crónica ( $293 \mu\text{g/g}$ ) y pancreatitis crónica ( $349.2 \mu\text{g/g}$ ).

**Conclusión:** La elastasa 1 fecal es un método indirecto para la detección de insuficiencia pancreática exocrina, encontrándose los valores más bajos en los pacientes con tumores de cabeza de páncreas. En este estudio, a pesar de tener un número pequeño de pacientes con tumores de cabeza de páncreas, en todos se encontró insuficiencia pancreática exocrina moderada.

**Patrocinio:** Este estudio no recibió patrocinio.

## ID 387

### Evaluación de la contractilidad de la unión esofagogástrica (UEG) en pacientes con acalasia por manometría de alta resolución (MAR)

Johana de la Concepción Pérez-Baldiodeda, Enrique Coss-Adame, Luis Alberto Chi-Cervera. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. enriquecossmd@gmail.com

**Antecedentes:** La acalasia es un trastorno motor esofágico primario caracterizado manométricamente por relajación incompleta del esfínter esofágico inferior y ausencia de peristalsis. Se clasifican en tres tipos de acuerdo con el patrón de presurización del cuerpo esofágico. Aún no se ha estudiado el vigor de la contracción a nivel de la UEG en pacientes con acalasia.

**Objetivo:** Investigar los patrones de contractilidad de la UEG en pacientes con diagnóstico de acalasia.

**Material y métodos:** Se analizaron de manera retrospectiva los trazos manométricos de pacientes con diagnóstico de acalasia utilizando

MAR en el periodo de enero de 2012 a marzo de 2016. De modo manual, se calculó el vigor de la contracción de la UEG utilizando el Smart-mouse, seleccionando 10 segundos en el periodo de reposo, que incluyó desde el borde superior al inferior de la UEG. Se realizó la misma medición durante 10 segundos posterior a la apertura de la UEG inducida por deglución y los 10 segundos subsecuentes. Se efectuó un promedio de 10 degluciones simples para ambos cálculos y se calculó un índice de contractilidad de la UEG al dividir la contractilidad durante el reposo entre el promedio de las 10 degluciones durante y posterior a la relajación. De igual manera se analizó la contractilidad de la UEG durante las degluciones rápidas (3 mL cada 2-3 s, 5 degluciones). Se resumen datos con medianas y cuartiles para cuantitativas y porcentajes para categóricas. Se aplicaron pruebas no paramétricas.

**Resultados:** Se evaluaron 45 pacientes: mediana de edad 43 (28.5-53), 33 mujeres. Se incluyeron 11 (24%) pacientes con tipo I, 31 (69%) con tipo II y 3 (7%) con tipo III. La media de contractilidad de la UEG en reposo fue de  $1,613.22 \pm 819.04$ . No hubo mayor contractilidad durante la deglución simple ( $1,722.47 \pm 759.77$ ,  $p>0.05$ ). Se observó un mayor vigor de la contracción posterior a la deglución  $1,917.39 \pm 971.98$  ( $p=0.001$ ), durante las degluciones rápidas  $2,055.58 \pm 1,182.23$  ( $p=0.001$ ) y posterior a las degluciones rápidas  $1,780.89 \pm 782.46$  ( $p=0.028$ ) en comparación con la contractilidad basal. Sin embargo, al clasificar a los pacientes con acalasia en los diferentes tipos, no se encontró diferencia en la contractilidad de la UEG basal ni durante o posterior a la deglución ( $p>0.05$ ). De igual forma no hubo diferencia en los índices de contractilidad de la UEG entre los tipos de acalasia.

**Conclusión:** En pacientes con acalasia, se observa un incremento de la contractilidad de la UEG posterior a las degluciones simples y rápidas, pero no durante la deglución simple, lo cual indica que existe mayor contractilidad de la UEG después de 10 segundos de iniciada la deglución, similar a lo reportado en pacientes con ERGE y que señala que el tono excitatorio se mantiene íntegro. Por el contrario, la contractilidad de la UEG observada durante las degluciones rápidas indica alteración del tono inhibitorio en pacientes con acalasia.

**Patrocinio:** No hubo patrocinio para este trabajo.

## ID 388

### Síndrome de sobreposición hepatitis autoinmune/colangitis esclerosante primaria asociado a colitis ulcerativa. Reporte de un caso

Raúl Antonio Zamarripa-Mottú, Arturo Mayoral-Zavala, Ricardo Sandoval-Salas, Carlos Mendoza-Segura, Frida Jazmín Robles-Rivera, Jonathan Ramos-García. Centro Médico Nacional Bernardo Sepúlveda Siglo XXI, IMSS. Ciudad de México. México. raulzm735@gmail.com

**Antecedentes:** Existe afección hepática en 30% de pacientes con colitis ulcerativa (CU). La asociación más frecuente es con colangitis esclerosante primaria (CEP); sin embargo, se han reportado casos en asociación con hepatitis autoinmune (HAI) y menos frecuentemente ambas entidades asociadas con CU. Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de CU variedad pancolitis (E3) que cursó con transaminasemia, colestasis e hiperbilirrubinemia. Se precisó biopsia hepática, paraclínicos de gabinete y estudios serológicos para el diagnóstico; posterior al tratamiento para las tres enfermedades presentó mejoría y se mantiene con remisión de la actividad tras 1 año de seguimiento.

**Objetivo:** Informar un caso de síndrome de sobreposición HAI/CEP asociado con CU.

**Reporte de caso:** Hombre de 19 años con diagnóstico de CU E3 por colonoscopia y biopsias a los 15 años de edad; fue tratado inicialmente con mesalazina, 1500 mg c/8 horas, azatioprina, 150 mg/día, y

prednisona, 1 mg/kg/día, logrando remisión y mantenimiento, con actividad leve desde entonces. Durante el seguimiento cursó con colestasis de patrón mixto: ALT y AST >10 veces el límite superior normal (LSN), FA y GGT >2 veces el LSN, hiperbilirrubinemia e IgG >2 veces LSN. Se suspendió azatioprina; se descartaron: consumo de herbolaria, infección por virus de hepatitis A, B, C, VIH, CMV, EB y componentes del TORCH. Sólo se demostró p-ANCA positivos (ANA, AMA, anti DNA, anti SSA y anti SSB negativos), perfil tiroideo normal; la colangiorenoscopia (CRM) no muestra alteración en la vía biliar. Se realizó biopsia hepática ante sospecha de hepatotoxicidad farmacológica vs. HAI con reporte de sobreposición HAI/CEP. Se inició tratamiento con prednisona, 50 mg/día, reducción progresiva, ácido ursodesoxicólico y continuó con mesalazina oral y tópica. Tras 4 semanas se observó disminución a colestasis leve con transaminasas e IgG normales y se reinició azatioprina. Luego de 1 año se encuentra con discreta colestasis, transaminasas e inmunoglobulinas normales, y CU E3 con actividad leve.

**Discusión:** Se diagnosticó síndrome de sobreposición HAI/CEP en un paciente con CU E3 con actividad leve; 1.5-7.5% de los pacientes con CU desarrollará CEP, 5-10% de pequeños conductos con CRM normal y 6-11% asociado a HAI, independientemente de la actividad de CU y constituyendo un factor de mal pronóstico para neoplasias malignas de colon y de la vía biliar, pobre respuesta al tratamiento y hepatopatía crónica. Esta entidad debe considerarse durante el seguimiento de estos pacientes para su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno individualizado.

**Conclusión:** La prevalencia e incidencia de la sobreposición HAI/CEP en CU son desconocidas en nuestro país. Debe sospecharse ante colestasis mixta en pacientes con CU, que no se explica por hepatotoxicidad ni infección por virus hepatotropos o a otro nivel. La biopsia hepática continúa siendo la piedra angular en el diagnóstico de esta enfermedad.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 389

### Manifestaciones gastrointestinales y hepáticas en enfermedad de Osler-Weber-Rendu. Reporte de caso

Ma. Guadalupe Martínez-Galindo, Martín Antonio Manrique, Miguel Ángel Chávez-García, Jony Cerna-Cardona, Teófilo Pérez-Corona, Ernesto Pérez-Valle, Griselda Martínez-Ramírez, Elvia Janeth Rubalcaba. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. dra\_martinezgastro@hotmail.com

**Antecedentes:** La enfermedad de Osler-Weber-Rendu o telangiectasia hemorrágica hereditaria es una enfermedad de herencia autosómica dominante. La característica clínica más importante es sangrado de las mucosas, telangiectasias viscerales y malformaciones arteriovenosas.

**Objetivo:** Dar a conocer presentaciones inusuales de la enfermedad de Osler-Weber-Rendu.

**Reporte de caso:** Femenino de 60 años sin antecedentes hereditarios de importancia. Anemia hipocrómica-microcítica de 6 años de diagnóstico en tratamiento, así como cuadros recurrentes de epistaxis; un internamiento previo por hemorragia digestiva caracterizado por rectorragia y hematoquecia, anemia, Hb 4.5, VCM 61.4, HCM 15.6. Se realiza colonoscopia que reporta várice en la unión ciego-ascendente y angiodisplasia en colon transverso. Panendoscopia con angiodisplasias en cuerpo, curvatura mayor y menor. Se realizó complementación diagnóstica con angiotomografía de abdomen donde se observó a nivel hepático múltiples vasos tortuosos intraparenquimatosos. Se dio tratamiento endoscópico, la várice colónica se obliteró, la hemorragia se autolimitó y los niveles de hemoglobina se recuperaron.

**Discusión:** La telangiectasia hemorrágica hereditaria consiste en un síndrome raro con herencia autosómica dominante. Es importante tomarlo en cuenta como diagnóstico diferencial; el cuadro clínico clásico está representado por la tríada: telangiectasias, epistaxis recurrente e historia familiar de cuadros hemorrágicos. La afectación visceral se produce en aproximadamente 25% de los casos.

**Conclusión:** La telangiectasia hemorrágica hereditaria es una enfermedad sistémica poco frecuente. El tratamiento incluye la búsqueda activa de malformaciones arteriovenosas en distintos parénquimas. El pronóstico es favorable si las complicaciones se diagnostican y tratan a tiempo.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 390

### Asociación de la evaluación anorrectal mediante exploración física y características manométricas en pacientes con incontinencia fecal (IF) y disineria defecatoria (DD)

Claudia Mayela Torres-Romero, Mario Pineda, Johana Pérez-Baldoceda, Enrique Coss-Adame. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. enriquecossmd@gmail.com

**Antecedentes:** La exploración física es fundamental para el diagnóstico de la patología anorrectal. La manometría anorrectal de alta resolución (MAAR) es de utilidad para confirmar y tipificar los trastornos de la musculatura del piso pélvico. Aunque se ha comparado al tacto rectal (TR) realizado por expertos y su asociación con alteraciones en la manometría anorrectal, no se conoce cuál es la asociación del TR realizado por personal en formación médica de alta especialidad y el diagnóstico manométrico.

**Objetivos:** Evaluar la asociación entre la exploración física anorrectal y el resultado de MAAR realizadas por médicos en formación en pacientes con DD e IF.

**Material y métodos:** Se revisaron retrospectivamente estudios de MAAR practicados a un grupo de pacientes con IF y DD que acudieron al laboratorio de motilidad gastrointestinal en el periodo comprendido entre marzo de 2014 a junio de 2016. Se realizó MAAR con equipo de perfusión de 8 canales (MMS, Holanda) en posición decúbito lateral izquierdo. Se efectuó TR con evaluación de la función contráctil anal voluntaria y maniobra defecatoria, la contracción y relajación del piso pélvico se categorizó como normal o inadecuada y se comparó con el resultado de las maniobras de contracción voluntaria y maniobra defecatoria durante la MAAR. El TR fue realizado por especialistas gastroenterólogos inscritos a un curso de motilidad gastrointestinal, con más de 20 exploraciones evaluadas con tutor (ECA). Se definió como contracción normal durante la manometría anorrectal el incremento del doble de la presión de reposo y una relajación de cintilla puborrectal y músculos propios del ano en presencia de relajación mayor de 20% de la basal. Las variables numéricas se resumen a manera de medianas y DE. Las variables categóricas se evalúan con proporciones.

**Resultados:** Se incluyeron 32 pacientes con estreñimiento y DD, media de edad  $54 \pm 16$ , 21 mujeres; y 40 pacientes con IF, media de edad  $64 \pm 12$ , 30 mujeres. En DD se muestran la media de presión anal en reposo ( $61.1 \pm 24.8$  mmHg), de contracción voluntaria ( $81.6 \pm 37.6$  mmHg) y presión residual anal durante maniobra defecatoria ( $87.3 \pm 32.4$  mmHg). En IF, se muestran los mismos parámetros (presión anal en reposo de  $46.9 \pm 16.9$  mmHg, contracción voluntaria  $61.9 \pm 30.8$  mmHg y presión residual anal durante maniobra defecatoria  $67.2 \pm 34.9$  mmHg). En DD, la evaluación de la contracción mantenida se catalogó en 92% como débil por TR, pero con buena respuesta por manometría. En IF, hubo una mejor relación entre el TR y manometría, observando una maniobra débil en 85% al comparar con manometría. En la maniobra defecatoria, los sujetos con DD

tuvieron 100% de asociación entre TR y manometría. En IF se encontró con contracción paradójica en 67% del total con maniobra defecatoria alterada en manometría.

**Conclusión:** Estos resultados muestran que en manos de médicos gastroenterólogos capacitados, el TR es una herramienta útil en pacientes con estreñimiento para diagnóstico de contracción paradójica, pero es menor en IF para la misma maniobra. De igual manera, la evaluación de la contracción en pacientes con DD es buena pero menor que en pacientes con IF. Se requiere un adecuado entrenamiento para evaluar la función contráctil anal mediante TR.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 403

### Percepción por los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico posterior a realizar un estudio de pHmetría

Cristina Gómez-Gutiérrez<sup>1</sup>, Johanna de la Concepción Pérez-Baldio-ceda<sup>2</sup>, Enrique Coss-Adame<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Fundación Clínica Médica Sur. <sup>2</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. enriquecossmd@gmail.com

**Antecedentes:** No existen datos claros sobre la opinión de los pacientes, ni la experiencia que tienen durante la realización de un estudio de pHmetría.

**Objetivo:** Determinar los hallazgos percibidos por los pacientes durante la realización de pHmetría.

**Material y métodos:** El estudio se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán durante el mes de junio de 2016. Se aplicó una encuesta a todos los pacientes que se realizaron pHmetría en el laboratorio de motilidad gastrointestinal. El cuestionario incluyó variables demográficas, resultados del estudio de pHmetría, así como síntomas, opiniones de cómo percibieron el estudio y satisfacción con el estudio. Se utilizó escala de Likert para graduar la presencia de síntomas y confort durante el estudio. Los datos se resumen con medianas y cuartiles además de proporciones. Se realizó estadística no paramétrica y prueba de *Ji cuadrada* de acuerdo con el tipo de datos.

**Resultados:** Se reclutaron 29 pacientes, 62% de mujeres, edad media  $48 \pm 13$  años e índice de masa corporal  $26.46 \pm 4.03$ . El principal síntoma reportado fue regurgitación en 65.5%, seguido por pirosis en 20.7%. El 58.6% refirió presentar síntomas todos los días en los últimos 3 meses y el 65.5% presentó síntomas el día previo al estudio. El 76% no asistió al trabajo/escuela y 93% no realizó sus actividades diarias con normalidad. El 59% reportó haber modificado su estilo de dieta durante el estudio. Se observó menor tiempo de sueño durante pHmetría ( $6.28 \pm 1.68$  vs.  $5.24 \pm 1.76$ ,  $p=0.03$ ) y mayores periodos de acostado durante el estudio en comparación con el día previo ( $0.28 \pm 0.5$  vs.  $0.76 \pm 1.2$  horas,  $p=0.024$ ). Al valorar incomodidad 37.9% refirió que fue regular. Durante el estudio 51.5% refirió presentar regurgitación y 20.7% pirosis. El principal síntoma nuevo durante el estudio fue náusea en 37.9%. La actividad con mayor dificultad de realizar durante el estudio fue comer en 62.1% y 41.4% restringió su comida en cantidad y disminuyó irritantes debido a aumento de síntomas. No hubo diferencias relacionadas con algunos de los parámetros de pHmetría y género ( $p=0.68$ ), discomfórt ( $p=0.12$ ), modificación de hábito de comer ( $p=0.20$ ) y una tendencia a presentar dieta restringida durante el estudio en mujeres en comparación con hombres ( $p=0.10$ ).

**Conclusión:** La gran mayoría de los pacientes modifica sus hábitos de trabajo/actividad, tipo de dieta y periodo de acostado. Aunque no hubo diferencias en la exposición al ácido o el diagnóstico de pHmetría durante el estudio entre los que modificaron conductas, las variaciones de estilo de vida durante la pHmetría pueden llevar a un estudio subóptimo para diagnóstico.

**Patrocinio:** Este trabajo no tiene ningún patrocinador.

## ID 404

### Hiperkalemia en cirróticos

María del Carmen Ávila-Langarica, Sheila Carolina Ramírez-Escobar, María Auxiliadora Barragán-Valarezo, Alexcis Gilberto Avilés-González, Alberto González-Angulo Rocha, Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. carmelitavila@hotmail.com

**Antecedentes:** La presencia de hipo o hiperkalemia es común en cirróticos; sin embargo, la prevalencia exacta y la importancia clínica en estos pacientes ha sido poco estudiada. La alteración en la función renal es una complicación frecuente en cirrosis avanzada, teniendo en cuenta que conlleva una disminución en la filtración glomerular y puede conducir al aumento en los niveles de potasio sérico. La hiperkalemia podría tener relevancia pronóstica y considerarse un marcador latente de mayor morbilidad.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia e importancia pronóstica de la hiperkalemia en cirróticos hospitalizados.

**Material y métodos:** Pacientes cirróticos hospitalizados desde el 1 de enero de 2015 al 30 de julio de 2016. Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Variables analizadas: edad, género, etiología de la cirrosis, Child-Pugh, MELD, MELD-Na, mortalidad y reingresos. Análisis estadístico: los resultados fueron analizados con medidas de frecuencia central para la obtención de porcentajes, media y desviación estándar. Se realizó t de Student para correlación de variables.

**Resultados:** De 238 pacientes hospitalizados, 30 (12.6%) presentaron hiperkalemia. Media de edad 54.8 años DS (desviación estándar) 11.1, 38.7% sexo femenino, 61.2% sexo masculino. Etiología de la cirrosis: 51.6% por alcohol, 16.1% por virus hepatitis C, 12.9% autoinmunitarias, 9.6% NASH, 9.6% otras causas. Child-Pugh: A 3.3%, B 40%, C 56.6% (Tabla 1).

**Conclusión:** La presencia de hiperkalemia tiene una correlación significativa con MELD y MELD-Na independientemente de los niveles de creatinina, por lo que puede considerarse como un factor pronóstico en cirróticos. Es necesario un estrecho seguimiento en estos pacientes.

**Patrocinio:** Este trabajo no cuenta con ningún tipo de patrocinio.

Tabla 1. (ID 404).

	Hiperkalemia FR normal N=9 (30%)	Hiperkalemia FR anormal N=21 (70%)
Potasio	5.4 DS 0.25	5.5 DS 0.75
MELD	16.3 DS 7.8	26 DS 5.76
MELD-Na	19.8 DS 7.3	28.5 DS 5.36
Potasio-MELD	$p<0.001$	$p<0.05$
Potasio-MELD-Na	$p<0.0002$	$p<0.05$
Mortalidad	2 (22.2%)	11 (52.3%)
Reingresos	0	1 (4.7%)

FR: Función renal.

## ID 405

### Encefalopatía hepática en diabéticos

María del Carmen Ávila-Langarica, Sheila Carolina Ramírez-Escobar, María Auxiliadora Barragán-Valarezo, Alexcis Gilberto Avilés-González, Alberto González-Angulo Rocha, Felipe Zamarripa-Dorsey.

Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. carmelita-vila@hotmail.com

**Antecedentes:** La encefalopatía hepática (EH) es una de las complicaciones más graves de la cirrosis hepática (CH). La diabetes mellitus (DM) se ha asociado con una mayor prevalencia de EH, aunque los resultados de estudios no son concluyentes. Se cree que la DM favorece el desarrollo de EH por varias razones: la resistencia a la insulina favorece la degradación muscular y la producción de amoníaco, la diabetes puede incrementar la translocación bacteriana y prolonga el tránsito intestinal, lo que favorece el sobrecrecimiento bacteriano. Esto puede llevar a inflamación sistémica, que es importante en el desarrollo de EH.

**Objetivo:** Determinar en pacientes con cirrosis hepática y diabetes mellitus si la presencia de EH se asocia con mayor morbimortalidad.

**Material y métodos:** Pacientes cirróticos hospitalizados en el Servicio de Gastroenterología del 1 de enero de 2015 al 30 de junio de 2016. Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Variables analizadas: edad, género, EH, estadio de la enfermedad, mortalidad y reingresos. Análisis estadístico: los resultados fueron analizados con medidas de frecuencia central para la obtención de porcentajes, media y desviación estándar.

**Resultados:** De 238 pacientes, 46 (19.3%) son diabéticos. Edad media 59.3 años desviación estándar (DS) 10.7, 21 (45.6%) de sexo femenino, 25 (54.3%) de sexo masculino. Causas de hospitalización: hemorragia digestiva alta variceal 56.5%, neumonía 8.6%, otras causas 23.9%, infección de vías urinarias 6.5%, peritonitis bacteriana espontánea 4.3% (Tabla 1).

**Conclusión:** Los pacientes diabéticos con encefalopatía hepática presentan mayor morbimortalidad que aquéllos sin encefalopatía, por lo que la identificación de los mismos es importante para su manejo oportuno.

**Patrocinio:** Este estudio no cuenta con ningún tipo de patrocinio.

Tabla 1. (ID 405).

	Diabéticos con EH N=9 (19.6%)	Diabéticos sin EH N=37 (80.4%)
Child-Pugh A	-	9 (24.3%)
Child-Pugh B	4 (44.4%)	22 (59.4%)
Child-Pugh C	5 (55.5%)	6 (16.2%)
MELD	18.3 DS 8.7	13.2 DS 5.4
Glucosa	134.6 DS 65.3	196.6 DS 134.6
Mortalidad	3 (33.3%)	2 (5.4%)
Reingreso	1 (11.1%)	2 (5.4%)

## ID 407

### Prevalencia, grado de hipertensión portal y pronóstico en pacientes con atresia de vías biliares en la UMAE, Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS en el periodo de 2013 a 2016

Sergio Pacheco-Sotelo, María del Carmen Rocío Macías-Rosales, Yolanda Alicia Castillo-de León, Osvaldo García-Salazar, Livier Barajas-Castro, María Elena Camacho-Ramírez, Anel García-Montalvo, Nohemí Lilibiana Márquez-Quezada, Juan Carlos Padilla-Cervantes, Juan Rafael Zárate-Guerrero. UMAE, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Guadalajara, Jal. México. pacheco\_sotelo@yahoo.com.mx

**Antecedentes:** La atresia de vías biliares (AVB) es la causa más común de colestasis crónica que evoluciona a enfermedad hepática terminal y es la principal indicación de trasplante hepático en la población pediátrica.

**Objetivo:** Establecer prevalencia, grado de hipertensión portal y pronóstico en pacientes con AVB

**Material y métodos:** Se incluyeron todos los pacientes con AVB que ingresaron al Servicio de Gastroenterología en un periodo de 42 meses; además se identificó la prevalencia, el grado de hipertensión portal y el pronóstico por medio de la clasificación de Child-Pugh. Análisis estadístico: la prevalencia se obtuvo al dividir el número total de pacientes con diagnóstico de AVB entre el número total de ingresos al Servicio de Gastroenterología por cada año de estudio, frecuencias, porcentajes y asociación de variables con *Ji cuadrada*.

**Resultados:** Se incluyeron 26 pacientes. La prevalencia de AVB fue de 3.6%. El promedio de edad fue de 19 meses con una desviación estándar  $\pm 11$ , con un mínimo de 4 y un máximo de 39 meses, 18 (69%) del sexo femenino; a 16 pacientes se le realizó cirugía de Kasai. Trece (50%) de ellos presentaron várices esofágicas grandes de la clasificación de Baveno, 9 (35%) pequeñas y 4 (15%) sin várices. Se observó gastropatía hipertensiva grave en 11 pacientes (42%), gastropatía leve en 8 (31%) y sin gastropatía en 7 (27%). En 5 (19%) pacientes se identificaron várices gástricas. Los sujetos sin derivación de Kasai presentaron mayor grado de hipertensión portal ( $p=0.040$ ). Respecto al daño hepático, 4 (15%) se encontraban con Child-Pugh A, 15 (60%) B y 7 (27%) C. En los pacientes con Child-Pugh B y C se observó mayor grado de hipertensión portal ( $p=0.026$ ) y gastropatía grave ( $p=0.00$ )

**Conclusión:** Se encontró una alta prevalencia debido a que los pacientes incluidos en este estudio son originarios, además de Jalisco, de los diferentes estados del noroccidente del país al ser éste un hospital de referencia, donde la enfermedad hepática crónica ocupa uno de los primeros lugares como causa de hospitalización. De acuerdo con lo descrito en la literatura, se observó que los pacientes sin derivación bilio-digestiva presentan un mayor grado de hipertensión portal, además de que la presencia de várices esofágicas grandes y gastropatía hipertensiva severa se asoció con pacientes con una calificación B y C de Child-Pugh.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 408

### Características de la dieta en pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) y su asociación con síntomas

Melissa Kenneth Delgado Bautista, María Fernanda García-Cedillo, Emmanuel Martínez-Hernández, Enrique Coss-Adame. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. enriquecossmd@gmail.com

**Antecedentes:** La dieta es un desencadenante de síntomas en pacientes con SII y se ha descrito que los componentes fermentables inducen una gran cantidad de estos síntomas. En nuestra población, son pocos los reportes del impacto que genera la dieta en pacientes con SII.

**Objetivo:** Evaluar el tipo de dieta en pacientes con SII y su asociación con síntomas.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio transversal en el cual se encuestó a pacientes que cumplieran criterios para SII de acuerdo con ROMA III y se les subclasificó según los hábitos intestinales en SII con estreñimiento, con diarrea y mixto. Las variables estudiadas fueron características demográficas, consumo de diversos alimentos, hábitos dietéticos y asociación de estos con síntomas, así como su gravedad de acuerdo con escalas de Likert. La

dieta se evaluó con un recordatorio de 24 horas. Los datos se resumen con medianas y percentiles. Los grupos se analizaron utilizando pruebas no paramétricas para variables cuantitativas y *Ji cuadrada* para variables categóricas. Se utilizó SPSS v21.

**Resultados:** Se reclutaron 26 pacientes, mediana de edad 24 (23-32), 22 mujeres. El índice de masa corporal en general fue de 22.8 (21.5-25.5). Al analizar los subtipos, se incluyeron 15 (58%) pacientes con SII-E, 10 (38%) con SII-M y sólo 1 (4%) con SII-D. El 100% de los sujetos refirió la asociación de síntomas con alimentos. Considerando la cantidad de algunos alimentos, destaca que los pacientes con SII-E presentaron mayor reporte de síntomas al consumir yogur natural (0.018), nueces (0.020) y almendras (0.017); en contraparte, los pacientes con SII-M sólo reportaron mayor sintomatología con el consumo de jugos industrializados (0.035). Entre géneros sólo destaca que los hombres consumieron mayor cantidad de calorías (0.032). No se encontró que los hábitos y el consumo dietético tengan una influencia en la presencia de síntomas.

**Conclusión:** En nuestra población de pacientes con SII la asociación de la dieta con la generación de síntomas fue universal. Esto confirma la experiencia publicada por otros autores. Aunque existen diferencias entre subtipos y su asociación con síntomas, no se define un patrón de dieta distintivo entre los subtipos. Se requieren estudios con mayor número de pacientes y controles sanos para definir el tipo de dieta y su asociación con síntomas.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 409

### Falla hepática aguda por VHA, experiencia de 3 años del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Elías Artemio San Vicente-Parada, Ricardo Sandoval-Salas, Rosalba Moreno-Alcántar. Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Siglo XXI, IMSS. Ciudad de México. México. mihgz25@gmail.com

**Antecedentes:** La falla hepática aguda se define por la presencia de coagulopatía (INR >1.5) y desarrollo de encefalopatía en un individuo sin cirrosis previa con menos de 26 semanas de duración. La etiología varía a través del mundo; el paracetamol es la principal causa en países occidentales, en comparación con países de Asia, donde la infección por VHB y VHE es la causa principal. El riesgo de falla hepática por VHA varía entre 0.1-1%, es más común en pacientes adultos que en población pediátrica. La infección por VHA causa falla hepática fulminante en 0.35% de los casos.

**Objetivo:** Reportar características, supervivencia y complicaciones de pacientes que ingresaron en el HE del CMN Siglo XXI por falla hepática aguda por VHA.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión de expedientes de los pacientes con diagnóstico de falla hepática aguda que ingresaron entre el 1 de marzo de 2013 y el 31 de marzo de 2016 para identificar casos por infección de VHA (diagnosticada por Ac IgM para VHA +). En los seleccionados se buscaron las siguientes variables: edad, género, días entre la aparición de ictericia y el desarrollo de encefalopatía, nivel de ALT, BT, creatinina, pH, lactato y MELD (medidos al ingreso del paciente), serología para VHB y VHC, y supervivencia. Se identificó si requirieron terapia de soporte renal o diálisis con albúmina y tuvieron complicaciones durante su estancia. Se empleó el paquete estadístico SPSS 22 para manejo de los datos (se reportará la mediana de las variables cuantitativas y porcentaje para las nominales).

**Resultados:** Ingresaron 22 pacientes con falla hepática fulminante, 6 casos por VHA, que representan 27% de los pacientes que ingresaron por este motivo. La mediana de edad fue 27 años, 66.7% de género femenino, el tiempo entre la aparición de ictericia y el desarrollo de la encefalopatía fue de 5 días; 50% presentó encefalopatía hepática grado 3, con ALT de 1,785 UI, BT de 11.5 mg/dL,

creatinina de 0.83 mg/dL, pH 7.4 y lactato 1.9, y MELD de 22 puntos. Un paciente requirió soporte de diálisis con albúmina (MARs) por 48 horas y 1 presentó pancreatitis aguda leve; 50% cursó con infección de vías urinarias. La supervivencia fue de 83.3% (5 pacientes); el paciente que murió tenía serología positiva para VHC; el resto fue negativo para VHB y VHC.

**Conclusión:** Los pacientes con infección por VHA son jóvenes, con supervivencia >80% y sin desarrollo de lesión renal aguda, por lo que no cursaron con acidosis (existen reportes en la literatura de que la infección aguda por VHA puede causar lesión renal aguda en 8% de los casos). El VHA representa cerca de 30% de los ingresos por este motivo en el HE del CMN Siglo XXI, lo que difiere de otras series de casos occidentales. Llama la atención la presencia de serología positiva para VHC en el paciente que falleció, sin antecedente de hepatopatía crónica, lo cual puede deberse a una superinfección por VHA. La mitad de los pacientes presentó infección urinaria complicada por la estancia en la UCI y pancreatitis aguda asociada con VHA (una asociación poco común).

**Patrocinio:** No se recibió patrocinio para este trabajo.

## ID 410

### Abetalipoproteinemia: Reporte de caso pediátrico y revisión de la literatura

Juan Rafael Zárate-Guerrero, Yolanda Alicia Castillo-de León, María del Carmen Rocío Macías-Rosales, Sergio Pacheco-Sotelo, María Elena Camacho-Ramírez, María Rosa Flores-Márquez. Unidad Médica de Alta Especialidad en Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Guadalajara, Jal. México. jurazague@hotmail.com

**Antecedentes:** La abetalipoproteinemia, enfermedad rara con una frecuencia <1 en 100,000 nacimientos, se caracteriza por malabsorción de grasas e hipocolesterolemia. De origen autosómico recesivo, tiene su etiología en la mutación del gen que codifica la proteína microsomática transportadora de triglicéridos (MTP) necesaria para el acoplamiento y la secreción de quilomicrones en intestino y VLDL en el hígado. El diagnóstico se basa en historia de diarrea crónica con malabsorción de grasas, falla de crecimiento y un perfil de lípidos anormal. La endoscopia alta y la histología de las biopsias revelan la presencia de depósitos de grasas en los enterocitos. La creatinina (CK) usualmente está elevada, así como las pruebas de función hepática; la esteatosis hepática es común. El tratamiento consiste en suplementación con ácidos grasos de cadena media y dosis altas de vitaminas liposolubles.

**Objetivo:** Reportar un caso de baja incidencia y revisar la literatura.

**Reporte de caso:** Femenino de 4 años de edad con antecedente de vómitos y diarrea crónica desde el mes de vida, con falla de metro dentro de su evolución. Conocida a la edad de 1 año 3 meses, cuando se encontró con desnutrición crónica moderada (TE -2.34, PE -2.89, PT -2.78); los síntomas se incrementaron con la ablactación y se agudizaban de forma particular con la ingesta de lácteos y grasas. No presentaba alteraciones oftalmológicas ni neurológicas. Se realizaron estudios con biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, gasometría, tamiz metabólico, electrolitos en sudor, inmunoglobulinas séricas sin alteraciones. Estudios de heces negativo. VIH, VHC, VHB e IgM para TORCH negativos. D-xilosa normal; sobresale perfil de lípidos con colesterol total de 50 mg/dL y triglicéridos de 10 mg/dL (bajos), transaminasemia con TGP de 59 mg/dL y TGO de 73 mg/dL, así como CPK de 191 U/l (elevada). El ultrasonido hepático con esteatosis hepática. Panendoscopia y rectosigmoidoscopia sin alteraciones; las biopsias de duodeno mostraron incremento de los linfocitos intraepiteliales en la lámina propia con severa vacuolización fina y pérdida del borde en cepillo de forma intermitente. Se identificó mutación en la proteína MTP.

**Discusión:** Considerar la abetalipoproteinemia en el abordaje de casos con diarrea crónica, sin datos clínicos particulares y con otras causas más comunes en la infancia, es un reto por la baja incidencia. Sobresalen los niveles muy bajos de colesterol y triglicéridos, y que la respuesta clínica al iniciar suplementación dietética es adecuada.

**Conclusión:** Reconocer la abetalipoproteinemia como una causa de falla de medro y de diarrea crónica que produce la malabsorción de grasas y deficiencia severa de vitaminas liposolubles, lo cual desencadena complicaciones a nivel neurológico y oftalmológico, las cuales pueden prevenirse con suplementación de las mismas a dosis altas.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 413

### Evaluación de la reserva peristáltica y patrón de contractilidad en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), utilizando dos pruebas de provocación con degluciones múltiples

Ernesto Cantú-Llanos, Johanna Pérez-Baldiodeda, Enrique Coss-Adame. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. enriquecossmd@gmail.com

**Antecedentes:** Las degluciones múltiples son una herramienta útil para el estudio de los mecanismos inhibitorios y excitatorios del esófago. Existen variantes de la prueba de degluciones múltiples que consisten en la administración de 5 degluciones de 3 ml y la prueba de 200 ml. Se desconoce cuál es la utilidad de estos protocolos en la evaluación de la función del esófago en sujetos con ERGE.

**Objetivo:** Identificar la inducción de reserva peristáltica y de contractilidad esofágica utilizando dos pruebas de degluciones rápidas múltiples en pacientes con ERGE.

**Material y métodos:** Se evaluaron de manera prospectiva los pacientes que fueron referidos al laboratorio de motilidad por el diagnóstico de ERGE a los cuales se realizó manometría de alta resolución utilizando un equipo de perfusión con un catéter de 22 canales (MMS, Holanda). Se incluyeron pacientes con ERGE no erosiva para este análisis. Con el paciente en decúbito supino se efectuó el estudio con 10 degluciones húmedas y posteriormente las pruebas de deglución múltiple; primero se hizo la prueba de 5 tragos rápidos de 3 ml cada uno (DRM) y después la prueba de 200 ml (D200) en una única ocasión cada una. Los datos se resumen con medias y error estándar de la media. Los grupos se analizaron con pruebas paramétricas para variables cuantitativas y *Ji cuadrada* para variables categóricas. Se realizaron correlaciones utilizando el método de Pearson. Se usó SPSS v21.

**Resultados:** Se incluyeron 96 pacientes, media de edad  $50 \pm 1.2$ , 57 mujeres. No se identificaron diferencias relacionadas con el género en ninguno de los parámetros de manometría basal o protocolos de deglución rápida. Al analizar el vigor de la contracción inducida al final de cada protocolo se observó que las DRM indujeron mayor vigor contráctil en comparación con D200 ( $1,133 \pm 137$  vs.  $446 \pm 72$ ,  $p=0.0001$ ) así como una mayor duración de la respuesta contráctil ( $3.41 \pm .24$  vs.  $2.3 \pm 0.31$  seg,  $p=0.006$ ). En el patrón de la contractilidad se observó mayor frecuencia de inducción de patrón peristáltico 60% vs. 20% ( $p=0.009$ ) y mayor inducción de inhibición deglutativa (52% vs. 39%,  $p=0.0001$ ) con DRM comparado con D200 respectivamente. Asimismo se identificó mayor número de contracciones fallidas (23 vs. 9%,  $p=0.014$ ) y mayor frecuencia de panpresurización (45% vs. 14%,  $p=0.012$ ) con D200 comparado con DRM. Las D200 indujeron menor vigor contráctil en comparación con el promedio de las 10 degluciones simples ( $1,281 \pm 107$  vs.  $446 \pm 72$ ,  $p=0.0001$ ) pero no hubo diferencias con DRM ( $p=0.35$ ).

**Conclusión:** La evaluación del vigor de contracción y reserva contráctil difiere entre protocolos de degluciones rápidas; las DRM son las que inducen mayor vigor, mayor frecuencia de contracciones peristálticas, menor presurización y ondas fallidas. En sujetos con ERGE no erosiva las DRM parecen generar un mejor perfil para la evaluación de la función contráctil del esófago.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 417

### Caracterización de los abscesos hepáticos en una cohorte retrospectiva

Juanita Pérez-Escobar, Daniel Calle-Rodas, Luis Chi-Cervera, Aldo Torre-Delgado. Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. jspe\_83@hotmail.com

**Antecedentes:** En México, la incidencia anual de abscesos hepáticos amebianos era 6.7 por 100.000 habitantes en el año 2000, con una relación hombre/mujer de 12:1. La incidencia del absceso hepático piógeno varía geográficamente y está determinada por varios factores de riesgo, incluida la edad de la población, entre otros. Su incidencia oscila entre 0.007 y 0.016% de las admisiones hospitalarias, 11 por millón en la población en general y entre 0.29 y 1.47% en series de autopsias. La relación hombre:mujer es de 2.5:1.

**Objetivo:** Conocer la transición epidemiológica y caracterización del absceso hepático piógeno y amebiano en una cohorte retrospectiva.

**Materiales y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Criterios de inclusión: pacientes con 1 o más abscesos independientemente del origen y la etiología del mismo. Se excluyeron los pacientes con otros diagnósticos, expedientes incompletos y absceso en otro sitio. Se analizaron las variables demográficas de edad, sexo, tipo y número de abscesos, y las variables clínicas de agentes etiológicos, comorbilidades, días de estancia hospitalaria, estudios de laboratorio y gabinete, tratamiento terapéutico y complicaciones asociadas. Se analizó la distribución de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, frecuencias de estadística descriptiva, t de Student o U de Mann-Whitney y la prueba de *Ji cuadrada*. Se utilizó el software SPSS v. 20.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 52 años, el género mayoritario masculino (59%). Predominaron los abscesos piógenos con 82.6%. Los síntomas más comunes fueron fiebre y dolor en hipocondrio derecho. Principales comorbilidades: diabetes mellitus tipo 2 (31.7%) e hipertensión arterial sistémica (19.3%). Predominó la distribución múltiple en el caso de los piógenos (55.6%) y amebianos (62.5%); asimismo los abscesos en el lóbulo hepático derecho en los tres tipos de abscesos y los menores a 5 cm fueron los más frecuentes. El agente etiológico más frecuente en los abscesos hepáticos piógenos y mixtos (137) fue *E. coli* (24%). El principal esquema de antibióticos utilizados fue la combinación de cefalosporinas de tercera generación (ceftriaxona y ceftazidima) más metronidazol (60.2%). Las principales complicaciones que se presentaron fueron choque séptico, fistula biliar y recurrencia del absceso hepático (5, 1.9 y 1.9% respectivamente).

**Conclusión:** Los abscesos hepáticos piógenos se presentaron con mayor frecuencia. La mortalidad y las complicaciones fueron bajas debido a la adecuada respuesta al tratamiento y la disponibilidad actual de medicina intervencionista.

## ID 418

### Tuberculosis peritoneal y ascitis. Presentación de un caso

Alejandra Altamirano-Barrera, Nahúm Méndez-Sánchez, Norberto Carlos Chávez-Tapia, Fredy Chablé-Montero. Departamento de Gastroenterología y Hepatología y Departamento de Patología, Fundación Clínica Médica Sur. Ciudad de México. México. aaltamiranobarrera@gmail.com

**Antecedentes:** La tuberculosis peritoneal es una forma poco frecuente de tuberculosis extrapulmonar. Sin embargo, el diagnóstico temprano permite prevenir complicaciones y establecer el manejo adecuado. Su principal manifestación es ascitis en más de 73% de los casos.

**Objetivo:** Considerar esta entidad como diagnóstico diferencial en pacientes que debutan con ascitis.

**Reporte de caso:** Hombre de 61 años sin antecedentes de relevancia, el cual inició en diciembre de 2015 con dolor abdominal generalizado, cólico, intermitente, de intensidad moderada, sin factores atenuantes o exacerbantes identificados, acompañado de aumento del perímetro abdominal, tenesmo y disminución del calibre de las evacuaciones. Se agregaron picos intermitentes de fiebre y pérdida de peso de 5 kg en 4 meses. Presentaba anemia microcítica e hipocrómica y monocitosis, elevación de proteína C reactiva e hipoalbuminemia, y pruebas de función hepática normales, con perfil viral negativo. Se realizó ultrasonido y tomografía de abdomen las cuales confirmaron la presencia de ascitis sin otros hallazgos relevantes. Se realizó paracentesis con proteínas de 4.5 g/dL, albúmina de 2.09 g/dL y un gradiente sérico-ascitis de albúmina de 0.42. El Gram y el cultivo del líquido de ascitis fueron negativos. Se realizó PET que mostró aumento de metabolismo en la pared peritoneal; se tomaron biopsia de dichas regiones con aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis*. Se inició tratamiento con antituberculoso y el paciente experimentó mejoría clínica.

**Discusión:** Se presenta el caso de una patología poco frecuente; sin embargo, a lo largo de la historia los nuevos métodos diagnósticos y el conocimiento de dicha patología han permitido identificar más casos. La tuberculosis peritoneal se presenta en 31-58% de los casos de tuberculosis abdominal. Afecta a ambos sexos por igual y ocurre con más frecuencia entre los 35 y 45 años. Puede estar asociada con otras enfermedades sistémicas como cirrosis, falla renal crónica, VIH y enfermedad hepática por alcohol. Las manifestaciones clínicas son diferentes de acuerdo con el grupo de edad; los jóvenes son más sintomáticos. La presentación principal es ascitis en >73% de los casos, seguida por dolor abdominal generalizado en 64%. Pérdida de peso, diarrea y estreñimiento están presentes en 61%, 21% y 11%, respectivamente. Hepatomegalia y esplenomegalia se encuentran en 28% y 14% de los pacientes. La mejor prueba diagnóstica es el aislamiento del microorganismo en un cultivo. El tratamiento es farmacológico; la respuesta al mismo se manifiesta por resolución de los síntomas y desaparición de ascitis.

**Conclusión:** Es una patología que se debe conocer y tomar en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales de los pacientes con ascitis linfocítica y los que tienen un GASA <11 g/L. La laparoscopia sigue siendo el mejor método para la obtención de biopsias y el examen histológico para el diagnóstico correcto. Esta herramienta debe ser considerada en una fase temprana siempre que se sospeche tuberculosis peritoneal para que el tratamiento pueda iniciarse de manera eficaz.

**Patrocinio:** No tiene patrocinio.

## ID 420

### Características clínicas del páncreas ectópico

Alejandra Altamirano-Barrera, Norberto Carlos Chávez-Tapia, Fredy Chablé-Montero. Departamento de Gastroenterología y Departamento de Patología, Fundación Clínica Médica Sur. Ciudad de México. México. aaltamiranobarrera@gmail.com

**Antecedentes:** El páncreas ectópico (páncreas aberrante o heterotopia pancreática), se define como un tejido pancreático que carece de continuidad anatómica y vascular con el cuerpo principal del páncreas; se identifica en 2% de las autopsias. Se presenta en 70% a 90% del tracto gastrointestinal y puede afectar a cualquier grupo de edad, de forma mayoritaria a hombres en la sexta década de la vida; en mujeres la presentación es más temprana.

**Objetivo:** Describir las características demográficas y epidemiológicas de los casos diagnosticados histopatológicamente con heterotopia pancreática.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo en el cual se incluyeron pacientes con diagnóstico por biopsia de páncreas ectópico realizado en la institución en el periodo que va del año 2010 al 2016. Posterior a la obtención de los reportes histopatológicos se analizaron las características epidemiológicas relevantes sobre dicha patología.

**Resultados:** Se obtuvieron 17 casos con páncreas ectópico. De éstos, la principal localización es duodeno, que representa 41%; en segundo lugar en mucosa gástrica, en 29%. Se encontraron 2 pacientes con tejido pancreático en divertículo de Meckel y 2 en vesícula biliar. La mayoría de los casos ocurrió en hombres y el rango de edad fue de 20 a 91 años. La principal manifestación fue dolor abdominal.

**Conclusión:** La revisión de los datos epidemiológicos de esta cohorte permite conocer las características relevantes de dicha patología que nos harán pensar en el diagnóstico y de esta manera establecer el tratamiento indicado, el cual conlleva un pronóstico excelente si se realiza de manera temprana.

**Patrocinio:** No tiene patrocinio.

## ID 422

### La prueba de expulsión del balón y el tipo de patrón disinérgico: el patrón define la posibilidad de expulsión del balón

Mario René Pineda-de Paz, Emmanuel Espinal, Johana de la Concepción Pérez, Enrique Coss-Adame. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. enriquecossmd@gmail.com

**Antecedentes:** La defecación disinérgica es una entidad frecuente que afecta a más de la mitad de pacientes con constipación crónica. Es producto de un comportamiento adquirido en el que existe incoordinación entre los músculos abdominales y pélvicos para poder evacuar las heces. El diagnóstico se hace por clínica, manometría y prueba de expulsión del balón. La manometría puede distinguir entre cuatro patrones de defecación disinérgica y, según reportes recientes, la prueba de expulsión del balón tiene alta especificidad (80-90%), pero baja sensibilidad (50%).

**Objetivo:** Evaluar la correlación entre la prueba de expulsión del balón y el tipo de patrón de defecación disinérgica.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con estreñimiento crónico y defecación disinérgica atendidos en el Instituto Nacional de Nutrición durante 2014 a 2016. Se midieron variables demográficas, antropométricas y datos de manometría anorrectal, y prueba de expulsión del balón. Se usaron pruebas no paramétricas para el análisis y *Ji cuadrada*. Paquete estadístico SPSS v21;  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se estudiaron 72 pacientes: 57 mujeres (79.2%) y 15 hombres (20.8%); La mediana de edad fue 60 años (RIQ 47-68 años) y el IMC 26.2 (RIQ 22.7-28.9). Los pacientes con disinergia tipo I fueron 39 (54.2), con tipo III 30 (41.7) y con tipo IV 3 (4.2); no se observaron pacientes con patrón tipo II. De los 72 pacientes, 28 (38.9) sí expulsaron el balón y 44 (61%) no lo expulsaron. Según el tipo manométrico, el tipo III expulsó con mayor frecuencia el balón que los otros subtipos (tipo I: 17.9%, tipo III: 60%, tipo IV: 100%,  $p = 0.0001$ ). El patrón de defecación disinérgica tipo III se asoció con la expulsión del balón (OR 2.64, IC 95% 1.53-4.53,  $p = 0.000$ ) y el tipo

I se asoció con incapacidad de expulsión del balón (OR 0.38, IC 95% 0.20-0.74,  $p=0.0001$ ).

**Conclusión:** A pesar de ser sensible, la prueba de expulsión del balón no discrimina adecuadamente a los pacientes entre los diferentes patrones disinérgicos. En presencia de estreñimiento refractario a medidas médicas, se requiere realizar manometría anorrectal para concluir la presencia o ausencia de patrón disinérgico. En presencia de patrón disinérgico y expulsión del balón, se requieren pruebas adicionales para definir el diagnóstico de defecación disinérgica.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 424

### Variabilidad de los estadios de esteatosis determinados por el parámetro de atenuación controlada (CAP) del Fibroscan® en estudios consecutivos

Carlos Moctezuma-Velázquez, Luis A. Chi-Cervera. Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. mocmocte@hotmail.com

**Antecedentes:** El Fibroscan® es un dispositivo diseñado para evaluar de forma no invasiva la fibrosis hepática. Recientemente se agregó al mismo dispositivo la capacidad de estimar la esteatosis hepática mediante el parámetro de atenuación controlada (CAP). Se ha observado que la repetición del Fibroscan® en días distintos puede tener variaciones en el grado de fibrosis estimado hasta en 40% de los casos. Se desconoce la variabilidad del CAP en estudios pareados.

**Objetivo:** Determinar el grado de variabilidad de esteatosis estimada por CAP al realizar en dos ocasiones el estudio en días distintos en el mismo paciente.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal. Se incluyeron todos los pacientes que tuvieron al menos dos estudios de Fibroscan® en días distintos sin más de 30 días de diferencia entre ellos y que no estuvieran bajo algún protocolo y/o tratamiento encaminado al control de la esteatosis. Se evaluaron cambios en los estadios de fibrosis y esteatosis, así como variaciones absolutas en los valores de dureza (KPa) y el CAP (dB/m). Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva y pruebas no paramétricas para variables continuas, y *Ji cuadrada* para variables cualitativas con una  $p<0.05$ .

**Resultados:** La edad promedio fue de  $52\pm 13.4$  años, 40 pacientes (61%) fueron mujeres, la mediana de IMC fue 27 (23.8-30.6). Las indicaciones del estudio fueron enfermedad por hígado graso no alcohólico, hepatitis crónica por VHC y otras causas en 29 (44%), 30 (45%) y 7 (11%), respectivamente. La mediana de los valores del primer estudio para dureza fue 6.85 (5-11.8) KPa y del CAP fue 259 (208-315) dB/m; la distribución de fibrosis fue para F1 de 35 (53%) pacientes, F2 11 (17%) pacientes, F3 8 (12%) pacientes y F4 12 (18%) pacientes. La distribución de esteatosis fue para S0, S1-2 y S3 de 25 (38%), 18 (27%) y 23 (35%), respectivamente. Para el segundo estudio la mediana de dureza fue de 6.0 (4.6-11.2) KPa, la del CAP 268.5 (225-311) dB/m, los grados de fibrosis 36 (54%) para F1, 9 (14%) para F2, 9 (14%) para F3 y 12 (18%) para F4; con respecto a esteatosis las frecuencias fueron de 19 (29%) para S1, 24 (36%) para S1-2 y 23 (35%) para S3. Hubo variación en el grado de fibrosis en 15 (23%) pacientes y en cuanto al grado de esteatosis en 22 (33%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grado de dureza entre los dos estudios ni en el CAP. La concordancia entre los estadios de fibrosis fue considerable ( $k=0.8$ ) y para esteatosis moderada ( $k=0.5$ ). La edad y la talla fueron variables asociadas con variación en el estadio de fibrosis entre los estudios; no encontramos variables asociadas con variación en el grado de esteatosis.

**Conclusión:** La variabilidad del grado de esteatosis determinada por el Fibroscan® parece ser mayor que la del grado de fibrosis; en nuestra muestra hubo variación en el grado de esteatosis en 33% de los pacientes, frente a un 23% de la fibrosis. No encontramos variables asociadas con el cambio en la esteatosis. La muestra es pequeña y se necesita aumentar para poder evaluar las variables asociadas.

**Patrocinio:** Este trabajo ha sido patrocinado totalmente por el INCMNSZ.

## ID 426

### Frecuencia y comportamiento epidemiológico de la hemorragia de tubo digestivo alto en el Hospital Juárez de México

Yoali Maribel Velasco-Santiago, Raúl Uvaldo Aguilar-Moreno, Scherezada María Isabel Mejía-Loza, Nerina del Carmen Fernández-Martínez, Andy Gabriel Rivera-Flores, Felipe Zamarripa-Dorsey. Servicio de Gastroenterología, Hospital Juárez de México. Ciudad de México. yoavesan@gmail.com.

**Antecedentes:** La hemorragia de tubo digestivo alto es una condición médica común que se traduce en elevada morbilidad, mortalidad y costos. Presenta una incidencia global en los países occidentales de 50-170 casos por 100,000 habitantes. Es más común en el sexo masculino, con una frecuencia y gravedad mayor en los pacientes por arriba de los 60 años o con comorbilidades.

**Objetivo:** Evaluar los casos de hemorragia de tubo digestivo alto que ingresan al Servicio de Gastroenterología del Hospital Juárez de México.

**Material y métodos:** Pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto ingresados al Servicio de Gastroenterología del Hospital Juárez de México en el periodo comprendido de abril de 2015 a marzo de 2016. Tipo de estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo, observacional. Variables analizadas: edad, sexo y etiología del sangrado. Análisis estadístico: medidas de tendencia central.

**Resultados:** Se incluyeron 185 pacientes (73 mujeres y 112 hombres) con datos clínicos de hemorragia de tubo digestivo en quienes se identificó la etiología del sangrado con base en estudio endoscópico. El mayor número de casos se observó en los pacientes mayores de 50 años. Del total de pacientes, 92 (49.73%) mostraron enfermedad variceal y 93 (50.27%) no variceal. Dentro de estos últimos las causas identificadas fueron: úlcera péptica en 50 (53.76%), gastropatía erosiva en 20 (21.50%), vascular en 4 (4.30%), neoplásica en 5 (5.37%), úlcera posligadura en 6 (6.45%), síndrome de Mallory Weiss en 4 (4.30%), bulboduodenitis en 3 (22%) y 1 caso por hemobililia. En cuanto a los casos de hemorragia secundarios a úlcera péptica, con base en la clasificación de Forrest, el mayor número de ingresos se observó con sangrado inactivo (66%).

**Conclusión:** En nuestro medio, la hemorragia de tubo digestivo alto es una causa importante de ingreso hospitalario. La mayoría de los casos se debió a hemorragia de tubo digestivo no variceal y dentro de éstas por enfermedad ácido-péptica, seguida de la gastropatía erosiva. La enfermedad variceal se demuestra como una entidad relevante e inclusive se evidencia una frecuencia similar a la no variceal, lo cual concuerda con algunos reportes recién publicados que la consideran ya como la causa más frecuente de hemorragia de tubo digestivo alto.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 433

### Estado actual y características clínicas de la colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) en el Hospital Juárez de México

Tania Karina Godoy-Arista, Eumir Israel Juárez-Valdés, Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. taniskaris@hotmail.com.

**Antecedentes:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende dos entidades: colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) y enfermedad de Crohn. La prevalencia e incidencia varían ampliamente; la EII se ha considerado una enfermedad rara en México.

**Objetivo:** Determinar el estado actual de CUCI y sus características clínicas en el Hospital Juárez de México.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo, ambispectivo que incluyó a los pacientes evaluados en la consulta externa y diagnosticados con CUCI con base en criterios clínicos y endoscópicos con expediente completo y consultas subsiguientes en un periodo de enero de 2015 a julio de 2016. Se analizaron variables epidemiológicas como edad y género, clínicas como el índice Truelove-Witts, y morbimortalidad y tratamiento durante su hospitalización.

**Resultados:** La frecuencia de pacientes con CUCI fue de 31%; de los 19 pacientes vistos en consulta, sólo se hospitalizaron 6: 4 hombres y 2 mujeres. La edad promedio fue 45 años, con una mínima de 28 y máxima de 56. Contaban con score de severidad clínico y laboratorio (Truelove-Witts): 67% correspondió al moderado, 33% a severo y 0 a leve. De acuerdo con la clasificación endoscópica de Montreal 67% presentó pancolitis, 17% colitis izquierda y 16% proctitis. En cuanto a la sintomatología inicial se observó que 39% tenía hematoquecia como síntoma principal, 31% dolor abdominal, 15% pérdida ponderal y sólo 15% presentó fiebre. Refiriéndose a la morbimortalidad, sólo 6 pacientes se hospitalizaron a causa de su enfermedad, ninguno requirió cirugía y hubo 0% de mortalidad por CUCI.

**Discusión:** Conocer la epidemiología exacta a nivel mundial ha sido un trabajo difícil, ya que existen países con alta prevalencia de colitis por etiología infecciosa. En México, en un estudio realizado de 1997 a 2006 se encontró incremento de la incidencia de CUCI, que pasó de una media de ingresos de 25.5 casos a 76.1 nuevos casos al año en un hospital de tercer nivel; de forma similar a otros estudios epidemiológicos, se observó mayor frecuencia en el hombre-mujer; el diagnóstico se realizó entre la tercera y la quinta décadas de vida, dato similar al de un estudio de población mexicana; más de la mitad de los pacientes tuvo enfermedad moderada según los criterios de Truelove-Witts y más de la mitad presentó pancolitis o clasificación E3 de Montreal.

**Conclusión:** Según nuestra experiencia, podemos considerar que la enfermedad inflamatoria intestinal idiopática tiene baja frecuencia de hospitalización; con respecto a la gravedad y extensión del padecimiento, la CUCI mostró una conducta severa en la población estudiada. Se requieren estudios de epidemiología prospectivos que formen parte de un registro nacional.

**Patrocinio:** ninguno.

## ID 435

### Evaluación de un cuestionario para la identificación de factores asociados a pacientes con cáncer gástrico en población local

Kenneth León-Córdoba<sup>1</sup>, Alejandro Trujillo-Rivera<sup>2</sup>, Jaime Morales-Romero<sup>2</sup>, Clara Luz Sampieri-Ramírez<sup>2</sup>. 1Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa". 2Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. México. drkenneth63@hotmail.com

**Antecedentes:** El adenocarcinoma gástrico es el tipo histológico más frecuente del cáncer de estómago. En México, en 2013 ocupó el segundo sitio respecto a todos los tipos de tumores malignos de

acuerdo con la tasa de mortalidad con 4.62 muertes por cada 100,000 personas. La tasa de supervivencia está estrictamente relacionada con la etapa al momento del diagnóstico. En México, la alta frecuencia con que se detecta el cáncer gástrico en etapas avanzadas es probablemente el factor que condiciona la baja supervivencia de estos pacientes.

Existen dos grupos de factores para el desarrollo de esta neoplasia: hereditario y ambiental; el segundo de ellos es causante del 90% de los casos nuevos. Por este motivo, deben de proponerse intervenciones que mejoren la esperanza de vida al evitar o retrasar la aparición de la enfermedad, tomando en cuenta que los factores etiológicos son potencialmente modificables. Se han creado cuestionarios relacionados con los factores de riesgo de diferentes tipos de cáncer, pero ninguno sobre esta patología en nuestro país.

**Objetivo:** Identificar los factores asociados con el desarrollo de cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma mediante el Cuestionario para la Búsqueda de Factores Asociados a Cáncer Gástrico (CUFA-CG<sup>®</sup>) y proponer un modelo de riesgo en población local.

**Material y métodos:** Estudio de casos y controles, analítico y retrospectivo. Se aplicó el cuestionario a pacientes diagnosticados con adenocarcinoma gástrico atendidos de enero de 2010 a mayo de 2016 y a donadores de sangre, ambos grupos localizados en el Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa" en Xalapa, Veracruz. Fueron pareados aleatoriamente por sexo y edad ( $\pm$  10 años) mediante una relación 1:1. El análisis se realizó con los programas EPIDAT, SigmaStat y SPSS.

**Resultados:** Durante 12 meses fueron aplicados 92 cuestionarios, 46 correspondientes a cada grupo. Los factores de riesgo ambientales asociados con esta enfermedad fueron 13; se creó un modelo de riesgo con 89.1% de predicción utilizando los cuatro más asociados (bajo nivel de escolaridad, mala calidad del desayuno, ingesta elevada de café y alto consumo de capsaicina).

**Conclusión:** El CUFA-CG<sup>®</sup> es el primer cuestionario en México que podría funcionar como una prueba de cribado para identificar a individuos con adenocarcinoma gástrico en etapa inicial, así como a aquéllos con alto riesgo de padecer este tumor maligno.

**Patrocinio:** Este trabajo fue patrocinado totalmente por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

## ID 439

### Alteraciones en las pruebas de función hepática en pacientes con influenza A H1N1

Paola Elizabeth Díaz-Aceves, Francisco Álvarez-López, Edgar Santino García-Jiménez, Eliana Carolina Morel-Cerda, José Flores-Mendoza, José Carlos Alonzo-García, José Antonio Velarde-Ruiz Velasco. Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal. México. paoladiaz\_13@hotmail.com

**Antecedentes:** El de la influenza es un virus de RNA (Orthomyxovirus) con tropismo por el tracto respiratorio superior que causa afectación tisular por la respuesta inmunológica del huésped. La presentación clínica incluye desde síntomas generales como fiebre, cefalea, mialgia, postración, coriza, odinofagia y tos, hasta una afectación de vías respiratorias bajas con disminución de la capacidad respiratoria y enfermedad grave o incluso la muerte. Durante la pandemia de 2009, en México se registraron 8,132 casos confirmados de influenza A H1N1, reportándose un total de 2,196 muertes sospechosas y 1,244 confirmadas por este virus. Además de los síntomas típicos, existen manifestaciones no patognomónicas, como linfopenia, hipokalemia, lesión renal, elevación de creatinfosfocinasa (CPK) y alteración del perfil hepático. Existen pocos reportes acerca de las alteraciones hepáticas por influenza y de su trascendencia clínica, por lo que adquiere importancia el conocimiento y la descripción de estas variaciones.

**Objetivo:** Describir las alteraciones del perfil hepático en pacientes con influenza A H1N1 del Hospital Civil “Juan I. Menchaca” en el invierno 2013-2014.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en pacientes hospitalizados mayores de 16 años de edad del Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”, con diagnóstico de influenza A H1N1 confirmado por PCR con pruebas de función hepática alteradas del 1 de diciembre de 2013 al 28 de febrero de 2014.

**Resultados:** Se incluyeron 61 pacientes con influenza A H1N1, de los cuales 30 (49%) cuentan con pruebas de función hepática. El perfil hepático se encontró con alteración en 21 pacientes (70%). Según las alteraciones se clasificaron en síndrome colestásico, hepatítico y mixto. Se encontraron 5 casos con patrón mixto (16.6%), 2 de ellos (9.5%) con transaminasas 10 veces por arriba del límite superior normal (LSN). Todos los pacientes con patrón mixto murieron. Dos pacientes (9.5%) se presentaron con patrón hepatítico, con transaminasas 2 veces por arriba del LSN e hiperbilirrubinemia indirecta; el otro con valor 5 veces por arriba del LSN, el cual falleció. Otros pacientes presentaron alteraciones aisladas de enzimas sin cumplir criterios de algún patrón de daño. De los pacientes con PFH alterada, 13 murieron (43%).

**Conclusión:** Los pacientes con influenza A H1N1 presentan alteración en las PFH con predominio indeterminado. De los que cumplieron un patrón determinado, el mixto fue el principal, con elevación de AST/ALT, mostrando alta mortalidad. No se realizó análisis variado que permitiría establecer asociaciones entre la mortalidad y las alteraciones de las PFH; sin embargo, se ha reportado que la elevación de las transaminasas se debe a lesión muscular, ya que se ha visto que en estos pacientes se eleva la CPK y presentan rabdomiólisis, lo que ocasiona daño renal y elevación de AST, lo cual podría estar en función de la severidad de la enfermedad y por lo tanto el desenlace adverso.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 444

### Prevalencia de síndrome hepatopulmonar y portopulmonar en pacientes valorados para trasplante hepático

Rodrigo Joanico-Aguilar, Sarai León-Pérez, Carlos García-García, Mariana Gasca-Ponce, Mario Pineda-de Paz, Sara Sixtos-Alonso, Alan Gabriel Contreras-Saldivar, Paulino Leal-Villalpando, Mario Vilatobá-Chapa, Graciela Elia Castro-Narro. Departamento de Gastroenterología/Trasplantes, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Ciudad de México. México. dodigo\_cdy@hotmail.com

**Antecedentes:** El síndrome hepatopulmonar (SHP) se caracteriza por la tríada de hipoxemia (PaO<sub>2</sub> baja y gradiente A-a alto) causada por dilatación vascular intrapulmonar en el contexto de cirrosis hepática. Su prevalencia oscila entre 4% y 47% dependiendo de la población. Por otro lado, el síndrome portopulmonar (SPP) es una hipertensión pulmonar que se desarrolla debido a hipertensión portal (HTPo) con o sin cirrosis hepática. Su prevalencia oscila entre 5% y 10% en pacientes cirróticos. La incidencia del SHP es mayor que la del SPP y ambos se asocian con un incremento significativo de la morbilidad y mortalidad. Todos los pacientes en lista de espera para TH deben de evaluarse para SHP y SPP ya que generalmente son asintomáticos hasta instancias tardías.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia del síndrome hepatopulmonar y portopulmonar en pacientes enviados a valoración para TH y ver su implicación clínica y pronóstica.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrolectivo y observacional. Se analizaron pacientes del instituto en protocolo de TH

del año 2010 al 2016. Se obtuvieron variables demográficas, bioquímicas, clínicas y de gabinete. Se usó media, desviación estándar y rangos para variables descriptivas; para correlaciones de variables cuantitativas se utilizó t de Student y coeficiente de Pearson. Análisis estadístico con SPSS v21.0. Significancia estadística con p<0.05.

**Resultados:** Se incluyeron 215 pacientes, 111 (52%) fueron mujeres, edad promedio 50 años ±12.6. Las etiologías más frecuentes fueron: VHC 56 (26%), criptogénica 39 (18%), HAI 17 (8%) y CHAN 15 (7%); 43 pacientes (20%), con SHP y 31 (14%) con SPP, estos últimos diagnosticados por ecocardiograma (paso de burbujas, cortocircuito intrapulmonar y PSAP) y gasometría arterial (PaO<sub>2</sub>, gradiente A-a y SatO<sub>2</sub>); SHP leve 40%, moderado 50% y grave 10% por valores de PaO<sub>2</sub>. Estadio Child-Pugh-Turcotte (CPT) B y C más frecuentes (92%), media Child-Pugh 9 ± 1.9 puntos; media de MELD 18.2 ± 5.1; 135 pacientes (82%) tenían ascitis, 109 (51%) encefalopatía. Valores de PaO<sub>2</sub> media 73.2 ± 9.1, SatO<sub>2</sub> 94.2 ± 2.9, gradiente A-a 15.2 ± 3.2, FEVI% media de 68.3 ± 5, PSAP 31.6 ± 6.8. En el análisis comparativo se vio una correlación entre el CPT y PaO<sub>2</sub> (p=0.46), MELD y PaO<sub>2</sub> (p=0.03), MELD y lactato (p=0.001), etiología y PSAP (p=0.02), etiología y gradiente A-a (p=0.001), VHC y SPP (p=0.003).

**Conclusiones:** En nuestro estudio obtuvimos prevalencias de SHP y SPP similares a las de la literatura. Grados altos de CPT y MELD se correlacionaron con los niveles de PaO<sub>2</sub> más bajos; también se correlacionó la etiología de la cirrosis con los valores de PSAP y los gradientes A-a, estadísticamente significativo.

**Patrocinio:** Este trabajo no ha sido patrocinado parcial o totalmente.

## ID 448

### Hiperlaxitud articular en escolares y adolescentes con desórdenes gastrointestinales funcionales y factores de riesgo

Carlos Alberto Velasco-Benítez<sup>1</sup>, Miguel Saps<sup>2</sup>, Claudia Ortiz<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad del Valle. Cali. Colombia. <sup>2</sup>Nationwide Children’s Hospital. Columbus. Estados Unidos. carlosavelascob@gmail.com

**Antecedentes:** La hiperlaxitud articular (HA) se ha encontrado asociada con desórdenes gastrointestinales funcionales (DGF) en adultos. La prevalencia de DGF en niños colombianos es de 29%.

**Objetivo:** Determinar la laxitud articular en niños con DGF y sus factores de riesgo.

**Material y métodos:** Fueron entrevistados 654 escolares y adolescentes entre 8 y 18 años de una institución educativa pública (IEP) de Cali, Colombia, con la Encuesta de Criterios de Roma III. De ellos fueron incluidos 136 con DGF (casos, 63.2% niñas) y 136 sin DGF (controles, 64.0% niñas) de 13.4 ± 2.7 años, en quienes por medio de la prueba de Beighton se determinó hiperlaxitud articular (puntaje entre 4 y 9) o laxitud articular normal (puntaje entre 0 y 3). Estadísticamente se analizaron medidas de tendencia central, análisis de asociación y de regresión logística múltiple con sus respectivos odds ratio e intervalos de confianza a 95%; una p<0.05 fue estadísticamente significativa.

**Resultados:** Se identificó asociación entre la HA y el sexo femenino (OR=1.94, IC 95% 1.04-3.68, p=0.0248). Tuvieron 1.03 veces más oportunidad de presentar HA los niños y adolescentes con DGF, pero sin significancia estadística (IC 95% 0.59-1.81, p=0.89). El factor de riesgo para presentar HA en este grupo de escolares y adolescentes con DGF fue el sexo (OR=1.94, IC 95% 1.08-3.48, p=0.026).

**Conclusión:** La HA fue más frecuente en el género femenino en este grupo de niños y escolares con DGF de una IEP de Cali, Colombia, y el factor de riesgo para presentar DGF fue el sexo.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 449

**Enfermedad hepatobiliar asociada a fibrosis quística en pacientes pediátricos**

Senén Marino Téllez-Salmerón, Karla Adriana Cósseti-Sánchez, Guillermo Martínez-Oropeza, Miriam Sosa-Arce, Marcela Cervantes-Garduño, Guillermo Antonio Argüello-Arévalo, José Antonio Chávez-Barrera. Hospital General, Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS. Ciudad de México. México. samotrasia3@gmail.com

**Antecedentes:** La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad crónica de herencia autosómica recesiva ocasionada por mutación en el gen de conductancia transmembrana de fibrosis quística CFTR. La identificación clínica de la enfermedad hepática es compleja debido a la ausencia de síntomas tempranos y la presencia de factores genéticos y ambientales que la modifican.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores de riesgo de enfermedad hepatobiliar asociada con fibrosis quística en pacientes pediátricos valorados en el servicio de gastroenterología pediátrica de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital General Centro Médico Nacional "La Raza".

**Material y métodos:** Estudio observacional, analítico, de casos y controles, retrospectivo y transversal. Se incluyeron pacientes pediátricos con diagnóstico de FQ valorados de enero de 2010 a junio 2015. Se clasificaron en dos grupos: a) casos: pacientes con FQ y enfermedad hepatobiliar, b) pacientes con FQ sin enfermedad hepatobiliar. Las variables incluidas fueron edad, género, estado nutricional, mutación del gen CFTR, antecedente de ileo meconial, edad de diagnóstico de FQ, signos clínicos de enfermedad hepática, alteración en pruebas de funcionamiento hepático y evidencia ultrasonográfica de afección hepática. Análisis estadístico: se calcularon distribuciones de frecuencias. La diferencia estadística entre las variables exploradas se realizó para variables nominales *Ji cuadrada* y para variables de razón se calcularon medias.

**Resultados:** Se incluyeron 37 pacientes, 20 del género femenino (54.05%) 17 del masculino (45.95%). La media de edad del diagnóstico de fibrosis quística fue 1.5 años. Dos pacientes cursaron con ileo meconial (5.4%), clínicamente sólo esplenomegalia en 18.91% de los pacientes. La media de ALT fue de 22.3 UI, AST 31.8 UI y GGT 12 UI; por ultrasonido sólo 18.91% presentó alteraciones. La prevalencia estimada de enfermedad hepatobiliar en pacientes con FQ fue de 32.42%. Al realizar el análisis genético de las 23 mutaciones frecuentes asociadas con FQ, se identificaron en 24.32% de los pacientes: Delta F508, Delta F508/W1282X, 2055de18A, R1162X y S549N/1089X. Por análisis univariado se encontró que existe asociación entre el antecedente de ileo meconial y la enfermedad hepatobiliar en pacientes con fibrosis quística (*Ji cuadrada* = 18.98).

**Conclusión:** El antecedente de ileo meconial se considera un factor de riesgo de enfermedad hepatobiliar asociada con fibrosis quística. Sólo en dos pacientes con enfermedad hepatobiliar asociada con FQ se identificaron mutaciones (R1162X y Delta F508). La prevalencia de enfermedad hepatobiliar en pacientes con fibrosis quística en nuestra población fue de 32.42%.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 451

**El estrés, sus factores de riesgo y los desórdenes gastrointestinales funcionales en escolares y adolescentes de una institución educativa pública de Cali, Colombia, y factores de riesgo**

Carlos Alberto Velasco-Benítez, Claudia Ortiz, Alejandra Mideros. Universidad del Valle. Cali. Colombia. carlosavelascob@gmail.com

**Antecedentes:** Un posible factor que contribuye al desarrollo de los desórdenes gastrointestinales funcionales (DGF) es el estrés. En Colombia se ha reportado una prevalencia para DGF del 29.0%.

**Objetivo:** Determinar el estrés y los factores de riesgo (FR) en niños y adolescentes con DGF.

**Material y métodos:** Una vez entrevistados 654 niños entre 8 y 18 años de edad de una institución educativa pública de Cali, Colombia, con la Encuesta de Criterios de Roma III, fueron incluidos 268 con edad de  $13.4 \pm 2.7$  años: 134 con DGF (casos, 63.4% niñas) y 134 sin DGF (controles, 62.7% niñas), a quienes se les aplicó la Encuesta Respuesta al Estrés dividida en cuatro secciones: estrés por compañeros, estrés por familia, estrés por actividades escolares y estrés por dolor abdominal. Los análisis fueron univariados, bivariados y regresión logística múltiple, siendo significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Tuvieron 2.08 veces más oportunidad de presentar estrés los niños con DGF (IC 95% 1.19-3.66,  $p=0.0058$ ) y hubo mayor oportunidad de estrés en el género femenino (OR=3.62, IC 95% 2.03-6.43,  $p=0.0000$ ). En orden de frecuencia, el mayor estrés se presentó por las actividades escolares (OR=2.11, IC 95% 1.18-3.89,  $p=0.0067$ ), por los compañeros (OR=1.83, IC 95% 1.08-3.13,  $p=0.0166$ ) y por dolor abdominal (OR=1.66, IC 95% 0.99-2.78,  $p=0.0377$ ). El FR por estrés en niños con DGF fue el género (OR=3.80, IC 95% 1.40-4.40,  $p=0.000$ ).

**Conclusión:** El estrés es un factor que contribuye al desarrollo de los DGF en escolares y adolescentes de una institución educativa pública de Cali, Colombia, principalmente por actividades escolares; el género es un FR para presentarlos.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 452

**Terapia de embolización y seguimiento en pacientes con hemangioma hepático**

Flor de María Montes de Oca-Salinas, Yuridia Macías-Ángeles, Luis Eugenio Graniel-Palafox, María de Fátima Higuera-de la Tijera. Hospital General de México. Ciudad de México. México. fmsalinas89@gmail.com

**Antecedentes:** El hemangioma hepático es el tumor hepático más frecuente, que ocupa entre 0.4- 7.3 % de las lesiones hepáticas; tiene una relación mujer:hombre 3:1 y predomina en adultos. Lesiones mayores de 5 cm se consideran hemangiomas gigantes, con riesgo de ruptura espontánea de 5%. La cirugía es el tratamiento convencional. La embolización arterial transcáteter se considera una alternativa terapéutica, al ser un tratamiento menos invasivo, efectivo y seguro.

**Objetivo:** Describir las características clínicas e imagenológicas de los pacientes con hemangioma hepático sometidos a embolización terapéutica, así como del seguimiento clínico y por imagen.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de 9 casos de pacientes con diagnóstico de hemangioma hepático tratados con embolización arterial del año 2012 al 2016 en el Servicio de Radiología Intervencionista del Hospital General de México. Se incluyeron los pacientes con hemangiomas mayores o menores de 5 cm, que presentaran o no sintomatología, que tuvieran un estudio de imagen (ultrasonido Doppler, tomografía computarizada o resonancia magnética) y que fueron enviados a radiología intervencionista para embolización terapéutica. Se utilizaron medidas de frecuencia y medias para descripción de las características clínicas.

**Resultados:** El 88% de los pacientes fueron mujeres y el promedio de edad de los casos 35.8 años. La manifestación clínica más frecuente fue el dolor abdominal en 66%, seguida de la ictericia (22%) y asintomáticos (22%). El diagnóstico se confirmó mediante RM en

22%, TAC en 33%, con la excepción de 3 pacientes en los cuales se hizo la embolización posterior a la ultrasonografía. El tamaño del hemangioma promedio fue 6.42 cm. Se continuó seguimiento médico en 7 pacientes (77%) durante un promedio de 3 meses. El 42% con mejoría de la sintomatología inicial. En 4 pacientes se reportaron sin cambio en sus dimensiones iniciales.

**Conclusión:** El uso de embolización para tratamiento de hemangioma gigante provoca mínimo trauma y complicaciones. En nuestro estudio menos de 50% presentó reducción en el tamaño y síntomas con esta técnica. Se necesita una muestra mayor para considerarla una alternativa para pacientes no candidatos a cirugía.

**Patrocinio:** Este trabajo no ha sido patrocinado total o parcialmente por algún sistema gubernamental o comercial.

## ID 454

### Serie de casos de pacientes embarazadas con enfermedad inflamatoria intestinal en el Hospital General de México

Sandra Luz Briones-Fraga, Nallely Bueno-Hernández, María Fátima Higuera-de la Tijera, Margarita Fosado-Gayosso, Azucena Casanova-Lara. Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México. Ciudad de México. México. doctorabriones@gmail.com

**Antecedentes:** El embarazo en el contexto de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tipo colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC) es un tema de controversia. La fertilidad no se ve afectada en las mujeres que cursan con EII y la concepción durante el periodo de remisión tiene el mismo riesgo de recaída que en la población de mujeres no embarazadas; sin embargo, en el periodo de actividad se asocia con mayor riesgo de recaídas, parto pretérmino (<37 SDG), bajo peso al nacer (<2,500 g) y talla baja para la edad gestacional, mayor prevalencia de desenlace del embarazo por cesárea tanto electiva como urgente, mortalidad neonatal y estancias prolongadas en la unidad en cuidados intensivos. La frecuencia de abortos es de 1-3% y de muerte fetal de 0-3% en pacientes embarazadas en periodo de remisión, cifras similares a la población general. La incidencia aumenta en enfermedad activa; sin embargo, no se ha descrito en población mexicana.

**Objetivo:** Reportar una serie de casos de pacientes embarazadas que acuden a la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México.

**Material y métodos:** Se analizaron todos los pacientes tratados en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México en un periodo de 6 meses y se incluyeron 4 pacientes embarazadas (3 con CUCI y 1 EC). Se tomaron en cuenta diversas variables como edad de la paciente, tiempo de evolución de la enfermedad, actividad de la enfermedad al inicio del embarazo, tratamiento durante el embarazo, número de recaídas durante la gestación, manifestaciones extraintestinales, desenlace del embarazo y estado actual de la paciente.

**Resultados:** Se describen 4 casos de pacientes embarazadas con EII (3 CUCI y 1 EC), todas con nivel socioeconómico bajo y nivel educativo menor a la educación básica en México. Las pacientes con CUCI tuvieron edad promedio de 24 años y 6 años de evolución de la enfermedad, mal apego al tratamiento y al seguimiento por consulta médica. En 2 pacientes con CUCI la concepción se dio en etapa de actividad clínica de la enfermedad (Truelove y Witts) leve y moderada, y una paciente en etapa de remisión. Las 4 pacientes tuvieron durante el embarazo tratamiento a base de 5 aminosalicilatos y prednisona, con manifestaciones extraintestinales articulares y eritema nodoso. Las 2 pacientes con actividad de la enfermedad tuvieron 2 recaídas graves durante el embarazo y requirieron manejo hospitalario, y la paciente en remisión tuvo una recaída leve en

tratamiento con ajuste de dosis. El desenlace del embarazo en las 2 pacientes con CUCI activa fue de muerte fetal a las 26 semanas de gestación y la otra con parto pretérmino de 36 semanas con muerte neonatal a las 2 semanas de vida. La paciente en remisión tuvo desenlace de niño vivo sano. La paciente con enfermedad de Crohn de extensión ileocolónica de tipo inflamatorio de 30 años de edad, con 10 años de diagnóstico y embarazó con actividad de la enfermedad moderada (Harvey Bradshaw) tuvo una recaída grave y desenlace en aborto a las 8 semanas de gestación. Actualmente las 4 pacientes continúan en vigilancia de la evolución y del tratamiento por parte de la Clínica de EII.

**Conclusión:** El embarazo en pacientes con EII podría cursar con mayor número de complicaciones que ponen en riesgo la vida de la madre y el producto; por ello la concepción debe planificarse adecuadamente, con control prenatal estricto y vigilancia estrecha por parte de un equipo multidisciplinario (nutrición, ginecología, cirugía y gastroenterología) para la detección oportuna de las posibles complicaciones y un mejor pronóstico para la vida de la madre y el hijo.

**Patrocinio:** Este trabajo no cuenta con el patrocinio comercial ni gubernamental.

## ID 455

### Correlación entre el grado de desmineralización ósea en columna lumbar y la descompensación hepática en pacientes en espera de trasplante hepático

Alberto Palacios-Ávila, Sergio Gabriel Muñoz-Martínez, Liz N. Toapanta-Yanchapaxi, Francisco Sánchez-Ávila, Alejandro González-Garay, Ignacio Juárez-García. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México, México. apalaciosavila@gmail.com

**Antecedentes:** La osteoporosis es una complicación común en pacientes con cirrosis hepática, con un riesgo independiente poco consistente. Hasta el momento no existen recomendaciones estandarizadas para el tamizaje de diagnóstico y manejo en este grupo de pacientes.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de desmineralización ósea en cirrosis hepática y su asociación con el grado de descompensación.

**Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo en pacientes candidatos a THO en un centro de tercer nivel durante el periodo 2010 a 2015. Se seleccionaron pacientes con densitometría ósea previa al trasplante hepático. Se analizaron variables clínicas y se correlacionaron con el grado de mineralización ósea.

**Resultados:** Durante el periodo 2010 a 2015, se evaluaron 259 pacientes para THO, de los cuales sólo se incluyeron 109 (42.08%) que contaban con DMO. La distribución de la población estudiada fue predominantemente mujeres (58.7%), edad promedio general de 48.34 años. Al estratificarlos por grupos predominó el Child B, 45.8% (n = 50). La infección por el virus de hepatitis C fue la etiología más prevalente en nuestro estudio: 38 pacientes (34.86%). No hubo diferencia en los niveles séricos de vitamina D al compararlo por Child-Pugh. El 84.4% (n=92) de nuestra población presentó desmineralización ósea, de éstos 44.9% (n= 49) presentó osteoporosis y 39.44% (n=43) osteopenia. La osteoporosis predominó en el grupo de Child-Pugh C en 48% (n=24) con p>0.5. Los pacientes con Child-Pugh >7 puntos tuvieron mayor desmineralización ósea en columna lumbar vs. cadera (T score  $-1.26 \pm 1.12$  vs.  $-0.67 \pm 0.77$ , p=0.07). La prevalencia de fracturas fue de 7.33% (n=8), con predominio en columna lumbar (n=6). Se encontró una correlación lineal entre el Child-Pugh y el grado de desmineralización ósea en columna, no observada en cadera, con lo cual se desarrolló un modelo predictivo con el fin de determinar la asociación de Child-Pugh

y el incremento de desmineralización. Cuando se aplica la ecuación se encuentra que en pacientes con puntajes de Child-Pugh de 5, 10 y 15 el valor de T-score estimado en columna se encuentra en -0.75, -1.3 y -1.8 respectivamente, con lo que se evidencia una desmineralización progresiva a mayor descompensación hepática como factor de riesgo independiente. Edad, género y colestasis no fueron factores determinantes en la desmineralización.

**Conclusiones:** En nuestro estudio se identificó una alta prevalencia de desmineralización ósea. El puntaje de Child-Pugh >7 puntos se asoció con mayor desmineralización de columna y se encontró el grado de descompensación de la hepatopatía crónica como factor de riesgo independiente para desmineralización ósea a nivel de columna.

**Patrocinio:** No se contó con ningún tipo de patrocinio.

## ID 458

### Capacidad de adaptación en niños entre 8 y 18 años de edad con desórdenes gastrointestinales funcionales y factores de riesgo

Carlos Alberto Velasco-Benítez, Claudia Ortiz, Alejandra Mideros. Universidad del Valle. Cali. Colombia. carlosavelascob@gmail.com

**Antecedentes:** La capacidad de adaptación (resiliencia) secundaria a los trastornos postraumáticos por estrés y otras formas de ansiedad ha sido identificada por medio de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). La prevalencia de desórdenes gastrointestinales funcionales (DGF) en niños colombianos es de 29.0%.

**Objetivo:** Determinar la resiliencia y los factores de riesgo (FR) en niños con DGF por medio de la CD-RISC.

**Material y métodos:** Fueron entrevistados 654 niños entre 8 y 18 años de una institución educativa pública (IEP) de Cali, Colombia, de los cuales por medio de la Encuesta de Criterios de Roma III fueron incluidos 137 con DGF/casos (edad  $13.4 \pm 2.7$  años, 62.8% niñas) y 137 sin DGF/controles (edad  $13.4 \pm 2.7$  años, 61.3% niñas), en quienes se identificó la resiliencia por medio de la CD-RISC. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central, análisis de asociación y de regresión logística múltiple con sus respectivos odds ratio e intervalos de confianza al 95%; una  $p < 0.05$  se consideró estadísticamente significativa.

**Resultados:** La resiliencia en los niños con DGF fue de 53.3% y sin DGF de 59.9% ( $p=0.27$ ). La resiliencia en niños con DGF se asoció con adolescentes (OR=2.92, IC 95% 1.70-5.02,  $p=0.000$ ) y con náuseas (OR=2.02, IC 95% 1.00-4.21,  $p=0.0341$ ). Los FR para resiliencia en niños con DGF fueron la edad (OR=2.73, IC 95% 1.60-4.69,  $p=0.000$ ), el sexo (OR=1.75, IC 95% 1.01-3.04,  $p=0.045$ ) y las náuseas (OR=2.19, IC 95% 1.06-4.53,  $p=0.033$ ).

**Conclusión:** Más de la mitad de los escolares y adolescentes de una IEP de Cali, Colombia, tienen capacidad de adaptación a los DGF, con predominio en los adolescentes y niños con náuseas; la edad, el sexo y las náuseas son FR.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 459

### Estreñimiento funcional en niños panameños menores de 4 años y sus posibles factores de riesgo

Ricardo Chanis<sup>1</sup>, Carlos Alberto Velasco-Benítez<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital del Niño. Ciudad de Panamá. Panamá. <sup>2</sup>Universidad del Valle. Cali. Colombia. carlosavelascob@gmail.com

**Antecedentes:** Se desconoce la prevalencia de estreñimiento funcional (EF) en niños panameños menores de 4 años.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y posibles factores de riesgo de EF en niños menores de 4 años de edad de Ciudad de Panamá, Panamá.

**Material y métodos:** Fueron encuestados 208 acudientes de niños panameños sanos menores de 4 años por medio del Cuestionario FINDERS (Functional International Digestive Epidemiological Research Survey) en español basado en los Criterios de Roma III para determinar la presencia de EF. Se consideraron variables sociodemográficas (edad, sexo), familiares (hijo único, primogénito, padres separados/divorciados, desorden gastrointestinal funcional familiar) y clínicas (antecedente de diarrea previa). El análisis estadístico incluyó estimación de la proporción de niños con EF y su correspondiente IC 95%, análisis univariado, bivariado y de asociación por regresión logística.

**Resultados:** Hubo una prevalencia de 17.8% para EF; con una edad de  $25.6 \pm 16.3$  meses (rango 1-48 meses), 50.5% masculinos, 56.7% hijos únicos, 66.8% primogénitos, 39.4% con padres divorciados/separados, 1.9% con DGF familiares y 7.2% con antecedente de diarrea previa. El posible factor de riesgo asociado fue tener padres separados/divorciados (OR=2.91, IC 95% 1.01-8.35  $p=0.47$ ).

**Conclusión:** La prevalencia de EF en niños menores de 4 años de Ciudad de Panamá, Panamá, fue de 17.8%; el tener padres separados/divorciados fue el único posible factor de riesgo asociado.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 460

### Sangrado de tubo digestivo como primera manifestación de enfermedad trofoblástica. Reporte de caso

Alejandra Gabriela Mendoza-García, Badir Hernández-Velázquez, José Alberto González-González, Héctor Jesús Maldonado-Garza. Hospital Universitario "José Eleuterio González". Monterrey, N. L. México. aster.aster@gmail.com

**Antecedentes:** La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es una complicación del embarazo, en la que al existir una falla en los mecanismos regulatorios que modulan la formación placentaria se produce tejido con anormal capacidad de invasión y metástasis a distancia.

**Objetivo:** Compartir nuestra experiencia en el diagnóstico y manejo de una paciente con sangrado gastrointestinal de etiología poco frecuente.

**Reporte de caso:** Femenino de 24 años de edad con antecedentes de retraso cognitivo y mola hidatiforme en embarazo previo. Acude por hematoquecia que ocasionó choque hipovolémico. Se realiza rectosigmoidoscopia. Se avanza hasta los 20 cm del margen anal visualizándose lesión ulcerada de 10 cm de diámetro que abarca 50% de la circunferencia con zonas vascularizadas. Se toman biopsias de los bordes y se presenta sangrado profuso que se autolimita en escasos minutos. Biopsias revelan células estromales de sincitiotrofoblasto. El nivel de hormona gonadotropina coriónica (B-HGC) resultó en 34,194 mUI/mL. Se inició metotrexato, actinomicina D, ciclofosfamida, vincristina y etopósido. La paciente evolucionó favorablemente.

**Discusión:** La EGT se presenta con metástasis pulmonares, vaginales, cerebrales y hepáticas. La invasión del tubo digestivo es muy infrecuente: ocurre en 4% de estos pacientes. Este tipo de tumores son muy vascularizados, con vasos aberrantes y frágiles, por lo que producen hemorragias de los sitios afectados. El tratamiento a base de quimioterapia tiene tasas curación de 90%. El diagnóstico adecuado y la estadiación correcta son necesarios para alcanzar dicha curación.

**Conclusión:** Las metástasis de ETG hacia tubo digestivo pueden ocasionar hemorragias catastróficas y se deben considerar como diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con antecedente de embarazo molar o embarazo reciente.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 461

**Síndrome de vómito cíclico en niños panameños menores de 4 años y posibles factores de riesgo**

Ricardo Chani<sup>1</sup>, Carlos Alberto Velasco-Benítez<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital del Niño. Ciudad de Panamá. Panamá. <sup>2</sup>Universidad del Valle. Cali. Colombia. carlosavelascob@gmail.com

*Antecedentes:* Se desconoce la prevalencia del síndrome de vómito cíclico (SVC) en niños panameños menores de 4 años.

*Objetivo:* Determinar la prevalencia y posibles factores de riesgo de SVC en niños menores de 4 años de edad de Ciudad de Panamá, Panamá.

*Material y métodos:* Fueron encuestados 208 acudientes de niños panameños sanos menores de 4 años por medio del Cuestionario FINDERS (Funcional International Digestive Epidemiological Research Survey) en español basado en los Criterios de Roma III para determinar la presencia de SVC. Se consideraron variables sociodemográficas (edad, sexo), familiares (hijo único, primogénito, padres separados/divorciados, desorden gastrointestinal funcional familiar) y clínicas (antecedente de diarrea previa). El análisis estadístico incluyó estimación de la proporción de niños con SVC y su correspondiente IC 95%, análisis univariado, bivariado y de asociación por regresión logística.

*Resultados:* Hubo una prevalencia de 5.8% para SVC; con una edad de  $25.6 \pm 16.3$  meses (rango 1-48 meses), 50.5% masculinos, 56.7% hijos únicos, 66.8% primogénitos, 39.4% con padres divorciados/separados, 1.9% con DGF familiares y 7.2% con antecedente de diarrea previa. Hubo mayor oportunidad de presentar SVC en el género masculino, entre los 2 y 4 años de edad, con antecedente de diarrea previa y con padres separados/divorciados, pero sin diferencias significativas ( $p > 0.05$ ) y sin ningún posible factor de riesgo asociado con el SVC.

*Conclusión:* La prevalencia de SVC en niños menores de 4 años de Ciudad de Panamá, Panamá, fue de 5.8%, sin posibles factores de riesgo asociados.

*Patrocinio:* Sin patrocinio.

## ID 462

**Influencia de la maduración sexual en los desórdenes gastrointestinales funcionales en escolares y adolescentes de una institución educativa pública de Cali, Colombia**

Carlos Alberto Velasco-Benítez, Claudia Ortiz, Alejandra Mideros. Universidad del Valle. Cali. Colombia. carlosavelascob@gmail.com

*Antecedentes:* Un posible factor que contribuye al desarrollo de los desórdenes gastrointestinales funcionales (DGF) son las hormonas sexuales. La escala de Tanner valora la maduración sexual a través del desarrollo físico con base en la progresión puberal de las características sexuales.

*Objetivo:* Determinar la maduración sexual mediante la escala de Tanner en niños con DGF.

*Material y métodos:* Luego de entrevistar a 654 escolares y adolescentes entre 8 y 18 años de una institución educativa pública (IEP) de Cali, Colombia, con la Encuesta de Criterios de Roma III, fueron incluidos 137 con DGF/casos (edad  $13.4 \pm 2.7$  años, 62.8% niñas) y 137 sin DGF/controles (edad  $13.4 \pm 2.7$  años, 61.3% niñas), en quienes se identificó la resiliencia por medio de la CD-RISC. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central, análisis de asociación y de regresión logística múltiple con sus respectivos odds ratio e intervalos de confianza al 95%, siendo una  $p < 0.05$  estadísticamente significativa.

*Resultados:* Según la escala de Tanner, 195 niños (73.3%) fueron prepúberes, 41 estaban en transición (15.4%) y 30 adultos (11.3%).

Los escolares y adolescentes prepúberes tuvieron 2.88 veces más oportunidad de presentar un DGF que los escolares y adolescentes adultos (IC 95% 0.98-92.0,  $p = 0.0376$ ). Fue factor de riesgo agresor ser primogénito (OR=5.14, IC 95% 1.06-24.97,  $p = 0.042$ ) y protector ser hijo único (OR=0.16, IC 95% 0.02-0.97,  $p = 0.047$ ).

*Conclusión:* Según la escala de Tanner, la maduración sexual en este grupo de escolares y adolescentes de una IEP de Cali, Colombia, contribuye al desarrollo de los DGF; los escolares y adolescentes prepúberes son los más afectados con factores de riesgo como ser primogénito e hijo único.

*Patrocinio:* Sin patrocinio.

## ID 464

**Biodisponibilidad oral de vancomicina inyectable en un modelo experimental**

Jonathan Ramos-García, Nayeli Xochiquetzal Ortiz-Olvera, Fernando Calzada-Bermejo, Carlos Mendoza-Segura, Frida Jazmín Robles-Rivera, Raúl Antonio Zamarripa-Mottú. Centro Médico Nacional Bernardo Sepúlveda Siglo XXI, IMSS. Ciudad de México. México. doctor\_7@hotmail.com

*Antecedentes:* La diarrea causada por *Clostridium difficile* es un problema de salud pública y para su tratamiento se utiliza vancomicina como uno de los tratamientos de elección. La vancomicina se debe administrar de manera oral en las formas severa y severa-complicada; sin embargo, en nuestro medio no contamos con el medicamento en formulación para administración oral. En ensayos clínicos se ha usado la presentación intravenosa en forma diluida con resultados satisfactorios, pero se desconoce la biodisponibilidad oral de la vancomicina en solución inyectable.

*Objetivo:* Evaluar la biodisponibilidad oral de la vancomicina inyectable en un modelo experimental.

*Material y métodos:* En un diseño experimental, estudio preclínico en la Unidad de Investigación en Farmacología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, con 18 ratones hembra, nulíparas, no embarazadas, de la cepa Balb-c, divididas en lotes de 6 cada uno, se les administrará vía oral dosis única de vancomicina, 125 mg y 500 mg, y placebo; se tomarán muestras de heces a las 0, 2, 4 y 8 horas para evaluar su concentración a nivel gastrointestinal por CLAP (cromatografía de líquidos de alta presión). Estadística: se utilizará estadística descriptiva para las variables nominales. Los resultados se expresarán en proporciones (porcentajes), media ( $\pm$  DE), y mediana (intervalos). Se usará el programa estadístico Gra-Pad, para graficar el tiempo/concentración de vancomicina. Aspectos éticos: el protocolo de estudio ha sido sometido a evaluación por el comité de investigación y ética del Hospital de Especialidades del CMN SXXI. El protocolo de estudio se ha elaborado de acuerdo con los lineamientos para ensayos preclínicos. Se seguirá el principio de las tres R en experimentación con animales propuesto por William Russel y Rex Burch en 1959: Reducir, Reemplazar y Refinar, considerando el buen uso y trato ético de los animales durante los procesos experimentales, con apego a la NOM-062-ZOO-1999 y a la Guía para el Uso y Cuidado de Animales de Laboratorio del NIH como marco de referencia internacional.

*Conclusión:* La biodisponibilidad oral de vancomicina en presentación inyectable alcanza dosis terapéuticas.

*Patrocinio:* Sin patrocinio.

## ID 465

**Factores no invasivos predictores de hemorragia digestiva alta variceal en paciente cirróticos**

Griselda Martínez-Ramírez, Miguel Ángel Chávez-García, Ma. Guadalupe Martínez-Galindo, Elvia Janeth Rubalcaba-Macías, Jaime Gilberto Santamaría-Sánchez. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. griserama@hotmail.com

**Antecedentes:** La hemorragia digestiva alta es una de las principales complicaciones en pacientes con insuficiencia hepática y eleva de manera importante la mortalidad y morbilidad en este grupo de pacientes. Existen múltiples parámetros no invasivos que predicen la presencia de várices esofágicas; entre ellos se han estudiado el recuento de plaquetas, el índice de APRI y la relación AST/ALT, entre otros. No así parámetros que puedan predecir la presencia de hemorragia aguda secundaria a várices, por lo que en nuestro estudio valoramos estos parámetros.

**Objetivo:** Determinar la utilidad de parámetros no invasivos como predictores de hemorragia digestiva alta aguda de etiología variceal en pacientes con cirrosis hepática.

**Material y métodos:** Pacientes con cirrosis hepática mayores de 18 años ingresados al servicio de urgencias del Hospital Juárez de México con diagnóstico de hemorragia digestiva alta de etiología variceal (HDAV) durante el periodo de enero de 2015 a junio de 2016. Tipo de estudio: prospectivo, descriptivo, transversal, observacional. Análisis estadístico: se realiza análisis descriptivo de las variables cuantitativas y cálculo de sensibilidad y especificidad de las variables analizadas.

**Resultados:** Se incluyeron 130 pacientes: 91 pacientes de sexo masculino, 39 mujeres. Etiología de la enfermedad hepática secundaria a alcohol 67.69%, virus de hepatitis C 8.46%, NASH (hígado graso no alcohólico) 14.6%, hepatitis autoinmune 4.6%, cirrosis biliar primaria 2.3%, etiología desconocida 2.3%. El 79.23% presentó hemorragia de etiología variceal. Con una sensibilidad de 79.34% y especificidad del 73.68% de las plaquetas <150,000 como predictores de hemorragia variceal y el índice de APRI >1.5 con una sensibilidad de 76.9% y especificidad de 80.21%.

**Conclusión:** La hemorragia aguda variceal es una complicación común en pacientes cirróticos, por lo que los parámetros clínicos de la misma resultan importantes. En nuestro estudio concluimos que existe una baja sensibilidad de los predictores clínicos no invasivos (APRI y plaquetas) para hemorragia variceal. Consideramos que se requieren estudios con muestras más amplias para determinar su utilidad.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 470

### Evolución clínica de pacientes con cardiopatía congénita quienes recibieron una intervención nutricional durante su estancia hospitalaria vs. pacientes que no recibieron una intervención nutricional

Israel Argüello-Calderón, Yunuen Rivera-Suazo. Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Ciudad de México. México. israelarguellocalderon@yahoo.com

**Antecedentes:** Los pacientes con cardiopatías congénitas complejas son más propensos a presentar desnutrición severa por múltiples factores y requieren un manejo nutricional acorde con sus necesidades específicas. Por ello en México se han realizado estudios sobre la identificación del estado nutricional y la epidemiología de los pacientes con cardiopatías congénitas en diferentes puntos del país, como el estudio de Villasis MA de 2001 sobre la frecuencia y los factores de riesgo asociados con la desnutrición. En el presente estudio se compara la evolución intrahospitalaria de dos grupos de pacientes: uno que recibió una intervención nutricional y otro que no.

**Objetivo:** Evaluar el efecto de la intervención nutricional en la evolución clínica de pacientes hospitalizados con cardiopatía congénita.

**Material y métodos:** Es un estudio descriptivo observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes menores de 18 años con diagnóstico de cardiopatía congénita ingresados en el servicio de cardiología del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" de enero de 2015 a mayo de 2016. Se revisó el expediente de los pacientes a quienes se realizó una intervención nutricional durante su estancia siendo 34 pacientes y se tomaron de forma aleatoria 33 pacientes sin intervención nutricional. Por la naturaleza del estudio se presenta un análisis descriptivo de las variables con valores absolutos. La base de datos incluye variables epidemiológicas y antropométricas. Se clasificaron las cardiopatías en cuatro grupos con base en su gravedad y el grado de desnutrición según Gómez y Waterloo. Se tomaron en cuenta medidas antropométricas al ingreso y al final de la hospitalización.

**Resultados:** Los dos grupos de estudio resultaron ser heterogéneos ya que los que recibieron una intervención nutricional tenían cardiopatías más complejas y un mayor grado de desnutrición. A pesar de esto, éste fue el grupo que presentó 76% de incremento de peso contra 7% del grupo que no tuvo una intervención nutricional.

**Conclusión:** Un aporte adecuado de calorías conduce a un incremento de peso y a una mejoría del estado nutricional, lo que reduce la estancia hospitalaria, el tiempo de espera quirúrgico y las complicaciones, a pesar del tipo de cardiopatía.

**Patrocinio:** Este trabajo no tiene ningún tipo de patrocinio.

## ID 474

### Prevalencia de colapso del cuidador primario en pacientes con cirrosis hepática

Cristina Gómez-Gutiérrez<sup>1</sup>, Norberto Chávez-Tapia<sup>1</sup>, Graciela Castro-Narro<sup>2</sup>, Juan Francisco Sánchez-Ávila<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Fundación Clínica Médica Sur. <sup>2</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. cristinagg@hotmail.com

**Antecedentes:** El colapso del cuidador conlleva mayor riesgo de comorbilidades y mortalidad en los pacientes, así como en los cuidadores mismos. Esto se ha investigado a fondo en pacientes geriátricos con inmovilidad y pacientes con demencia; sin embargo, existe escasa información sobre el colapso del cuidador en pacientes con cirrosis hepática.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia del colapso del cuidador primario en pacientes con cirrosis hepática.

**Material y métodos:** Se realizaron encuestas de escala de Zarit e índice de esfuerzo del cuidador a cuidadores de pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática de enero a junio de 2016 en la Fundación Clínica Médica Sur y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

**Resultados:** Fueron en total 48 pacientes y sus cuidadores; media de edad del cuidador de 47.5 ± 11.51 años y media de edad de los pacientes de 57.31 ± 7.05 años. El 41.7% de los cuidadores y 64.6% de los pacientes eran mujeres. La prevalencia de colapso del cuidador por escala de Zarit (≥45 puntos) fue de 45.8% y por índice de esfuerzo del cuidador (≥6 puntos) fue de 25%. El 45.8% de los cuidadores era el cónyuge, seguido de los hijos (29.2%). El 66.7% vivía en la misma casa junto con el paciente, 33.3% tenía <1 año de cuidador y 29.2% tenía de 1 a 5 años de cuidador. El 41.7% dedica >60 horas a la semana al cuidado de su familiar. El 70.8% de los cuidadores trabaja, sólo 29.2% tiene trabajo de tiempo completo y hasta 37.5% ha tenido que dejar de trabajar temporalmente por cuidar a su familiar. El 54.2% de los cuidadores mantiene también económicamente y es cuidador de menores de edad (<18 años). El 50% de los cuidadores refirió padecer alguna enfermedad crónica como diabetes mellitus (16.7%) e hipertensión arterial sistémica (12.5%). El 58.3% de los cuidadores tiene ingresos mensuales de 5,000 a 10,000

pesos, pero hasta un 4.2% refiere ingresos <1,500 pesos al mes. La principal etiología de la cirrosis en los pacientes fue infección por virus de hepatitis C en 58.3%, seguida de alcohol en 12.5%. La media de MELD fue  $11.65 \pm 3.65$  puntos. El 54.2% de los pacientes fue Child-Pugh A; 56.3% se encontraba en estadio IV de Baveno. El 58.3% presentó sangrado de tubo digestivo variceal en el último año, 79.2% ascitis, 62.5% fue ascitis grado II y 4.2% presentó peritonitis bacteriana espontánea; 52.1% reportó cuadro de encefalopatía hepática y 47.9% fue grado II West Haven. El 29.2% tenía diagnóstico de carcinoma hepatocelular y 100% se encontraba en Barcelona (BCLC) A. El 25% de los pacientes había tenido una hospitalización en los últimos 3 meses y 39.6% en los últimos 3 a 6 meses.

**Conclusiones:** Nuestra prevalencia de colapso del cuidador fue de 45.8% por escala de Zarit, similar a la reportada en un estudio previo en pacientes con cirrosis hepática (46%) y en cuidadores de pacientes geriátricos con inmovilidad (42.2%).

**Patrocinio:** Este trabajo no tiene ningún patrocinador.

## ID 476

### Prevalencia de carcinoma medular de colon en la Fundación Clínica Médica Sur

Cristina Gómez-Gutiérrez, Nahúm Méndez-Sánchez, Fredy Chablé-Montero, Fernando Cano-García. Fundación Clínica Médica Sur. Ciudad de México. México. cristinagg@hotmail.com

**Antecedentes:** El adenocarcinoma medular de colon (AMC) es una entidad extremadamente rara: representa 0.03% de los adenocarcinoma de colon. Afecta mayormente a mujeres en la sexta y séptima década de la vida. El 54% se presenta en colon derecho, comúnmente en estadio II al momento del diagnóstico. Histológicamente se caracteriza por una arquitectura sólida, cromatina gruesa, prominente citoplasma eosinófilo y numerosos linfocitos intraepiteliales, en su mayoría diploide sin estabilización de la proteína p53 y exhiben microsatélites del ADN.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y características clínicas y anatómicas del adenocarcinoma medular de colon en la Fundación Clínica Médica Sur (FCMS).

**Material y métodos:** Se obtuvo la información de pacientes con diagnóstico de AMC a través de la base de datos de histopatología y expediente electrónico desde 1999 a abril de 2016. Se obtuvieron los datos demográficos, clínicos e histopatológicos de los pacientes.

**Resultados:** Se reportaron 553 casos de adenocarcinoma colorectal. La prevalencia de AMC fue de 0.90% (n=5), con una media de edad de 70.2 años; 4 de los casos (80%) fueron mujeres: 1 paciente con antecedente de cáncer de colon en familiar de primer grado, 2 pacientes con diabetes mellitus y 1 con hipertensión arterial sistémica; 80% tenía <6 meses con sintomatología. Los principales síntomas fueron dolor abdominal (80%), pérdida de peso >10 kg en los últimos 6 meses (60%), diarrea/constipación (40%) y hematoquecia (40%). El 40% (2) presentaba anemia microcítica hipocrómica leve-moderada y lesión renal aguda al momento del diagnóstico. Un paciente presentó vólvulos y oclusión intestinal. Los niveles de antígeno carcinoembrionario fueron de 1.1 a 2.3 mcg/L. Los principales hallazgos por endoscopia fueron pólipo ulcerado en colon derecho (60%) y 1 paciente con estenosis de 60% en colon derecho; 100% se localizó en colon derecho y 80% requirió hemicolectomía derecha con margen R0. Histológicamente, 80% fue poco diferenciado y 20% moderadamente diferenciado; media de tamaño 6.3 cm de diámetro mayor. Las inmunotinciones para cromogranina y sinaptofisina fueron negativas en todos los pacientes, con MSH-2 y MSH-6 positivos, MLH-1 y PMS-2 negativas, lo que sugiere inestabilidad parcial de microsatélites. El 20% (1) se encontró en estadio II, 60% (3) en estadio III y 20% (1) en estadio IV con metástasis hepática.

**Discusión:** Los datos obtenidos de estos pacientes son similares a la literatura publicada.

**Conclusiones:** Este tipo de cáncer de colon es de interés debido al espectro de diagnósticos diferenciales, características histológicas y moleculares, así como su curso clínico con pronóstico favorable y tasas de supervivencia de 93% a 1 año y 74% a 2 años.

**Patrocinio:** Este trabajo no tiene ningún patrocinador.

## ID 477

### Uso de gabapentina en esófago hipercontráctil de Jackhammer. Reporte de caso

José Guillermo Fuentes-Muñoz, Mayra Alejandra Martínez-Moreno, Francisco Alfonso Solís-Galindo. Unidad Médica de Alta Especialidad No. 71, IMSS. Torreón, Coah. México. guillermofuentesm9@hotmail.com

**Antecedentes:** El esófago hipercontráctil de Jackhammer (EHJ) es una patología rara presente en menos de 5% de las manometrías. Los métodos actuales han permitido establecer el diagnóstico con más facilidad, dejando menos casos sin diagnosticar y dando oportunidad a un tratamiento más efectivo.

**Objetivo:** Reportar la utilidad de la gabapentina en una paciente con EHJ refractaria a tratamiento.

**Reporte de caso:** Paciente femenino de 44 años sin antecedentes de importancia que inicia con disfagia, dolor torácico de intensidad moderada a severa, náusea y vomito posprandial. Tratada como enfermedad ácido péptica sin respuesta, pérdida de 20 kg. Se realizó SEG con reporte de gastritis. Endoscopia con presencia de hernia hiatal por deslizamiento (tipo I) con complacencia hiatal moderada, esofagitis erosiva. Se efectuó funduplicatura de Nissen el 20 de abril de 2015 en su HGZ sin mejoría del cuadro, el cual fue exacerbándose hasta limitar el desempeño de las actividades de la vida diaria, motivo por el cual fue internada. Se realizó manometría esofágica de alta resolución que documentó trastorno motor hipercontráctil de Jackhammer, según criterios de Chicago (DCI >8,000 mmHg/s/cm). Se realizó miotomía de Heller con funduplicatura parcial el 23 de junio de 2015 con mejoría parcial. Presentó exacerbación de los síntomas 1 mes después, nueva endoscopia con gastritis severa, con hiato amplio sin esofagitis, y esofagograma sin alteraciones. Fue enviada a nuestro servicio habiéndose tratado con inhibidores de la bomba de protones y procinéticos sin respuesta, por lo que se inició manejo con gabapentina, 300 mg cada 12 horas, con lo que la sintomatología disminuyó de forma considerable. Actualmente asintomática, con recuperación gradual del peso.

**Discusión:** El abordaje de dolor torácico debe encaminarse principalmente a agotar las causas cardiológicas de manera inicial mediante un exhaustivo y ordenado abordaje. Debe siempre tomarse en cuenta el contexto del paciente, ya que esto permite una sospecha diagnóstica que justifique el abordaje gastrointestinal como el caso actual.

**Conclusión:** El esófago de Jackhammer es una patología poco frecuente pero que debe sospecharse ante clínica de disfagia asociada con dolor torácico una vez descartado el origen no cardiológico del mismo. A pesar de que no hay un consenso acerca del manejo específico del EHJ, se ha intentado con múltiples agentes terapéuticos que van desde los relajantes musculares, pasando por los inhibidores de la 5-fosfodiesterasa, hasta la toxina botulínica. En nuestro caso ya que se trataba de una paciente refractaria a manejo habitual, se obtuvo un buen resultado con el uso de gabapentina, la cual mostró remisión total de la sintomatología.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 478

### Duplicación apendicular en el puerperio inmediato: Reporte de caso

Arsenio Torres-Delgado, Carlos Hernández-Brito, José Luis Muñoz-Adauta, Janette Abigail Roldán-Vázquez. Hospital General de Tulancingo, SSA. Tulancingo, Hgo. México. dr.atdgcq@gmail.com

**Antecedentes:** El primer reporte de duplicación apendicular se realizó en 1892 y desde entonces han sido reportados menos de 100 casos. Debido a su rareza, se desconoce su incidencia real.

**Objetivo:** Describir el caso clínico de femenino de 24 años que ingresa al servicio de tococirugía con datos de abdomen agudo con hallazgo posoperatorio de duplicación apendicular y apendagitis aguda.

**Reporte de caso:** Se presenta el caso de femenino de 24 años de edad en su puerperio inmediato, que ingresa a urgencias por datos de dolor abdominal y fiebre, se inicia protocolo de estudio y a la exploración se encuentra dolor abdominal en fosa iliaca derecha, McBurney +; resto de signos apendiculares dudosos con laboratorios que reportan leucocitosis y neutrofilia. Se programa para exploración quirúrgica por probable apendicitis, se realiza incisión de McBurney con disección por planos hasta cavidad abdominal con hallazgo de duplicación apendicular con ciego único (tipo B de Wallbridge); se realiza resección de ambos apéndices con técnica de Halsted.

**Discusión:** En 1936 Cave clasificó la duplicación apendicular; sin embargo, dicha clasificación fue modificada por Wallbridge en 1963, el cual consideró tres tipos. El tipo A consiste en duplicaciones parciales en un apéndice con localización normal en el ciego, el tipo B en un ciego único normal con dos apéndices independientes y el tipo C implica un ciego duplicado cada uno con su propio apéndice.

**Conclusión:** La duplicación apendicular debe sospecharse en todos los pacientes que presente dolor abdominal bajo y aunque en la mayoría de ocasiones se diagnostica en el transoperatorio, se han reportado casos con diagnóstico preoperatorio mediante estudio contrastado indicado por otra causa, es decir como hallazgo incidental.

**Patrocinio:** Este trabajo ha sido patrocinado parcialmente por Corporativo Médico Quirúrgico Torres.

## ID 480

### Malformación arteriovenosa de intestino delgado manejada con cianoacrilato: Reporte de caso

Orestes de Jesús Cobos-Quevedo, Enrique Pérez-Luna, Olivia Rasón-Sosa, Yolopsi de Jesús Sánchez-Maza, Shareni Gálvez-Ríos, Paulo César Gómez-Castaños, Job Reyes-Huerta, José María Remes-Troche, Arturo Meixueiro-Daza. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas. Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver. México. jose.remes.troche@hotmail.com

**Antecedentes:** La hemorragia de tubo digestivo oculta representa aproximadamente 5% a 10% de todas las causas de hemorragia de tubo digestivo y es un reto diagnóstico y terapéutico; en pacientes mayores de 60 años la principal etiología son las malformaciones arteriovenosas. La fisiopatogenia de dichas lesiones se cree resulta de una obstrucción de bajo grado, parcial e intermitente de venas submucosas que produce un aumento transitorio de la presión durante la contracción muscular y la distensión del ciego. Como resultado se produce dilatación y tortuosidad de las venas que se transmite a las vénulas y los capilares de las unidades mucosas que drenan en estos vasos; esto resulta en anillos capilares dilatados y la formación de una fístula arteriovenosa. La experiencia terapéutica a través de endoscopia descrita en estos casos es escasa.

**Objetivo:** Descripción de un caso de malformación arteriovenosa tratado exitosamente con adhesivo tisular por endoscopia.

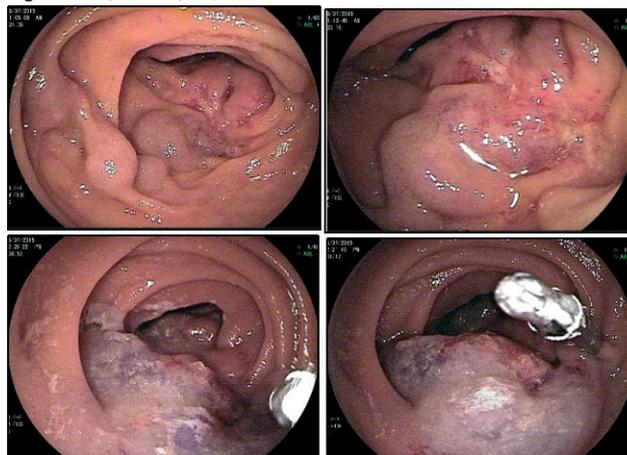
**Reporte de caso:** Masculino de 65 años de edad con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y cardiopatía isquémica, consumo de metformina, 850 mg, clopidogrel, 75 mg, esomeprazol, 40 mg, e ivabradina, 5 mg, todos cada 24 horas. Acude por la presencia de hemorragia de tubo digestivo manifiesta posterior a cateterismo cardiaco con colocación de 2 stents, negó sintomatología o manifestaciones anteriores a dicho suceso. Se le realizan múltiples estudios endoscópicos de tubo digestivo alto y bajo sin conclusión diagnóstica; por lo cual se opta por realizar estudio con cápsula endoscópica Pillcam Colon 2 documentando restos hemáticos en yeyuno medio-distal. Se realiza enteroscopia anterógrada de doble balón con equipo Fuji videoprocador 4400 serie EN-450T5 que documenta en yeyuno medio una lesión submucosa serpinginosa de color violáceo que confluye y presenta una erosión lineal superficial sin sangrado activo (Figura 1). Se procedió a colocar Histoacryl a una dilución 1:1 sin incidentes. Posterior al procedimiento, el paciente presentó mejoría clínica y de sus cifras de hemoglobina sin necesidad de hemotransfusión y sin evidencia macroscópica de hemorragia de tubo digestivo.

**Discusión:** Las lesiones vasculares aberrantes son frecuentes en el tubo digestivo medio; tienen una prevalencia en la población general de 0.8%. Su manejo es un reto; existen opciones desde farmacológicas como la terapia hormonal y el uso de vasoactivos. No existen estudios de series de casos que evalúen los resultados de endoscopia terapéutica en sus diversas modalidades. Éste es el primer reporte en la literatura de manejo con adhesivo tisular (cianoacrilato).

**Conclusión:** La escleroterapia con aplicación de cianoacrilato puede ser efectiva para el tratamiento de malformaciones arteriovenosas presentes en el intestino delgado.

**Patrocinio:** Este trabajo no requirió patrocinio.

Figura 1. (ID 480).



## ID 488

### Criptosporidiasis aguda como causa de megacolon adquirido en paciente con enfermedad de Crohn

Hugo Javier Albores-Velázquez, Tomás Cortés-Espinosa, Jesús Gerardo López-Gómez, Mayra Virginia Ramos-Gómez, Eduardo Ramos-Raudry, Mario Peralta-Mateo. CMN 20 de Noviembre, ISSSTE. Ciudad de México. México. drhugoalboresv@hotmail.com

**Antecedentes:** El tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se ha revolucionado durante la última década con el creciente uso de múltiples medicamentos inmunomoduladores e inmunosupresores. Con tal inmunocompromiso el potencial de infecciones oportunistas es

de gran importancia. Patógenos gastrointestinales suelen producir síntomas como heces disminuidas en consistencia, dolor abdominal y fiebre, entre otros, que pueden ser tratados como una recaída errónea de la enfermedad; así, resulta esencial que en un brote de actividad de la enfermedad se descarte la presencia de patógenos como *Clostridium difficile* y citomegalovirus entre otros.

**Objetivo:** Presentar un caso que sugiere que la criptosporidiasis aguda, si bien es muy poco común en pacientes con EII, puede ser responsable de la exacerbación grave y transitoria de los síntomas digestivos hasta llegar a complicaciones como el megacolon adquirido.

**Reporte de caso:** Masculino de 44 años con enfermedad de Crohn de 8 años de diagnóstico manejado con terapia biológica desde hace 4 años hasta la actualidad; la última aplicación fue 2 semanas previas al padecimiento actual. Ingresa por presentar cuadro de 2 días de evolución con evacuaciones diarreicas en número de 5-6 al día, acompañadas de dolor abdominal 7/10 de intensidad, localizado en meso e hipogastrio, distensión abdominal y náuseas llegando al vómito. Clínicamente deshidratado, con abdomen distendido, timpánico, peristalsis disminuida, depresible, doloroso a la palpación media y profunda en mesogastrio. Laboratorios con leucocitosis de 10,370 a expensas de neutrófilos, creatinina 1.92, BUN 49.7, PCR 34.4, VSG 1, TORCH negativo, VIH negativo, toxinas para *Clostridium difficile* negativo, coprológico con ooquistes de *Cryptosporidium parvum*. Radiografías de abdomen con dilatación de colon transverso hasta 12 cm y pérdida de haustraciones. Se inicia nita-zoxanida, 500 mg cada 12 horas durante 5 días, con evolución satisfactoria; remisión de sintomatología gastrointestinal, normalización de reactantes de fase aguda con PCR 1.0, radiografía de abdomen con colon transverso de 4 cm, coprológico de control sin encontrar el patógeno.

**Discusión:** La mayor relación del *Cryptosporidium* en situaciones de inmunocompromiso es en pacientes con VIH. La experiencia de la criptosporidiasis en enfermedad inflamatoria intestinal es escasa, por ello la importancia de reportar la experiencia en diagnóstico, tratamiento y evolución. El caso reportado es un ejemplo de evolución favorable con el tratamiento adecuado del agente infeccioso.

**Conclusión:** Uno de los pocos casos reportados en la literatura de criptosporidiasis en EII tomó en cuenta a 14 pacientes con tratamiento de mantenimiento de EII a base de prednisona y tiopurinas; nuestro paciente ha sido manejado con anti-TNF. El tiempo de resolución de la enfermedad en esta serie de casos fue de alrededor de 9 días, coincidiendo con la evolución de nuestro caso.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 489

### Náuseas en escolares y adolescentes colombianos y posibles asociaciones

Carlos Alberto Velasco-Benitez<sup>1</sup>, Miguel Saps<sup>2</sup>, Claudia Ortíz<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad del Valle. Cali. Colombia. <sup>2</sup>Nationwide Children's Hospital. Columbus. Estados Unidos. carlosavelascob@gmail.com

**Antecedentes:** Se ha reportado una prevalencia de náuseas en niños latinoamericanos de 28.0%; los desórdenes gastrointestinales funcionales (DGF) se asocian con las náuseas.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de náuseas y sus posibles asociaciones en escolares y adolescentes colombianos con DGF de instituciones educativas públicas (IEP) y colegios privados (CP) de Cali, Colombia.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional no experimental de corte transversal tipo encuesta realizado en 4,236 niños colombianos entre 8 y 18 años de edad (62.0% adolescentes, 52.6% masculinos, 80.6% de IEP) de las zonas atlántica (Cartagena, Soledad y Sotavento), pacífica (Cali, Quilichao), andina (Bogotá, Cúcuta,

Pereira, La Unión) y amazónica (Florencia), a quienes se les aplicó la Encuesta de Criterios de Roma III para identificar DGF y la presencia de náuseas. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central, análisis univariado y bivariado; una  $p < 0.05$  se consideró significativa.

**Resultados:** Se identificó una prevalencia de DGF de 24.1%, dada principalmente por estreñimiento funcional (12.7%) y síndrome de intestino irritable (4.8%). Se presentaron náuseas en 20.1% de los niños con DGF y en 6.9% de los niños sin DGF (OR=3.39, IC 95% 2.72-4.22,  $p=0.0000$ ). Hubo predominio de las náuseas en los CP (OR=2.53, IC 95% 2.02-3.152,  $p=0.0000$ ), en los escolares entre 8-12 años de edad (OR=1.54, IC 95% 1.23-1.94,  $p=0.0001$ ), en el género femenino (OR=1.42, IC 95% 1.15-1.75,  $p=0.0006$ ) y en el malnutrido (OR=1.33, IC 95% 1.05-1.68,  $p=0.0139$ ).

**Conclusión:** Las náuseas en este grupo de escolares y adolescentes colombianos de IEP y CP son comunes y con frecuencia se asocian con DGF.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 490

### Colangiografía retrógrada endoscópica asistida por enteroscopia de un solo balón para tratamiento de estenosis de anastomosis bilio-digestiva postrasplante hepático. Reporte de 3 casos

Fabián Betancourt-Sánchez, Cynthia Andrea Mireles-Álvarez, Mercedes Hernández-Jaime, Miguel Ángel Medina-Medrano, Luis Carlos Rodríguez-Sancho, René Malé-Velázquez. Instituto de Salud Digestiva y Hepática. Guadalajara, Jal. México. gastro.betancourt@gmail.com

**Antecedentes:** El acceso endoscópico en estenosis de anastomosis bilio-digestiva a menudo es difícil y puede requerir drenaje biliar transhepático percutáneo o reintervención quirúrgica. Con la introducción del enteroscopia asistido con balón y sobretubo han mejorado las técnicas endoscópicas para la resolución de complicaciones quirúrgicas en pacientes con anatomía gastrointestinal alterada, lo que ha llevado al desarrollo de técnicas para extracción de litos, colocación de stents y dilataciones.

**Objetivo:** Demostrar que la colangiografía retrógrada endoscópica asistida por enteroscopia de un solo balón es efectiva para tratamiento de estenosis de anastomosis bilio-digestiva en paciente postrasplante hepático.

**Reporte de casos:** Se presentan 3 pacientes con trasplante hepático ortotópico (THO) y cirugía bilio-digestiva (BD). **Caso 1:** Masculino de 38 años de edad con THO por virus de hepatitis (VH) C. Se sometió a cirugía BD por fuga biliar de alto grado con posterior estenosis de anastomosis BD. **Caso 2:** Masculino de 67 años con THO por esteatohepatitis no alcohólica. Presentó estenosis de colédoco-colédoco anastomosis, con complicación asociada con prótesis metálica; sometido a cirugía BD con estenosis de esta última. **Caso 3:** Masculino de 54 años de edad con THO por VHB presentó estenosis de colédoco-colédoco anastomosis que requirió tratamiento endoscópico sin resolución, por lo que se realizó cirugía BD. Durante el procedimiento se coloca prótesis para ferulizar anastomosis, con posterior obstrucción de prótesis (Figura 1).

Los 3 pacientes se sometieron a colangiografía endoscópica con enteroscopia de un solo balón (CEESB); en los primeros 2 se realizó dilatación neumática y se logró la resolución de estenosis. En el tercer caso se procedió al retiro de sonda, observando anatomía biliar normal, sin complicaciones (Figura 2).

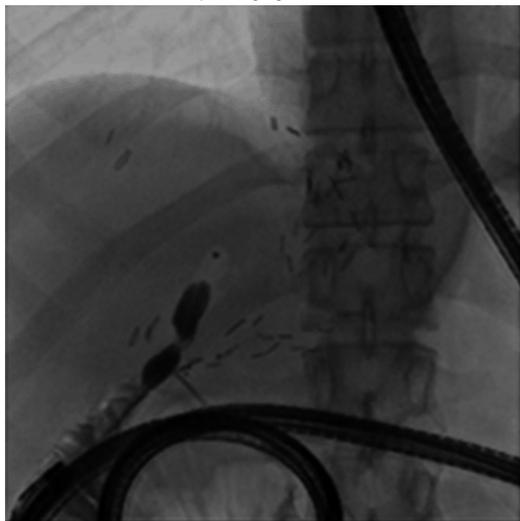
**Discusión:** En la literatura se ha demostrado que sólo 60-70% de los CEESB en pacientes postrasplantados se logra exitosamente debido a la gran alteración de la anatomía gastrointestinal; sin embargo, ofrece grandes ventajas al paciente al no recurrir a cirugía mayor.

En estos casos se efectuó de manera exitosa y se resolvió la estenosis en cada uno de los pacientes.

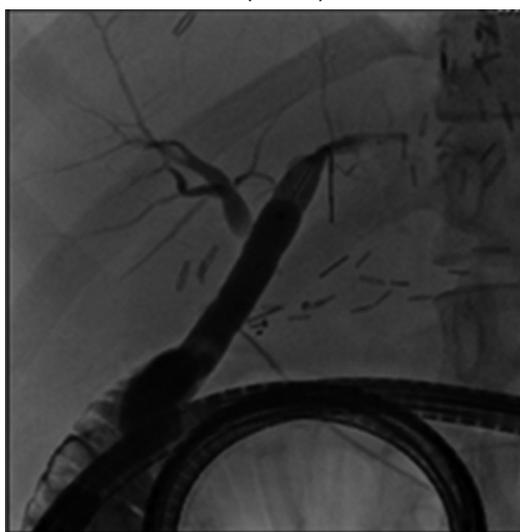
**Conclusión:** La CEESB tuvo una alta tasa de éxito en pacientes con anatomía gastrointestinal alterada, por lo que debe ser considerada como primera línea de intervención en pacientes que requieren acceso a vía biliar tales como *bypass* gástrico con Y de Roux, hepato-yeyunostomía o cirugía de Whipple.

**Patrocinio:** El presente estudio no contó con patrocinio.

**Figura 1.** Estenosis de hepato-yeyuno anastomosis. (ID 490).



**Figura 2.** Estenosis de hepato-yeyuno anastomosis resulta mediante dilatación neumática. (ID 490).



**ID 492**

### Reporte de caso de tirosinemia y revisión de la literatura. Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente

María Elena Camacho-Ramírez, Yolanda Alicia Castillo-de León, María del Carmen Rocío Macías-Rosales, Sergio Pacheco-Sotelo, Rafael Zárate-Guerrero, Francisco Abdías Calderón-García. Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Occidente. Guadalajara, Jal. México. elen\_7386@hotmail.com

**Antecedentes:** La tirosinemia tipo I o hepatorenal es una enfermedad rara (se presenta en 1/100,000 nacimientos) por déficit de

fumarilacetoacetato hidrolasa. Se caracteriza por ser una enfermedad hepática grave con insuficiencia renal. Se presenta con ictericia, hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis y olor característico de "col hervida". Bioquímicamente, glucosuria, aminoaciduria, fosfatúria y bicarbonaturia que conduce a raquitismo hipofosfémico y crisis neurológicas, niveles elevados de alfa-fetoproteína, TP y TPT prolongados, transaminasas y bilirrubina elevadas. El diagnóstico se establece con base en niveles elevados de succinilacetona en sangre; puede realizarse déficit enzimático fumarilacetoacetato hidrolasa en cultivo de linfocitos, eritrocitos o fibroblastos. Otros datos incluyen elevación de aminoácidos plasmáticos (hipertirosinemia/hipermetioninemia), hiperaminoaciduria generalizada y elevación de ácidos orgánicos en orina (ácidos 4-hidroxiifenil derivados); los hallazgos histológicos son inespecíficos. El tratamiento es a base de nitisinona (NTBC) y dieta restringida en fenilalanina y tirosina; una opción es el trasplante hepático.

**Objetivo:** Describir el caso de una paciente con tirosinemia tipo I y revisión de la literatura.

**Reporte de caso:** Femenino de 9 meses de edad, debuta a los 5 meses con ictericia, distensión abdominal, hepatoesplenomegalia, ascitis y sangrado, simultáneo con un cuadro de sepsis, con desnutrición (P/T 0.33, T/E -0.83, P/E -0.19, CMB/E: -3.27), con Hb 8.8, plaquetas 82,000, leucos 25,510, neutrófilos 14,350, TP 33.1/12, INR 2.59, glucosa 53, BT 9.35, BD 6.15, GGT 43, TGO 40, TGP 70, FA 426, DHL 1112, lactato 2.8, amonio 67, albúmina 3.7, P 3.1, Ca 9.2, TORCH negativo, alfa-fetoproteína 42,958, hepatitis B y C negativas. Biopsia hepática con proliferación de ductos biliares, hepatocitos con degeneración balonizante difusa, formación escasa de colangiomas, fibrosis 4/4, colestasis moderada y esteatosis, sugeren- te de patología metabólica. Se realiza tamiz metabólico: metionina + valina anormal. Succinilacetona sérica 1.70  $\mu\text{mol/L}$  elevada. Endoscopia: vórices esofágicas medianas. Complicada con encefalopatía hepática y sangrado de tubo digestivo, con mala evolución.

**Discusión:** Es relevante hacer un diagnóstico temprano para ofrecer un tratamiento oportuno y con esto cambiar el rumbo de la enfermedad.

**Conclusión:** Considerar que la tirosinemia tipo I en México probablemente esté subdiagnosticada o que los diagnósticos se realizan en fase tardía, ya que inicialmente no existe tamizaje de forma rutinaria, como sería la medición de succinilacetona en sangre y tener un alta sospecha en el diagnóstico.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

**ID 493**

### Pruebas para encefalopatía hepática mínima en enfermedades crónicas degenerativas

María Auxiliadora Barragán-Valarezo, María del Carmen Ávila-Langarica, Alexcis Gilberto Avilés-González, Sheila Carolina Ramírez-Escobar, Alberto González Angulo-Rocha, Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. dramabarragan\_v@hotmail.com

**Antecedentes:** La encefalopatía hepática mínima (EHM) se caracteriza por la presencia de alteraciones neuropsicológicas y neurofisiológicas. El diagnóstico incluye la combinación de pruebas psicométricas (PHES) y neurofisiológicas que pueden explorar los principales defectos, desde la habilidad motora fina hasta la atención, como la frecuencia crítica de parpadeo (FCP). La presencia de comorbilidades en pacientes cirróticos aumenta la morbimortalidad y muchas de éstas se acompañan de trastornos cognitivos por sí solas. En la literatura se reporta que pacientes con enfermedades cardiovasculares y pulmonares muestran alteraciones en el resultado de estas pruebas.

**Objetivo:** Analizar el efecto de patologías crónicas (HTA y DM2) en PHES y FCP en pacientes no cirróticos.

**Material y métodos:** Se hicieron 3 grupos de pacientes (n=30) a quienes se les descartó enfermedad hepática y retinopatía diabética: 10 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) controlada, 10 pacientes con hipertensión arterial sistémica (HTA) controlada y 10 pacientes sanos. A todos los grupos se les aplicó PHES y FCP en el mismo momento. Variables analizadas: género, edad, escolaridad, Hz (punto de corte >38), PHES (diagnóstico de EHM <-4 puntos). Análisis estadístico: medidas de tendencia central y dispersión; funciones en porcentajes.

**Resultados:** (Tabla 1).

**Conclusión:** Este estudio preliminar demuestra que patologías como la HTA y la DM2 bien controladas no interfieren en el resultado de la FCP ni PHES. Por lo tanto, en pacientes con enfermedad hepática crónica con estas comorbilidades no habría contraindicación para realizar estas pruebas para detección de EHM. Se necesitará hacer más estudios en un grupo mayor de pacientes y con otras condiciones médicas crónicas comunes.

**Patrocinio:** Ninguno.

Pacientes	Género	Edad	Escolaridad
Sanos	F: 6 M: 4	43.6 ± 11.76	11 ± 4
HTA	F: 5 M: 5	56.4 ± 9.15	9 ± 2
DM2	F: 6 M: 4	55.6 ± 10.92	11 ± 3

Pacientes	FCP (Hz)	PHES
Sanos	44.88 ± 5.60 (100% >38)	100% >-4 puntos
HTA	42.67 ± 5.42 (90% >38; 10% <38)	90% >-4 puntos; 10% <-4 puntos
DM2	40.55 ± 5.81 (70% >38; 30% <38)	80% >-4 puntos; 20% <-4 puntos

## ID 494

### Regresión de la fibrosis hepática en pacientes con infección por virus de hepatitis C después del tratamiento con antivirales directos libres de interferón (ADLI): Cambios en la elastografía transitoria (ET) antes y después del tratamiento

Fabián Betancourt-Sánchez, Cynthia Andrea Mireles-Álvarez, Mercedes Hernández-Jaime, Miguel Ángel Medina-Medrano, Paulina de la Torre-González, Héctor Langle-Castro, Luis Enrique Colunga-Lozano, René Malé-Velázquez. Instituto de Salud Digestiva y Hepática. Guadalajara, Jal. México. gastro.betancourt@gmail.com

**Antecedentes:** Existen nuevas estrategias para evitar la progresión de la infección por virus de hepatitis C (VHC). Los tratamientos con los ADLI han probado ser superiores en comparación con los tratamientos convencionales. La ET es un método no invasivo para evaluar la progresión de la fibrosis hepática.

**Objetivo:** Describir los cambios en la ET antes y después del tratamiento con ADLI en pacientes con infección por VHC.

**Material y métodos:** Se analizaron 7 pacientes con VHC tratados con ADLI; fueron valorados clínica y bioquímicamente. La rigidez hepática se evaluó con ET. Usamos medianas e intervalos de confianza para la descripción de variables continuas y porcentajes para los datos categóricos. Los resultados de antes y después fueron comparados con el test de Wilcoxon.

**Resultados:** Siete pacientes con VHC fueron tratados con ADLI, la media de las edades fue 58 años (IC 95% 42-60), 2 eran mujeres. Cuatro tenían cirrosis (2 Child-Pugh A y 2 Child-Pugh B); 4 tenían genotipo 1a, 2 1b y 1 2b. La media basal de TGO y TGP fue 57 U/l (IC 95% 26-152) y 50 U/l (IC 95% 29-149) respectivamente; después del tratamiento la media de los resultados fue 24 U/L (IC 95% 18-34) y 19 U/l (IC 95% 12-32), ambas estadísticamente significativas (p =0.015 y 0.031). El valor de kPa antes del tratamiento fue 22.3 (IC 95% 5.9-41.7) vs. 16.5 (IC 95% 3.7- 29; p=0.0156) postratamiento.

**Discusión:** Es conocida la regresión de la fibrosis y en algunos casos de cirrosis hepática después del tratamiento de VHC. Por medio de ET pudimos evaluar la evolución pre y postratamiento. Considerando la disminución de las enzimas hepáticas y rigidez hepática secundaria al descenso en el proceso necroinflamatorio, no se descartaría un efecto de confusión.

**Conclusión:** Nuestros pacientes con infección por VHC tratados con ADLI demostraron regresión de la fibrosis. La disminución de las enzimas hepáticas puede estar relacionada con la reducción del proceso necroinflamatorio y quizá tenga relación con la rigidez hepática. La ET puede realizarse para evaluar la rigidez hepática antes y después del tratamiento con ADLI.

**Patrocinio:** El presente estudio no contó con patrocinio.

## ID 499

### Incidencia de complicaciones posterior a la realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en pacientes mayores de 70 años del Centro Médico ISSEMyM de 2005 a 2015

Jorge Alejandro López-Cossío, Alma Laura Osorio-Núñez, Eduardo García-González, María Saraí González-Huezo, Ana Alicia Rosales-Solís, Alejandra Ponce-Ponce. Centro Médico ISSEMyM. Metepec, Estado de México. México. jorgecossiomd@gmail.com

**Antecedentes:** La CPRE es una técnica invasiva para evaluar la vía biliar por medio de un procedimiento combinado de radiología y endoscopia. La complicación más común es la pancreatitis aguda, con una incidencia reportada en 1.6-15.7%. Otras complicaciones incluyen hemorragia, sepsis de origen biliar y perforación; la mortalidad del procedimiento es 0.2%. Los factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones pos-CPRE se han clasificado en dos tipos: relacionados con el paciente (edad, sexo y colecistectomía, entre otros) y relacionados con el procedimiento (esfinterotomía, precorte, canulación del conducto pancreático, diámetro del colédoco).

**Objetivo:** Determinar la Incidencia de complicaciones posterior a la realización de CPRE en pacientes mayores de 70 años hospitalizados en Centro Médico ISSEMyM en el periodo de 2005 a 2015.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo descriptivo. Pacientes >70 años a quienes se realizó CPRE en el periodo comprendido de enero de 2005 a diciembre de 2015 que contarán con expediente completo. Para el análisis estadístico se resumieron variables continuas en medias y desviación estándar. Se formaron dos grupos en relación con pacientes complicados y no complicados. La mortalidad se expresó en número y porcentaje.

**Resultados:** Se obtuvo una base de datos durante un periodo de 10 años, con un total de 189 pacientes, de los cuales se incluyeron 120 que cumplieron con expediente completo. Al realizar el análisis general de la población se identificó predominio del sexo femenino 63.3% (N=76) en contraste con el sexo masculino 36.5% (N=44). La edad promedio fue de 77.9 años (70-97 años). La indicación principal fue coledocolitiasis 68.3% (N=82). Las complicaciones pos-CPRE, en orden de importancia, fueron: pancreatitis 5% (N=6), hemorragia

significativa (necesidad de transfusión, endoscopia y/o cirugía) 2.5% (N=3) y perforación duodenal 0.8% (N=1). La complicación indirecta más frecuente fue arritmia cardíaca 2.5% (N=3). Las comorbilidades predominantes fueron HTA/DM 51.6% (N=62). La mortalidad global fue de 7.5%. Se obtuvo una tasa de éxito de 73.3%.

**Discusión:** Los estudios de cohorte publicados a nivel mundial describen un porcentaje de complicaciones pos-CPRE de 5-10%. La prevalencia en nuestro estudio fue de 7.5%, la pancreatitis aguda fue la más frecuente, seguida de hemorragia posesfinterotomía y perforación duodenal; no hubo asociación uso de AAS y anticoagulantes con hemorragia. A pesar de las complicaciones, la mortalidad pos-CPRE no se incrementó. La indicación más común fue la coledocolitiasis, similar a lo reportado en estudios internacionales. Ningún caso de mortalidad se relacionó con CPRE. Las enfermedades cardiopulmonares (TEP, EVC) son las causas más prevalentes, que pudieran ser esperadas dada la prevalencia de DM2 y HAS y su impacto en el riesgo cardiovascular, seguidas de sepsis (abdominal y pulmonar). La tasa de éxito es equiparable a lo reportado en la literatura.

**Conclusión:** La CPRE es un procedimiento seguro en población geriátrica; la mortalidad está asociada con las comorbilidades del paciente y no con la edad, por lo que no debe considerarse criterio de exclusión.

**Patrocinio:** No contamos con patrocinio de ningún laboratorio.

## ID 500

### Principales patologías hepáticas diagnosticadas por biopsias en el Hospital General de México "Eduardo Liceaga"

Yuridia Renata Macías-Ángeles, Nashiely Gil-Rojas, Margarita Fosado-Gayosso, María Fátima Higuera-de La Tijera, Saulo Mendoza-Ramírez. Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Ciudad de México. México. drayuridiamaciasa@gmail.com

**Antecedentes:** La biopsia hepática (BH) constituye un excelente método diagnóstico en el amplio campo de la patología hepática, que incluye afecciones virales, autoinmunes, esteatohepatitis, tumores primarios o metastásicos.

**Objetivo:** Determinar el orden de frecuencia de las patologías hepáticas y prevalencia por sexo y edad mediante biopsia hepática por diferentes técnicas en la población del Hospital General de México en un periodo de 15 años.

**Material y métodos:** Es un estudio retrospectivo. Se revisó la base de datos de registro de biopsias hepáticas del Hospital General de México en el periodo comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2015. Se utilizaron medidas de frecuencia y medias.

**Resultados:** En el periodo estudiado se realizaron 1,311 biopsias hepáticas; las patologías más frecuentes fueron las siguientes: 200 (15.2%) biopsias con diagnóstico de hepatocarcinoma, 195 (14%) metástasis hepáticas, 109 (8%) esteatosis y esteatohepatitis, 98 (7.4%) cirrosis, 79 (6%) fibrosis, 73 (5.5%) colestasis, 73 (5.5%) hepatitis, 4.5% tejido normal, 33 (2.5%) nódulos de regeneración, 32 (2.4%) cirrosis biliar primaria, 25 (1.9%) inflamación aguda y crónica, 21 (1.6%) hepatitis de origen viral; infecciones reportadas 23 (1.7%), tumores benignos 18 (1.3%); los tumores no hepatocarcinomas fueron 27 (2.0%), colangitis 24 (1.8%), necrosis 20 (1.5%), biopsias granulomas 18 (1.3%), material insuficiente 18 (1.3%), congestión pasiva 15 (1.1%), hepatitis autoinmune 15 (1.1%), no concluyentes 15 (1.1%). Con menos de 10 casos: quistes hepáticos, metabólicos, ductopenia, esclerosante primaria y secundaria, colangiocarcinoma, hepatitis tóxica, daño por fármacos, colangiomas, colangiopatías, atresia de vía biliar, vasculitis y rechazo de trasplante. Se eliminaron 30; no contaban con diagnóstico histopatológico, sólo descripción.

**Conclusión:** Las principales patologías hepáticas: hepatocarcinoma, metástasis y esteatohepatitis predominaron en mujeres en edad reproductiva, coincidiendo con la literatura. Constituye una técnica diagnóstica fundamental que permite el estudio histológico de patologías en muchas ocasiones de escasa expresión clínico-analítica. **Patrocinio:** Este trabajo no ha sido patrocinado total o parcialmente por algún sistema gubernamental o comercial.

## ID 501

### Manejo endoscópico *step-up* de pancreatitis aguda complicada con *wall-off* necrosis: Reporte de un caso

Akram Darwich-del Moral, Nahúm Méndez-Sánchez, Nancy Aguilar-Olivos, Félix Téllez-Ávila. Fundación Clínica Médica Sur. Ciudad de México. México. dr.akram.darwich@gmail.com

**Antecedentes:** Las pancreatitis agudas complicadas con "wall off necrosis" (WON) tienen una alta mortalidad y una tórpida evolución. Tradicionalmente el manejo ha sido quirúrgico, pero en los últimos años el tratamiento endoscópico ha mostrado menor mortalidad y menores costos.

**Objetivo:** Presentar un abordaje y manejo terapéutico con técnica *step-up* de una pancreatitis aguda complicada con WON.

**Reporte de caso:** Hombre de 51 años con pancreatitis aguda alcohólica. Se inicia manejo conservador, pero en su evaluación una tomografía muestra colecciones peripancreáticas y zonas de necrosis pancreática menor a 30%. Se trata con metronidazol y ceftriaxona. Se realiza drenaje percutáneo de colección perihepática, colección peripancreática y colección en corredora parietocólica. A las 4 semanas se efectúa nueva tomografía abdominal en la que se diagnostica WON. Se practica necrosectomía endoscópica transmural guiada por ultrasonido endoscópico con colocación de dos prótesis plásticas y cambio de meropenem y teicoplanina. Presenta mejoría clínica, descienden la proteína C reactiva y leucocitosis, y mejoría importante de las colecciones, por lo que se decide egreso.

**Discusión:** Actualmente existe controversia respecto a los desenlaces de WON con manejo quirúrgico comparado con manejo terapéutico con técnica *step-up*. La bibliografía reciente sugiere menor mortalidad y menores costos para esta última.

**Conclusión:** Este caso clínico muestra los beneficios del abordaje *step up*, por lo que es una buena alternativa en pacientes bien seleccionados.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 504

### Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con fibrosis quística de la UMAE Hospital de Pediatría, CMNO

Elizabeth Hernández-Chávez, Ambrosio Aguilar-Aranda, Alfredo Pérez-Ordóñez. UMAE, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Guadalajara, Jal. México. elizabethhernandezchavez@hotmail.com

**Antecedentes:** La fibrosis quística (FQ) es un trastorno autosómico recesivo, causado por mutaciones en el gen CFRT (regulador de conducción transmembranal de la fibrosis quística). Esta enfermedad plantea una enorme carga para los pacientes y sus familias desde su diagnóstico; genera estrés debido a la historia natural de la enfermedad, hospitalizaciones frecuentes y mortalidad alta, e influye en la calidad de vida de los pacientes; durante los últimos 15

años ha crecido el interés por la aplicación de instrumentos cuantitativos que permitan, mediante el uso de estándares rigurosos y análisis psicométricos, medir las percepciones subjetivas de los pacientes, que son un indicador de la efectividad de la atención médica en las enfermedades crónicas.

**Objetivo:** Determinar la calidad de vida de los pacientes pediátricos con el diagnóstico de FQ.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio transversal analítico en el que se incluyeron pacientes de 2-16 años con diagnóstico de fibrosis quística que acudieron a consultas de seguimiento al servicio de neumología pediátrica. Se investigaron las características clínicas asociadas y se aplicó el cuestionario de calidad de vida, validado en su versión al español, Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) y el Cystic Fibrosis Questionnaire Revised (CFQ-R) durante el periodo de mayo a agosto de 2015.

**Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes (edad promedio de 8.9 años, hombre/mujer 1.1:1) los cuales alcanzaron una puntuación promedio de calidad de vida de la escala PedsQL de 69.24 puntos ( $\pm 15.73$  DE), con el área de desempeño escolar con el menor puntaje (63.4); se reportó una puntuación menor por parte de los tutores (60). Se tuvo significancia estadística en el área emocional entre lo reportado por los pacientes y sus tutores; sin embargo, los tutores refirieron menor calidad de vida que los pacientes. También se aplicó la escala específica CFQ-R; se encontró que los pacientes reportaron una mejor calidad de vida que sus tutores, así como significancia estadística en los dominios de funcionamiento físico y trastornos de la alimentación, en donde los pacientes reportaron menor calidad de vida que sus tutores; no obstante, en el dominio del peso los tutores reportaron menor calidad de vida que los pacientes.

**Conclusión:** Se demostró el deterioro de la calidad de vida de los pacientes con fibrosis quística, con puntuaciones menores a lo informado en los estudios. Es necesario un manejo multidisciplinario, así como la evaluación periódica de la calidad de vida en la consulta de seguimiento, para realizar intervenciones oportunas dirigidas y con ello mejorar su calidad de vida.

**Patrocinio:** No se tiene.

## ID 506

### Correlación entre infección crónica por virus de hepatitis C (VHC), enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) y fibrosis hepática

Fabián Betancourt-Sánchez, Cynthia Andrea Mireles-Álvarez, Mercedes Hernández-Jaime, Miguel Ángel Medina-Medrano, Paulina de la Torre-González, Héctor Langle-Castro, Luis Colunga-Lozano, René Malé-Velázquez. Instituto de Salud Digestiva y Hepática. Guadalupe, Jal. México. gastro.betancourt@gmail.com

**Antecedentes:** La infección por VHC se asocia con esteatohepatitis y síndrome metabólico. Se ha reportado que 48% de los pacientes infectados con VHC presenta esteatosis, en relación con genotipo 3. La elastografía transitoria (ET) es una técnica no invasiva que estima el grado de fibrosis hepática y esteatosis por CAP (*controlled attenuation parameter*).

**Objetivo:** Evaluar la correlación entre fibrosis y EHGNA en pacientes infectados por VHC mediante ET y CAP.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal en pacientes (pts) con infección por VHC; todos los participantes fueron valorados clínica y bioquímicamente, ET y CAP. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS versión 22; se utilizaron la media y el intervalo de confianza de las variables continuas descriptivas, porcentajes con las variables categóricas y la correlación entre los resultados entre kPa y CAP.

**Resultados:** Se analizaron 105 pts, con mediana de edad 59 años (IC 95% 57-61), 58 mujeres (55.2%). La frecuencia del genotipo fue: 74

pts (70.5%) tipo 1, 16 (15.2%) tipo 2 y 9 (8.6%) tipo 3; 4 pts (5.7%) sin genotipo determinado. La mediana de kPa obtenida fue 9.1 (IC 95% 7.8-10.9) y la mediana de CAP, 206 (IC 95% 196-217). Cuarenta y cuatro (41.9%) pts tenían esteatosis, 88 (83.8%) fibrosis y 37 (35.2%) cirrosis. La esteatosis en genotipo 1 fue de 22% (17 pts), 45% (5 pts) en genotipo 2 y 12% (1 pt) en genotipo 3. La fibrosis en genotipo 1 fue de 83% (62 pts), 81% (13 pts) en genotipo 2 y 88% (8 pts) en genotipo 3. No hubo correlación entre kPa, CAP, esteatosis, fibrosis y cirrosis.

**Discusión:** Se determinó baja incidencia de esteatosis en genotipo 3, lo que pudiera explicarse por el número de pacientes incluidos, con una mayor incidencia de esteatosis en el genotipo 2. No se observó relación entre la elevación de CAP y mayor rigidez hepática o viceversa. Se ha reportado que 48% de los pacientes infectados con VHC presenta esteatosis, relacionada con el genotipo 3 y mayor severidad hepática en caso de hígado graso.

**Conclusión:** Nuestro estudio demuestra una alta frecuencia de esteatosis con genotipo 2, con una baja frecuencia de genotipo 3; la rigidez hepática no estuvo relacionada con los resultados de CAP.

**Patrocinio:** El presente estudio no contó con patrocinio.

## ID 507

### Prevalencia de hígado graso no alcohólico en un centro de alta especialidad en el periodo de 5 años en pacientes sometidos a biopsia hepática y descripción de los hallazgos histopatológicos principales

Yuridia Renata Macías-Ángeles, Nashiely Gil-Rojas, Alfredo Servín-Caamaño, Fátima Higuera-de la Tijera. Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Ciudad de México. México. drayuridiamaciasa@gmail.com

**Antecedentes:** El hígado graso no alcohólico (HGNA) es la causa número uno de alteración en las pruebas funcionales hepáticas. En México, 70% de los adultos presenta sobrepeso u obesidad, pero pocos estudios han evaluado la prevalencia de HGNA.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de HGNA en un periodo de 5 años en pacientes a quienes se realizó biopsia hepática, describir los hallazgos histológicos en biopsias hepáticas de un grupo de pacientes con HGNA y comparar las características bioquímicas entre los pacientes con esteatosis simple y los pacientes con esteatohepatitis/fibrosis.

**Material y métodos:** Estudio observacional, analítico, transversal. Se revisó la base de datos de registro de biopsias del Hospital General de México, en el periodo comprendido entre enero de 2012 y marzo de 2016; se buscó intencionalmente el diagnóstico de HGNA y se registraron las características histopatológicas reportadas; los datos demográficos, clínicos y bioquímicos se recabaron de expedientes clínicos. Se compararon las características entre el grupo 1 (esteatosis simple = grupo de bajo riesgo de progresión de la enfermedad) y el grupo 2 (inflamación/fibrosis = grupo de alto riesgo de progresión de la enfermedad).

**Resultados:** En el periodo estudiado, se realizaron 292 biopsias hepáticas, 49 de las cuales reportaron HGNA; la prevalencia de HGNA fue de 16.7%. Todos tenían reporte de esteatosis hepática en el ultrasonido. La media de edad fue 42.4  $\pm$  14.8 años; 38 (77.6%) fueron mujeres; la media de peso fue 70.7  $\pm$  12.3 kg; la de talla 129.3  $\pm$  64.0 cm; IMC 23.4  $\pm$  5.2 kg/m<sup>2</sup>; 9.7% eran diabéticos y 32.3% prediabéticos. En relación con el IMC, 7.7% presentaba desnutrición, 57.7% peso normal, 23.1% sobrepeso, 7.7% obesidad grado I, 3.8% obesidad grado II, ningún obeso grado III. Las características reportadas en la biopsia fueron: 29 (59.2%) casos confirmaron presencia de algún grado de esteatosis; de ellos 13 (26.5%) tenían esteatosis mixta, 11 (22.4%) esteatosis microvesicular y 5 (10.2%) esteatosis macrovesicular; 17 (34.7%) reportaron infiltrado

inflamatorio (esteatohepatitis) y 5 (10.2%) tenían fibrosis significativa. Al comparar entre los grupos 1 y 2 únicamente hubo diferencia significativa en cuanto a cifras de glucosa sérica en ayuno ( $87.3 \pm 11.8$  vs.  $109.2 \pm 31.4$  mg/dL respectivamente,  $p=0.03$ ).

**Conclusión:** Afectó predominantemente a mujeres en edad productiva, la alteración de la glucosa sérica fue mayor en pacientes con factores considerados de riesgo de progresión de enfermedad (inflamación/fibrosis). Las pruebas de función hepática no son un parámetro confiable para distinguir entre pacientes con esteatosis simple y aquéllos con inflamación/fibrosis.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió ningún tipo de patrocinio.

## ID 508

### Clororrea congénita. Reporte de caso

Iván Mauricio Llanos-Arango, Salvador Villalpando-Carreón, Ximena Tengana-Delgado. Hospital infantil de México "Federico Gómez". Ciudad de México. México. im.llanos.a@hotmail.com

**Antecedentes:** La pérdida de cloro por la materia fecal es una rara causa de diarrea congénita. Clororrea es un desorden autosómico recesivo en donde el intercambiador de cloro. Puede manifestarse en el periodo prenatal con diarrea de volumen importante rica en cloro capaz de producir polihidramnios materno, además de parto pretérmino, y en el periodo posnatal se manifiesta como eventos de diarrea con deshidratación, pérdida de electrolitos, hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia y alcalosis metabólica, y retraso del crecimiento. Es un defecto en el transportista de soluto (SLC26A3) de la familia de los transportadores en el intestino localizado en el cromosoma 7q31.

**Objetivo:** Describir la presentación y las características clínicas de un paciente con clororrea congénita.

**Reporte de caso:** Se trata de una paciente preescolar de 4 años de edad que desde su nacimiento presenta diarrea, en promedio 8 evacuaciones en el día. Requirió 10 hospitalizaciones por eventos de deshidratación severa secundarios a cuadros de gastroenteritis aguda. Posteriormente fue referida a un hospital de tercer nivel de atención para abordaje de malnutrición, falla renal y diarrea crónica. Ingresó con peso de 4.9 kilos; talla 65 cm. Laboratorios de ingreso: pH 7.4,  $pO_2$  44,  $pCO_2$  24,  $HCO_3$  27, osm: 283 mOsm/L, lactato 3.6, BUN 80 mg/dL, creatinina: 1.1 mg/dL, ácido úrico 14.2 mg/dL,  $Na^+$  138 mEq/L,  $K^+$  2.2 mmol/L, Cl 80 mmol/L, P 5.6 mg/dL, Ca 9.9 mg/dL, Mg 2.2 mg/dL. Estudios de materia fecal: no hay residuo de grasa; D-xilosa 59.2 mg/100 mL (normal);  $Na^+$  63 mmol/L, K 63.7 mmol/L, Cl 128 mmol/L (verificados en dos determinaciones), P 10.8 mg/dL, Ca 47.3 mg/dL.

**Discusión:** El diagnóstico de clororrea debe considerarse en todos aquellos recién nacidos o lactantes que presenten diarrea crónica intratable y niveles altos de cloro en las muestras de materia fecal, además de las anomalías electrolíticas y acidobásicas descritas.

**Conclusión:** La clororrea es una entidad poco frecuente. Su identificación temprana es fundamental para lograr la suplementación adecuada de líquidos y electrolitos; esto contribuye a la reducción de la frecuencia de las evacuaciones y mejora del crecimiento. Los pacientes ameritan un seguimiento a largo plazo para evitar complicaciones como insuficiencia renal, hiperuricemia, hernia inguinal, espermatoceles y subfertilidad masculina.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 509

### La escala CONUT como predictor de severidad/mortalidad en pacientes con sepsis abdominal

Jorge Luis de León-Rendón, Mario Arcadio Valdés-Campuzano, Sandra Cecilia López-Romero, Raquel Yazmín López-Pérez, Noé Isaías

Gracida-Mancilla. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Ciudad de México. México. bass\_spl@hotmail.com

**Antecedentes:** En México la sepsis representa aproximadamente 30% de los diagnósticos de ingreso a las unidades de terapia intensiva, 47% de los cuales es origen abdominal, con una mortalidad de 5% hasta 75%. Durante la sepsis aumenta el consumo energético frente a lo cual el individuo desnutrido presenta una capacidad de respuesta mermada. La escala Control Nutricional (CONUT) evalúa el riesgo de desnutrición con base en la determinación de albúmina, colesterol total y linfocitos absolutos.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad de la escala CONUT como predictor de severidad/mortalidad en pacientes con sepsis abdominal (SA).

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, correlacional, analítico, transversal, que incluyó a 134 pacientes con diagnóstico de SA, según criterios establecidos para cada patología abdominal de la Clínica de Sepsis Abdominal del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", entre julio de 2013 y julio de 2014. Se evaluó la severidad de la sepsis mediante escala APACHE II y el estado nutricional con la escala CONUT. Se agruparon los casos de acuerdo con la severidad por APACHE II: leves ( $\leq 14$  puntos) y severos ( $\geq 15$  puntos). Por la escala CONUT se dividieron en: riesgo bajo (0 a 4 puntos), riesgo moderado (5 a 8 puntos) y riesgo alto (9 a 12 puntos). Los datos obtenidos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 22.

**Resultados:** De los pacientes estudiados, 62 (46%) eran del sexo masculino, con una edad promedio de  $44.3 \pm 17.7$  años. La apendicitis aguda fue el origen de la sepsis abdominal más frecuente, seguida de las enfermedades de la vía biliar. En nuestra población la mortalidad fue de 10%. La puntuación CONUT obtuvo un valor medio de  $4.79 \pm 3$ . El puntaje obtenido mediante la escala de APACHE II obtuvo un promedio de  $11.2 \pm 5.1$ . Al evaluar la severidad por APACHE II contra el riesgo CONUT se encontró que de 73 casos con riesgo bajo por CONUT, 87.7% tuvo APACHE leve y 12.3% severo; de 33 casos con riesgo moderado por CONUT, 84.8% fue leve y 15.2% severo; mientras que de 28 casos catalogados con riesgo alto por CONUT, 46.4% fue leve y 53.6% severo. Se observó una tendencia al incremento de los casos severos con el incremento del riesgo evaluado por CONUT ( $<0.05$ ). Esta tendencia se confirmó mediante la prueba de correlación de Pearson en la cual se obtuvo un valor de 0.55 ( $p=0.01$ ). Al analizar la curva ROC obtenida para el puntaje CONUT y su relación con la severidad por APACHE II obtuvimos un área bajo la curva (AUC) de 0.751 y el punto de corte óptimo que obtuvimos es de 7, para una sensibilidad de 53% y una especificidad de 80%. Por último, al analizar la curva ROC del puntaje CONUT en su relación con la mortalidad obtuvimos un AUC de 0.88 y el mejor punto de corte al puntaje 8, para una sensibilidad de 78% y una especificidad de 86%.

**Conclusión:** La escala CONUT es una herramienta útil, simple y accesible que puede predecir la severidad/pronóstico de los pacientes con sepsis abdominal.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 510

### ¿Cómo se aborda el dolor torácico en un centro de 3er nivel? Retos para el diagnóstico

Ariadna Ramírez-Polo<sup>2</sup>, Mario Pineda-de Paz<sup>2</sup>, Mayela Torres-Romero<sup>1</sup>, Enrique Coss-Adame<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Clínica de Motilidad, <sup>2</sup>Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. enriquecossmd@gmail.com

**Antecedentes:** El abordaje del dolor torácico requiere investigar causas cardíacas, gastrointestinales y pulmonares, principalmente. La

etiología cardíaca es la primera que se aborda ya que puede requerir hospitalización y tratamiento inmediatos. Su diagnóstico no es claro durante el abordaje inicial en urgencias (con EKG, enzimas cardíacas y radiografía simple de tórax), por lo que se requieren otros estudios. En el dolor torácico de origen no cardíaco se han excluido enfermedades cardiovasculares. De igual manera se requiere una serie de estudios como manometría esofágica, pHmetría/impedancia y panendoscopia. El abordaje de estos trastornos debe ser protocolizado para dar una atención adecuada a los pacientes.

**Objetivo:** Determinar las principales causas de dolor torácico en el INNSZ durante los últimos 10 años y analizar el papel de la evaluación gastrointestinal mediante evaluación en consulta externa, solicitud de panendoscopia, manometría esofágica, pHmetría/impedancia y serie esofagoscópica.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo. Los expedientes de pacientes con diagnóstico de dolor torácico (CIE "dolor de pecho") en los últimos 10 años fueron revisados en el archivo clínico. Se identificaron variables demográficas, comorbilidades, solicitud de estudios complementarios (abordaje de causas cardíacas, gastrointestinales [GI] y pulmonares) así como el tratamiento recibido, el control del dolor y el diagnóstico final. Se excluyeron pacientes con dolor abdominal u osteomuscular, así como aquéllos con información incompleta.

**Resultados:** Se identificaron 48 pacientes y se excluyeron 12 por no contar con datos completos en el expediente. De los 36 incluidos, 27 eran mujeres (75%), con una media de  $52 \pm 17$  años; las comorbilidades más frecuentes fueron GI (52.8%), hipertensión arterial (47.2%) y enfermedades reumatológicas (44.4%). El 75% acudió a urgencias por este diagnóstico; el resto comenzó la evaluación en la consulta externa. La mayor parte de estudios complementarios fueron para abordaje de causas cardiovasculares. A 51 pacientes se les realizó EKG/ECOTT (n=35, 97.7%; n=16, 44.4%; respectivamente) y prueba de esfuerzo en 9 (25%) de estos pacientes. Las Rx de tórax fueron el segundo estudio más solicitado (63.9%). En menos de la mitad de los pacientes se solicitó EGD (44.4%) y en 11.1% se realizaron manometría esofágica y/o pH-impedancia. Sólo 9 pacientes (25%) iniciaron tratamiento con IBP; sin embargo, en la última consulta hasta 39% de pacientes usaba este medicamento (considerando uso previo). Se documentó control del dolor en 69.4% de los casos. Sólo 16.7% fue valorado en la CE de Gastroenterología. En relación con el diagnóstico final, la etiología cardíaca fue la más frecuente (n=16, 44.4%) y en 36.2% de casos (n=13) no se determinó el origen del dolor. Una causa de origen pulmonar se identificó en 7 pacientes (19.4%).

**Conclusión:** En general no existe un protocolo para el abordaje de pacientes con dolor torácico, aunque la prioridad es la exclusión de causas cardiovasculares; hasta un tercio de los pacientes continúan con dolor y no son investigados. Se requiere implementar un protocolo de evaluación en los pacientes con dolor torácico y poder realizar de manera sistemática el proceso de diagnóstico y tratamiento.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 511

### Presentación de isquemia mesentérica crónica secundaria a síndrome de anticuerpos antifosfolípidos

Sergio Gabriel Muñoz-Martínez, Alberto Palacios-Ávila, Isaac Bartnicki Navarrete, Godolfino Miranda, Ignacio García-Juárez. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. sergio\_sg@hotmail.com

**Antecedentes:** El dolor abdominal crónico presenta múltiples diagnósticos diferenciales, entre ellos isquemia mesentérica crónica (IMC), entidad que se debe sospechar en pacientes mayores de 65 años con aterosclerosis ya que es la causa hasta en 90% de los casos.

La IMC secundaria a síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAAF) es extremadamente rara, documentada sólo como reportes de caso en la literatura.

**Objetivo:** Reporte de un caso de IMC asociada con SAAF.

**Reporte de caso:** Mujer de 67 años de edad con antecedentes de importancia de 12 gestas y 11 abortos espontáneos (1er trimestre) y tabaquismo de 8.8 paquetes/año. Padecimiento de 2 años de evolución con pérdida de peso de 15 kg, dolor abdominal tipo cólico, punzante y exacerbado con la ingesta de alimentos de predominio en epigastrio y marco colónico, además de episodios de diarrea alternados con estreñimiento. Dentro de los estudios realizados antes del ingreso a nuestra institución se encuentran una panendoscopia y TC de abdomen sin datos relevantes para el padecimiento. Sólo se dio manejo sintomático y enzimas pancreáticas sin mejoría del cuadro. Al ingreso al instituto se realizó prueba de D-xilosa, carotenos en sangre y prueba de urea en aliento sin alteraciones, PPD de 0 mm, coprocultivos y coproparasitoscópico negativos. Durante la hospitalización presentó exacerbación del dolor y "miedo a comer"; por sospecha de IMC se realizó una angio-TC abdominal encontrando oclusión total de las arterias celiaca, mesentérica superior y mesentérica inferior. Como parte del tratamiento se le realizó anastomosis con prótesis de Dacron de aorta abdominal a tronco celiaco y arteria mesentérica superior con endarterectomía y reanastomosis primaria de arteria mesentérica inferior sin complicaciones, con lo cual hubo mejoría significativa del dolor y resolución de la diarrea. Por el antecedente de abortos de repetición y hallazgo transquirúrgico de trombosis de las arterias se realizó perfil de SAAF: anticuerpos anticardiolipina, anti-B2 glucoproteína IgG e IgM y anticoagulante lúpico positivos. En conjunto con reumatología se integró el diagnóstico de SAAF primario. La paciente se encuentra con anticoagulación total y ácido acetilsalicílico con resolución completa de los síntomas.

**Discusión:** La IMC es una patología rara con prevalencia de 6-29% en pacientes asintomáticos; la prevalencia en pacientes sintomáticos se desconoce. Es causa de múltiples manifestaciones gastrointestinales y diagnósticos diferenciales. La semiología adecuada del dolor abdominal orienta el diagnóstico (p.ej. "miedo a comer o cibofobia"). La causa más frecuente de IMC es aterosclerosis (>90% de los casos); sin embargo, en este caso se encontró aortoesclerosis sin afectación de las ramas arteriales y trombosis. Esto, asociado con el antecedente de abortos, hizo sospechar el diagnóstico de SAAF. La presentación de SAAF con IMC es extremadamente rara, por lo general los eventos de trombosis son agudos y catastróficos, no presentes en nuestra paciente por la formación de colaterales, pero desarrolló un cuadro crónico. La presentación de IMC asociada con SAAF está descrita en reportes de caso; el perfil de SAAF triple marcador positivo confiere un riesgo elevado de nuevos eventos trombóticos arteriales y aumento del riesgo cardiovascular.

**Conclusión:** Es importante buscar un síndrome protrombótico en pacientes con IMC no asociada con aterosclerosis.

**Patrocinios:** No se contó con ningún tipo de patrocinio.

## ID 513

### Respuesta al tratamiento para esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) evaluado con rigidez hepática (RH) y CAP por elastografía transitoria (ET)

Fabián Betancourt-Sánchez, Cynthia Andrea Mireles-Álvarez, Mercedes Hernández-Jaime, Miguel Ángel Medina-Medrano, Paulina de la Torre-González, Héctor Langle-Castro, Luis Colunga-Lozano, René Malé-Velázquez. Instituto de Salud Digestiva y Hepática. Guadalupe, Jal. México. gastro.betancourt@gmail.com

**Antecedentes:** En la terapia farmacológica para el tratamiento de EHNA existen dos categorías: los medicamentos que mejoran la

condición metabólica y los hepatoprotectores. La progresión de la fibrosis o la mejoría después del tratamiento se podría evaluar mediante biopsia u otros exámenes no invasivos, incluida la elastografía transitoria (ET).

**Objetivos:** Describir los cambios de la rigidez hepática y CAP posterior a tratamiento médico en pacientes con EHNA evaluado mediante ET.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en pacientes (pts) con EHNA con varios tratamientos (ácido ursodesoxicólico + vitamina E o vitamina E como monoterapia) y cambios en el estilo de vida (recomendaciones de dieta y ejercicio); a todos se les realizó evaluación clínica, bioquímica y ET para determinar la respuesta a la terapia. Dependiendo de su estado, recibieron tratamiento combinado con estatina y/o metformina. Se utilizó un software versión 22. Las variables continuas se describieron de acuerdo con la distribución de tendencia central, las variables categóricas con porcentajes; comparamos variables continuas con el test no paramétrico de Wilcoxon.

**Resultados:** Se analizaron 26 pts (media de edad, 55 años  $\pm$  10.95 SD, 10 mujeres [38.5%]), 6 (23%) tenían esteatosis grado 1, 8 (30.8%) grado 2 y 12 (46%) grado 3. La cirrosis se presentó en 26.9% (IC 95% 13-46%). El tratamiento más común fue ácido ursodesoxicólico, vitamina E más cointervención en 38.4%; 26.9% recibió ácido ursodesoxicólico y vitamina E sin cointervención y 23% vitamina E sola o con cointervención; el resto con otros tratamientos. Posterior al tratamiento no hubo cambios en el peso; TGP y GGT presentaron disminución estadísticamente significativa ( $p=0.031$  y  $p=0.040$ ), 9 pts (34.6%, IC 95% 19-53%) mostraron regresión de la fibrosis y 10 (38.5%, IC 95% 22-63%) regresión de la esteatosis.

**Discusión:** Existe controversia en el tratamiento farmacológico de la EHNA. En nuestro estudio los pacientes presentaron mejoría de fibrosis en 35%, por lo que se podría reconsiderar dicho manejo de ácido ursodesoxicólico y vitamina E.

**Conclusión:** Nuestros pacientes presentaron mejoría en la fibrosis, esteatosis y los niveles de enzimas hepáticas con terapia farmacológica.

**Patrocinio:** El presente estudio no contó con patrocinio.

## ID 516

### Acrodermatitis enteropática. Reporte de caso

Ximena Tengana- Delgado, Iván Mauricio Llanos. Hospital infantil de México "Federico Gómez". Ciudad de México. México. ximenatd@gmail.com

**Antecedentes:** La acrodermatitis enteropática (AE) es un raro desorden genético autosómico recesivo caracterizado por dermatitis periorificial, alopecia y diarrea. Es causado por mutaciones en el gen SLC39A4 (8q24.3) que codifica una proteína de membrana transportadora de zinc (Zip4), lo que resulta en una deficiencia severa de zinc.

**Objetivo:** Describir la presentación y evolución clínica de una paciente con acrodermatitis enteropática

**Reporte de caso:** Se trata de una escolar femenina de 13 años de edad con antecedentes de hospitalizaciones por diarrea y deshidratación moderada a los 2 años de edad, a los 3 años neumonía grave y a los 7 años pielonefritis aguda con síndrome disentérico. Ingresó al Hospital Infantil de México "Federico Gómez" con cuadro clínico que inicia a los 2 años de edad con dermatosis diseminada a cabeza, tronco y extremidades que afecta áreas periorificiales, caracterizada por placas eritematosas, escamosas circulares, asociada con queilitis, glositis y caída de cabello. Presencia de evacuaciones líquidas de 8 a 10 al día, sin moco ni sangre, con evento de hematoquecia de 1 semana de evolución, además con desnutrición crónica agudizada de intensidad leve. Conocida por servicio de gastroenterología por

diarrea crónica, se realiza abordaje diagnóstico, que es negativo para proceso infeccioso e inmunológico pero con evidencia de deficiencia de zinc, D-xilosa normal sin evidencia de malabsorción, microcitosis e hipocromía y biopsia de piel que reporta exocitosis de neutrófilos y vesículas intraepidérmicas con células acantolíticas y áreas de espongiosis además de infiltrado inflamatorio dispuesto alrededor de los vasos sanguíneos; se documenta acrodermatitis enteropática. Se inició suplementación con zinc y hierro, a lo que presentó buena respuesta terapéutica en el primer mes de tratamiento, con niveles óptimos de zinc de 183  $\mu\text{g}/\text{dL}$ , mejoría de dermatosis con lesiones residuales en dedos de manos y región plantar de ambos pies, así como el patrón de evacuaciones de 1 a 3 al día, formadas, y recuperación nutricional.

**Discusión:** El diagnóstico de la DE es clínico; se confirma, como sucedió con este caso, con la biopsia de piel y la rápida respuesta al tratamiento con zinc a razón de 1mg/kg/día, con recuperación de las lesiones cutáneas en 3 a 4 semanas aproximadamente, seguida de recuperación nutricional.

**Conclusión:** La acrodermatitis enteropática, a pesar de su baja incidencia, es una entidad de gran relevancia clínica, si se tienen en cuenta las graves manifestaciones cutáneas y las posibles complicaciones sistémicas que se presentan. De ahí la importancia de garantizar el inicio de un rápido tratamiento que permita la recuperación total del paciente.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 517

### Enteritis atrófica vellosa seronegativa en México. Descripción de 20 casos

Ana María Merino-Díaz, Rodrigo Soto-Solís, Norma González-Uribe, Karina Santana-de Anda, Mario Arturo Ballesteros-Amozurrutia. Servicio de Gastroenterología, Hospital Ángeles del Pedregal. Ciudad de México. México. merino.anamari@gmail.com

**Antecedentes:** El esprue celiaco (EC) se caracteriza por diarrea y enteritis linfocítica crónicas, atrofia de vellosidades e hiperplasia de criptas de intensidad variable, anticuerpos IgA e IgG anti: transglutaminasa (anti-tTg)/ endomisio y gliadina, y mayor prevalencia en genotipos HLA DQ2/DQ8. En México es común encontrar enteritis linfocíticas crónicas con todos estos anticuerpos negativos y no se han descrito casos de enteritis autoinmune con anticuerpos anti-enterocito/células caliciformes.<sup>1</sup> Recién se han descrito alrededor de 150 pacientes con enteritis atrófica vellosa seronegativa (EAVSN), un síndrome de etiología diversa (idiopática, EC, sobrepoblación bacteriana, esprue tropical, enteritis por medicamentos, Hp, giardiasis, etc.).<sup>2,3</sup>

**Objetivo:** Comparar características clínicas de pacientes con EC y EAVSN.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo de 6 pacientes con EC y 20 con enteritis crónica con criterios histopatológicos de Marsh sin anticuerpos anti-tTg/endomisio/gliadina o EAVSN. Se excluyeron pacientes con esprue tropical (falla a antibióticos, deficiencia de ácido fólico y/o B12, prueba de aliento negativa).

**Resultados:** (Tabla 1).

**Conclusión:** En pacientes con diarrea crónica recurrente sin esteatorrea, la EAVSN es tres veces más común que la EC. Estos pacientes tienen afectación intestinal por histopatología tan intensa como aquellos con EC. La respuesta a dieta sin gluten/rifaximina es subóptima. Se requiere protocolizar el estudio de estos pacientes incluyendo anticuerpos anti-enterocitos/células caliciformes, biopsias de control; no basta la mejoría clínica. Algunos de estos pacientes pudieran padecer enteritis autoinmune, cuyo tratamiento requiere suspender inhibidores de ECA y añadir esteroides o inmunosupresores.

*Patrocinio:* Sin patrocinio.

#### Referencias

1. Akram S et al. Adult autoimmune enteropathy: Mayo Clinic Rochester experience. Clin Gastroenterol Hepatol 2007;5:1282-1290.
2. DeGaetani M et al. Villous atrophy and negative celiac serology: a diagnostic and therapeutic dilemma. Am J Gastroenterol 2013;108:647-653.
3. Azis I et al. doi 10.1136. Gut 2011;239301.1

Tabla 1. (ID 517).

Resultados	EC	EAVSN
n	6	20
Edad	59.3 (32-75)	59.4 (40-96) años
Mujeres/hombres	4/2	13/7
Diarrea crónica/esteatorrea	5/1 (83/17%)	12 /2 (60/10%)
Dolor o distensión abdominal	1 (17%)	7 (35%)
Marsh 1-2	2 (33%)	3 (15%)
Marsh 3-4	4 (67%)	17 (85%)
Hipertensión arterial + olme/telmi/valsartan	0	5 (3/1/1)
Padecimientos autoinmunes	4 (67%)	4 (20%)
Hb	13.2 (12-13.8)	14.6 (9.7-18.8)
Helicobacter pylori	Negativo 4/4	Positivo 1/16
HLA DQ2/DQ8 positivos	1/1	2/2
Respuesta a dieta sin gluten	83%	37%
Respuesta clínica a rifaximina/budesonida	0/33%	60%/5%

## ID 518

### Pancreatitis del surco pancreatoduodenal: Un reto diagnóstico

Badir Hernández-Velázquez, Roberto Monreal-Robles, Emmanuel Irineo González-Moreno, José Alberto González-González, Aldo Azael Garza-Galindo, Héctor Jesús Maldonado-Garza. Hospital Universitario "José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N. L. México. badir84@hotmail.com

*Antecedentes:* La pancreatitis del surco, o "groove", es una forma poco frecuente de pancreatitis crónica segmentaria. Afecta el área anatómica entre la cabeza del páncreas, el duodeno y el conducto biliar común. Su prevalencia varía de 2.7-24.5%. Se presenta en hombres (40-50 años) con abuso de alcohol. Su presentación e imagen pueden simular un adenocarcinoma de páncreas.

*Objetivo:* Presentar un caso clínico típico de una enfermedad poco frecuente la cual es un reto diagnóstico con implicaciones terapéuticas importantes.

*Reporte de caso:* Masculino de 32 años de edad, con consumo crónico de alcohol y tabaco, se presenta con historia de dolor epigástrico de 3 meses de evolución, pérdida de peso y vomito posprandial. La amilasa sérica se encontraba en niveles normales (108 U/L) y el resto de los estudios de laboratorio sin datos relevantes. La tomografía contrastada abdominal (TC) reveló una masa hipodensa, hipovascular y sin realce en el espacio pancreático-duodenal, engrosamiento

circunferencial hipercaptante en duodeno (Figura 1). El ultrasonido endoscópico (UE) evidenció un patrón lobular acentuado con heterogeneidad aumentada y focos hiperecogénicos en el parénquima pancreático e hiperecogenicidad de las paredes del conducto pancreático principal. No se detectaron masas. Estas características eran consistentes con la llamada "pancreatitis del surco". Un TAC de seguimiento a los 5 meses con tratamiento conservador evidenció mejoría del proceso inflamatorio.

*Discusión:* La pancreatitis del surco fue descrita por primera vez en 1973 por Becker como una forma de pancreatitis segmentaria. Generalmente se presenta en hombres alcohólicos de 40-50 años con síntomas de dolor abdominal, vómito, pérdida de peso y elevación discreta de amilasa. Es difícil de distinguir del adenocarcinoma de la cabeza de páncreas. La TC muestra una masa hipodensa entre la cabeza del páncreas y engrosamiento del duodeno. El UE una masa hipococica. Se cree que la patogénesis, aún desconocida, es a causa de alteraciones en el flujo pancreático. El tratamiento es de sostén; algunos requieren tratamiento quirúrgico por síntomas obstructivos.

*Conclusión:* Aun con los avances en imagen, la pancreatitis del surco continúa siendo un reto diagnóstico, por lo que se requiere un alto índice de sospecha ya que en gran parte de los pacientes el diagnóstico es posquirúrgico.

*Patrocinio:* Este trabajo no tiene patrocinio.

Figura 1. Tomografía contrastada de abdomen. (ID 518).



## ID 519

### Ancho de distribución eritrocitaria como predictor de severidad/mortalidad en sepsis abdominal

Noé Isaías Gracida-Mancilla, María Isabel Yglesias-Galeana, Mariel González-Calatayud, Diego García-Vivanco, Raquel Yazmín López-Pérez, Jorge Luis de León-Rendón. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Ciudad de México. México. noeigracida@hotmail.com

*Antecedentes:* La sepsis abdominal es una patología frecuente y grave, con una elevada mortalidad a corto plazo. Se han empleado diferentes herramientas (escalas de puntaje clínico y quirúrgico, biomarcadores) para predecir la evolución del paciente con sepsis abdominal. Sin embargo, a pesar de su alta sensibilidad, muchos de estos medios son laboriosos, costosos o no están disponibles en todos los centros de atención. El ancho de distribución eritrocitaria (ADE) es una medida cuantitativa de la variabilidad en el tamaño de los eritrocitos circulantes, cuyo valor se modifica en respuesta a diversas condiciones fisiopatológicas que implican alteraciones en

la perfusión y respuesta inflamatoria. El ADE ha demostrado ser un predictor independiente de morbilidad en pacientes con enfermedad cardiovascular, hipertensión pulmonar, tromboembolismo venoso, neumonía y fibrosis pulmonar, y en pacientes críticos.

**Objetivo:** Determinar la utilidad del ADE como predictor de severidad y mortalidad en la sepsis abdominal.

**Material y métodos:** Se incluyeron 148 casos, adultos de ambos sexos atendidos en el servicio de urgencias con diagnóstico de sepsis abdominal debida a peritonitis secundaria, de los cuales se registró el ADE y se comparó con la severidad cuantificada mediante la escala fisiológica APACHE II, así como con la mortalidad. Los datos obtenidos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 19.

**Resultados:** El valor medio del ADE para la muestra fue de  $14.3 \pm 1.4$  y la severidad medida por APACHE fue de 10.4. El valor de ADE fue diferente para el grupo de los fallecidos (15.83) comparado con los casos sobrevivientes (14.03), con un valor estadísticamente significativo ( $p=0.000$ ). Se observó una correlación directa entre la severidad medida por APACHE y el valor de ADE ( $p=0.042$ ). Al estudiar la curva de sensibilidad y especificidad para ADE, se encontró el mejor punto de corte en 14.2, para una sensibilidad de 83% y una especificidad de 72% (AUC 0.85,  $p=0.000$ ). Al dividir los casos tomando en cuenta el punto de corte de 14 para el ADE se obtuvo que 17.2% de los casos con ADE  $\geq 14$  falleció, mientras que sólo 2.2% de aquellos con ADE  $\leq 14$  falleció ( $p=0.02$ ; RM 9.16, IC 95% 1.02-43.55). En relación con la severidad, 31% de los casos con ADE  $\geq 14$  tuvo un APACHE  $\geq 15$  puntos, mientras que 7.8% de aquellos con ADE  $\leq 14$  tuvo una calificación de APACHE  $\leq 15$  puntos ( $p=0.000$ ; RM 5.33, IC 95% 2.06-13.81).

**Conclusión:** El ADE es un predictor de la severidad/mortalidad de los pacientes con sepsis abdominal. Es un parámetro reportado en la biometría hemática habitual, lo que lo hace simple y económica su obtención.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 520

### Prevalencia de hipertonia del esfínter esofágico superior (EES) en pacientes con globus diagnosticados por manometría esofágica de alta resolución (MAR)

Nerina del Carmen Fernández-Martínez, Nuria Pérez-y López, Edgar Torres-López, Luz Adriana López-Luría, Marissa Yoeli Escandón-Espinoza, María del Carmen Ávila-Langarica, Yoali Maribel Velasco-Santiago, Raúl Ubaldo Aguilar-Moreno, Andy Gabriel Rivera-Flores, Felipe Zamarripa-Dorsey. Servicio de Gastroenterología, Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. nerina.fdez@gmail.com

**Antecedentes:** La sensación de bulto o cuerpo extraño en la faringe es común entre la población general. Su etiología continua siendo controversial. Con ayuda de la MAR se ha sugerido como causa de globus una función anormal del EES y viceversa. Al no existir una relación clara entre la presencia de hipertonia como etiología del globus consideramos relevante realizar el presente estudio.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y las características epidemiológicas entre la hipertonia del EES y los síntomas de esófago superior (sensación de globus).

**Material y métodos:** Pacientes referidos al laboratorio de Motilidad Gastrointestinal del HJM para manometría esofágica por cualquier indicación de 18-80 años de edad, con síntomas clínicos (globus) por más de 3 meses en el periodo de mayo de 2015 a julio de 2016. Tipo de estudio: observacional, prospectivo, de prevalencia. Variables analizadas: edad, género, globus e hipertonia del EES. Análisis estadístico: los resultados fueron analizados con obtención de porcentajes, media (la diferencia de medias se analizó con t de Student),

promedio y desviación estándar; por último las variables cualitativas fueron analizadas con *Ji cuadrada*.

**Resultados:** Se incluyeron 128 pacientes (30.4% hombres y 69.5% mujeres), con edad entre 19 y 82 años (promedio de 48.8 años). Encontramos una prevalencia elevada de hipertonia del EES en 68 pacientes (53.1%) ( $p=0.058$ ); de ellos, 34% fue del género masculino y 66% del femenino. En cuanto a la relación EES hipertónico y sensación de globus, únicamente 37% presentó ambos criterios y con EES hipertónico sin sensación de globus 57% de pacientes, con predominio en el género femenino. El promedio de presión media del EES con globus fue de 101.12 y sin globus, de 107.79.

**Conclusión:** En nuestro estudio se demostró que no existe una relación entre la hipertonia del EES con la sensación de globus. El género femenino fue el predominante en hipertonia así como en sensación de globus. Lo anterior sugiere una etiología multifactorial. La expectativa es que con el incremento del uso de MAR se podría clarificar la etiología del globus.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 521

### Enfermedad inflamatoria intestinal y cáncer de piel: Reporte de casos

Hugo Javier Albores-Velázquez, Tomás Cortés-Espinoza, Jesús Gerardo López-Gómez, Mayra Virginia Ramos-Gómez, Fany Janette Flores-Rentería, Eduardo Ramos-Raudry, Mario Peralta-Mateo. CMN 20 de Noviembre, ISSSTE. Ciudad de México. México. drhugoalboresv@hotmail.com

**Introducción:** Con el advenimiento de las terapias biológicas para enfermedad inflamatoria intestinal (EII), incluyendo los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ), los anticuerpos monoclonales y las moléculas contra adhesión de anticuerpos, se ha presentado un aumento de 4 a 7 veces del riesgo para cáncer de piel con el uso de inmunosupresores; aproximadamente 50% de los pacientes se ha encontrado en contacto con estos medicamentos dentro de los primeros 5 años del diagnóstico.

**Objetivo:** Presentar dos casos que en los cuales se documenta la relación entre la EII y el cáncer de piel ya sea del tipo melanoma o no melanoma.

**Reportes de casos:** Primer caso. Femenino de 60 años de edad con antecedentes de HAS, hipotiroidismo, hiperprolactinemia y enfermedad de Crohn de 5 años de evolución, en manejo con adalimumab desde su diagnóstico, sin uso de azatioprina u otros inmunomoduladores. Desde hace 1 año presenta dermatitis localizada en región axilar, por lo que se realiza biopsia, con reporte histopatológico de melanoma maligno Clark III Breslow del tipo nodular. Segundo caso. Masculino de 67 años con 13 años de diagnóstico CUCI, con múltiples tratamientos durante el curso de la enfermedad, desde esteroides sistémicos por 6 meses, infliximab, mesalazina y azatioprina durante 3 años, cambiando manejo desde hace 9 años a adalimumab, azatioprina y mesalazina. Hace 1 año presenta lesión en párpado inferior izquierdo a la cual se le realiza biopsia con reporte histopatológico de carcinoma basocelular de patrón sólido y quístico.

**Discusión:** En los dos casos reportados se encuentran pacientes con diferentes tipos de patologías como antecedentes; sin embargo, ambos presentaron el diagnóstico de EII, con posterior uso de biológico y que éste persistió por más de 5 años. Lo anterior es importante debido a que se ha demostrado que el uso de biológicos se asocia con un incremento aproximado de 2 veces la incidencia de cáncer de piel; esta relación es con el aumento de los niveles del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1. En uno de ellos se usó inmunosupresores por largo tiempo, el cual en la literatura se ha reportado que aumenta de 4 a 7 veces el cáncer de piel.

**Conclusión:** El riesgo de presentar cáncer de piel está bien establecido en los pacientes con EII, sobre todo aquellos que reciben tiopurinas en combinación con fármacos inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa. En nuestros pacientes, posterior al uso de estos fármacos se presenta cáncer de piel como complicación. Es bien conocido que los pacientes a los que se administran estos fármacos deben tener un seguimiento especial para detección de lesiones dérmicas que pudieran evolucionar a una neoplasia. Estudios han demostrado el poco interés de los pacientes en el cuidado de la piel, por lo que un aumento en el énfasis del cuidado especial que deben tener es imperioso en la práctica clínica.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 523

### Reporte de caso: Manejo endoscópico de hemorragia secundaria a lesión de Dieulafoy en colon

Teresa de Jesús Galicia-Gómez, Luis Ariel Waller-González, Martha Lizeth Herrera-Puc, Marcial Gerardo Reyes-Aguilar, Francisco Javier Tepepa-López. Centro Médico Nacional 20 de noviembre, ISSSTE. Ciudad de México. México. galiciateresa120@gmail.com

**Antecedentes:** La lesión de Dieulafoy fue descrita por primera vez en 1884 por Gallard; en 1898 George Dieulafoy la definió como la malformación de una arteria o arteriola de mediano calibre, la cual conserva su grosor al aproximarse a la mucosa.

**Objetivo:** Presentar el caso de femenina de 58 años de edad que presentó lesión de Dieulafoy como causa de hemorragia digestiva baja, siendo inusual este tipo de localización detectada mediante colonoscopia y manejada con colocación de hemoclips.

**Reporte de caso:** Se trata de paciente de sexo femenino de 58 años de edad. Originaria de Mexicali, reside actualmente en Yucatán, alérgica a penicilina, diabetes tipo II de 2 años de evolución, en tratamiento con metformina y glibenclámda. Hipertensión arterial de 4 años de evolución en tratamiento con captopril, evento vascular cerebral sin secuelas y sin tratamiento. Transfusionales positivos: diciembre de 2014 por sangrado de tubo digestivo bajo. Inició padecimiento 1 año antes de su envío a este centro médico; previamente manejada como síndrome anémico requirió transfusión de 2 paquetes globulares e inició protocolo de estudio: sangre oculta en heces positivo, panendoscopia y colonoscopia negativos, inició tratamiento con hierro intramuscular y posteriormente vía oral sin mejoría, por lo que se decide enviar a este centro médico. Colonoscopia 14/05/2015: ectasia vascular en colon ascendente, con aplicación de argón plasma. Divertículos aislados en sigmoideos. Persiste la anemia y se realiza segunda colonoscopia (19/08/15), sin datos nuevos. Enteroscopia 04/09/2015: úlceras menores de 5 mm en bulbo duodenal. Laboratorios 02/2016 hemoglobina 5.9, hematocrito 22.1, plaquetas 54,000, hierro 19, transferrina 297, reticulocitos 1.3. Colonoscopia 09/02/2016: en el ángulo hepático se observó un vaso con hemorragia, se colocaron dos hemoclips. Se egresó a domicilio manteniendo 12 g/dL de hemoglobina.

**Discusión:** La endoscopia es el método de elección en el paciente con hemorragia para la detección y manejo de lesión de Dieulafoy, la cual debe sospecharse en todos los pacientes con hemorragia severa. En ese caso las terapias mecánicas (hemoclips) han demostrado alta efectividad y baja tasa de complicaciones.

**Conclusión:** La lesión de Dieulafoy como causa de hemorragia digestiva baja ha sido reportada con una baja incidencia en la literatura; este caso se localizó y manejó por colonoscopia y aplicación de hemoclips, un tratamiento adecuado para el vaso aberrante de la lesión de Dieulafoy.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 524

### Características clínicas, epidemiológicas y respuesta a tratamiento en pacientes con enfermedad de Crohn en terapia biológica

Karla Paulina Ruiz-Castillo, Francisco Alfonso Solís-Galindo, José Antonio Murillo-Pacheco. UMAE 71, IMSS. Torreón, Coah. México. dra.paulina.ruizc@me.com

**Antecedentes:** La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio crónico de etiología no determinada que afecta de forma transmural cualquier segmento de tracto digestivo; además de presentar afectación sistémica y extraintestinal, durante el curso de la enfermedad pueden presentarse brotes y remisiones.

**Objetivo:** Analizar las características clínicas y epidemiológicas y la respuesta al tratamiento en pacientes con enfermedad de Crohn en terapia biológica.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de pacientes que acuden a consulta externa de Gastroenterología con enfermedad de Crohn que se encuentran incluidos en terapia biológica con seguimiento durante el periodo comprendido de enero de 2014 a junio de 2016. Se realizó recolección de datos y se evaluaron índices de actividad de la enfermedad, características endoscópicas, manifestaciones extraintestinales, manejo actual y forma de presentación.

**Resultados:** Comparamos características clínicas de pacientes en el grupo de mayores de 60 años (1 hombre y 5 mujeres) y el de menores de 60 años (1 hombres y 4 mujeres). La forma de presentación clínica inicial es semejante en los dos grupos a excepción de un adulto mayor que presentó abdomen agudo como cuadro inicial de su enfermedad. La edad promedio del grupo de mayores de 60 años es de 68.6 años y en el grupo de menores de 60 es de 43 años: El CDAl promedio al inicio del seguimiento en los mayores de 60 años fue 315 y el del grupo de menores de 60 años 269; el CDAl después de recibir terapia biológica durante un promedio de 12 meses en el grupo de mayores de 60 años es de 181 y en el seguimiento en promedio de 16.2 meses en menores de 60 años es de 221. Las principales manifestaciones extraintestinales descritas en el grupo de >60 años fueron articulares en 33.3%, mientras que en el grupo de <60 años son de igual forma las manifestaciones articulares en 20%. En el grupo de >60 años el 16.6% requirió cambio de infliximab a adalimumab, y en el grupo de <60 años requirió 20% requirió cambio de infliximab por adalimumab, ambos por pérdida de eficacia terapéutica. El tratamiento asociado al biológico fue: amino-salicilatos/inmunosupresor en 50% en el grupo de mayores de 60 años y en el grupo de menores de 60 años este mismo tratamiento en 60%. Sólo un paciente del grupo de >60 años requirió suspensión del tratamiento biológico por presentar tuberculosis pulmonar. Otras comorbilidades que se presentaron en el grupo de >60 años fueron: anemia, enfermedad renal crónica, hipotiroidismo y fibromialgia, mientras que en el grupo de <60 años: anemia, hipotiroidismo y depresión. La enfermedad fistulosa en >60 años se presenta en 33.3% en forma de fístulas enterocutánea, rectal, abdominal y anal, en el grupo de <60 años la presentación es en 60% como enterocutánea, ileocutánea en estoma y suprapúbica. En el grupo de >60 años se encontraron enfermedades crónicas en 50%, las cuales fueron: hipertensión arterial sistémica, hipotiroidismo y fibromialgia, un solo paciente con hipotiroidismo; en el grupo de <60 años no se encontraron enfermedades crónicas.

**Conclusión:** la presentación de la enfermedad en pacientes menores de 60 años además de ser más típica se asocia con aumento de la gravedad de los síntomas así como de los índices de severidad, con mayores complicaciones agudas. El grupo de pacientes mayores de 60 años presenta mejor respuesta a la terapia biológica

medida a través del descenso en los puntajes de los índices de severidad, con menor presentación de recaídas durante su uso, mejoría de complicaciones y enfermedad fistulosa.

*Patrocinio:* Este trabajo no cuenta con ningún patrocinio.

## ID 526

### Utilidad del ultrasonido endoscópico en pacientes con cuadro clínico sugerente de patología de origen vesicular y estudios de imagen no invasivos no concluyentes

Brenda Viridiana Balderas-Garcés, Cristina Gómez-Gutiérrez, Alejandra Altamirano-Barrera, Montserrat Sabanes-Hernández, Félix Téllez-Ávila. Fundación Clínica Médica Sur. Ciudad de México. México. brenda.balderas85@hotmail.com

*Antecedentes:* El ultrasonido endoscópico (USE) se ha convertido en una herramienta diagnóstica y terapéutica en los últimos años. El ultrasonido abdominal es el estudio inicial de elección, aunque su precisión diagnóstica es de 80%. En pacientes con cuadro clínico sugerente de patología en la vesícula biliar pero con ultrasonido y/o TAC, se carece de otras herramientas validadas para continuar con el abordaje diagnóstico.

*Objetivo:* Determinar la relación entre los hallazgos histopatológicos y los resultados del USE en colecistitis aguda.

*Material y métodos:* Estudio retrospectivo y observacional. Se revisaron expedientes de pacientes con sospecha clínica de patología vesicular con estudios de imagen no invasivos (US con o sin TC) no concluyentes y a los cuales se les hubiera realizado un USE. Se obtuvieron datos clínicos y de laboratorio, ultrasonido abdominal, ultrasonido endoscópico y resultados de patología. Para analizar la relación entre los hallazgos del ultrasonido endoscópico e histopatológicos se utilizó *Ji cuadrada*.

*Resultados:* Se analizó a un total de 34 pacientes, de los cuales 25 (59.5%) fueron mujeres, la media de edad fue de 49.5 (12-81) años. Todos los pacientes incluidos en esta muestra presentaron dolor abdominal en hipocondrio derecho, 85% (29) náusea y 53% (18) vómito. En el 100% el US abdominal se reportó como normal; 20% (7) tenía TC. Los hallazgos del USE se muestran en la **Tabla 1**. El reporte histopatológico fue de 11 (32.3%) con colecistitis aguda y 23 (67.7%) con colecistitis crónica agudizada. En relación con el diagnóstico de colecistitis aguda, por ultrasonido abdominal 36.4% (4) pacientes concordaron con el diagnóstico, mientras que la concordancia con ultrasonido endoscópico se obtuvo en el 100%. La mediana de grosor de la pared por USE fue de 4.1 mm (IQR 2.1;3.9), mientras que por ultrasonido abdominal fue de 2.9 mm (IQR 3.0;5.5); la presencia de líquido libre se

detectó en 8 (23.5%). En el análisis de regresión logística únicamente la presencia de adenopatías en el ultrasonido endoscópico se asoció con colecistitis aguda (OR 1.9, IC 95% 1.2-3.2,  $p=0.008$ ).

*Conclusión:* La presencia de adenopatías en USE se asocia con colecistitis aguda diagnosticada por histopatología. El USE puede utilizarse como herramienta diagnóstica en pacientes con sospecha de patología de la vesícula biliar y estudios de imagen no invasivos negativos para diagnóstico.

*Patrocinio:* Ninguno.

## ID 530

### Tumor neuroendocrino primario de hígado. Presentación de reporte de casos

Javier Armando Orozco-Montufar, Omar Javier Flores-González, José Francisco Flores-Mendoza, Ana Patricia Rivera-Azpe, José Antonio Velarde-Ruiz Velasco. Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde", Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jal. México. Javplay3@hotmail.com

*Antecedentes:* Los tumores neuroendocrinos (TNE) del aparato gastrointestinal representan menos de 5% de las neoplasias del aparato gastrointestinal, intestino delgado y en especial el íleon, donde se reportan con mayor frecuencia (30%); la localización en el hígado es extremadamente rara, con 150 casos reportados a nivel mundial.

*Objetivo:* Presentar el reporte de casos de tumor neuroendocrino primario de hígado en pacientes con dolor en hipocondrio derecho, pérdida de peso y tumoración palpable.

*Reporte de caso:* Femenina de 58 años, ama de casa, acude por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho de 40 días de evolución y crecimiento de masa en hipocondrio derecho, asociada con pérdida de 13 kg peso. Se palpa una tumoración en hipocondrio derecho de aproximadamente 12 cm de diámetro, dolorosa a la palpación. Se realiza tomografía abdominal contrastada con hallazgos: múltiples lesiones hipodensas en segmentos II y III de lóbulo hepático izquierdo y segmentos V, VI, VIII de lóbulo hepático derecho de tamaño variable de 2.5 cm, que muestran realce en fase arterial. Se toma biopsia hepática, la cual evidencia neoplasia maligna de estirpe epitelial con patrón organoide con estructuras glandulares, cromatina granular fina con leve pleomorfismo, compatible con tumor neuroendocrino de origen hepático. Se realiza inmunohistoquímica Ki67 <5%, CD56 y cromogranina con resultado positivo. La paciente pasa a cargo de oncología para inicio de tratamiento.

Femenina 47 años, ama de casa, acude por dolor en hipocondrio, crecimiento de masa en hipocondrio derecho, pérdida de peso de aproximadamente 15 kg. Al ingreso con masa palpable en hipocondrio derecho de alrededor de 8 cm; se realiza tomografía abdominal contrastada con hallazgos: lesiones hipodensas en segmentos II y III de lóbulo hepático izquierdo y segmentos V. Biopsia de lesión hepática con hallazgos: neoplasia maligna sugestiva de estirpe epitelial, compatible con tumor neuroendocrino; inmunohistoquímica Ki67 <5%, CD56 y cromogranina con resultado positivo.

*Discusión:* Los TNE pueden clasificarse como tumores no funcionales debido a que presentan cuadro clínico relacionado con la secreción de una determinada hormona. El diagnóstico se basa en los hallazgos radiológicos y toma de biopsias, y se confirma mediante inmunohistoquímica.

*Conclusión:* En estos casos se enfatiza la importancia de sospechar tumor neuroendocrino de hígado con presentación de tumoración palpable y pérdida de peso.

*Patrocinio:* Este trabajo no recibió patrocinio.

Tabla 1. (ID 526).

Hallazgo por USE	Núm. de pacientes (%)
Adenopatías	19 (55.8)
Pared $\geq$ 5 mm	10(29.4)
Líquido libre	8 (23.5)
Características de adenopatías	
Diámetro adenopatía (N=34)	10 mm (8.5-14.5)
Diámetro adenopatía colecistitis aguda (N=11)	12 mm (10-15.2)
Diámetro adenopatía colecistitis crónica (N=34)	10 mm (7.5-12.2)

## ID 532

## Características clínicas, epidemiológicas, endoscópicas y respuesta a tratamiento en pacientes con colitis ulcerosa en terapia biológica

Karla Paulina Ruiz-Castillo, Francisco Alfonso Solís-Galindo, José Antonio Murillo-Pacheco. UMAE 71, IMSS. Torreón, Coah. México. dra.paulina.ruizc@me.com

**Antecedentes:** La colitis ulcerosa es una enfermedad crónica caracterizada por inflamación de la mucosa difusa limitado al colon. Implica el recto en aproximadamente 95% de los casos y puede extenderse de manera proximal en un patrón simétrico, circunferencial, y sin interrupciones para involucrar la totalidad o parte del intestino grueso. El síntoma clínico distintivo es la diarrea con sangre, a menudo con síntomas prominentes de urgencia rectal y tenesmo. El curso clínico se caracteriza por exacerbaciones y remisiones, que pueden ocurrir espontáneamente o en respuesta a cambios en el tratamiento o enfermedades intercurrentes.

**Objetivo:** Analizar las características clínicas, epidemiológicas, endoscópicas y respuesta a tratamiento en pacientes con colitis ulcerativa en terapia biológica.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de pacientes que acuden a consulta externa de Gastroenterología con colitis ulcerosa, quienes se encuentran incluidos en terapia biológica con seguimiento durante el periodo comprendido de enero de 2014 a junio de 2016. Se realizó recolección de datos y se evaluaron índices de actividad de la enfermedad, características endoscópicas, manifestaciones extraintestinales, manejo actual y forma de presentación.

**Resultados:** Se revisaron características clínicas de pacientes incluidos en terapia biológica: 11 hombres y 4 mujeres. La forma de presentación clínica más frecuente es la diarrea crónica con moco y sangre. La edad promedio en este grupo de pacientes es de 39.4 años. Al inicio de la enfermedad se realizó el score de Truelove-Witts, que reportó actividad severa de la enfermedad en 47%, actividad moderada en 53% y ningún paciente con actividad leve. Tras un seguimiento de tratamiento de 20 meses en promedio, se realiza nuevamente el score de Truelove-Witts reportando actividad leve en 80% y moderado en 20%. De igual forma los pacientes fueron evaluados con la clasificación de Montreal, con los siguientes resultados: 53.3% E3, 20% E2 S2, 13% E3 S3, 7% E2 S1, 7% E2 S0 y 7% E2. El tratamiento asociado con el biológico fue: aminosalicilatos/inmunosupresor en 80%, aminosalicilatos en 13.3% y biológico como monoterapia en 6.6%. En 13.3% de los pacientes incluidos en este grupo fue necesario cambiar terapia biológica por pérdida de eficacia terapéutica e inicio de terapia biológica con infliximab. Las comorbilidades más comunes en este grupo son: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, psoriasis, dislipidemia familiar y fibromialgia se encontraron en 6.6% del total de la población estudiada. La principal manifestación extraintestinal fue artralgia, en 6.6%.

**Conclusión:** La terapia biológica está asociada con una mejoría clínica validada por la disminución del score de Truelove-Witts y endoscópica en este grupo de pacientes, y sin efectos secundarios graves durante el tiempo de seguimiento. El cambio de un biológico por otro se debió a pérdida de la eficacia del primero y se relacionó con buena respuesta clínica-endoscópica en esta población estudiada. La terapéutica preferida por el grupo de médicos de nuestro hospital es la asociación de biológico con inmunosupresor y aminosalicilatos en 80% de los pacientes.

**Patrocinio:** Este trabajo no cuenta con ningún patrocinio.

## ID 535

## Reporte de caso: quiste de colédoco tipo I complicado con litiasis

Gretel Lizbeth Ojeda-Aguilar, José Guadalupe Garza-Delgadillo. HGZ 67 "Bicentenario de la Independencia", IMSS. Monterrey, N. L. México. gretel.ojeda@gmail.com

**Antecedentes:** Los quistes de colédoco son anomalías congénitas y se presentan como dilatación intrahepática o extrahepática de la vía biliar. Se reporta una incidencia aproximada de 1:100 000-150 000 nacidos vivos. Se clasifican en cinco grupos con base en su localización y forma. Los tipos I y IV A son los más comunes y se asocian con unión pancreatobiliar anómala y con el desarrollo de cáncer de vesícula o de la vía biliar. En 85% de los quistes de colédoco se realiza el diagnóstico en la primera década de la vida o antes de los 15 años.

**Objetivo:** Describir un caso de quiste de colédoco tipo I complicado con litiasis intraquística. Paciente masculino de 52 años de edad, niega antecedentes crónico-degenerativos, alcoholismo activo con ingesta de 200 g de alcohol a la semana durante 10 años. Inicia 2 semanas previas a su ingreso presentando dolor abdominal en hipocostado derecho, acompañado de astenia, hiporexia, malestar general, náusea, escalofríos y coluria. Dos días previos a su ingreso presenta 2 episodios de intensificación del dolor con mismas características, posterior a la ingesta de alimentos, acompañado de ictericia y coluria. Al ingreso se documenta BT 13.3, BD 9.4, BI 3.9, ALT 81, AST 66.0, GGT 502, FA 553 y DHL 241. TAC abdominal: masa de aspecto sólido en vía biliar extrahepática de 3.2 × 1.9 cm en sus ejes mayores, de aspecto sólido, adenopatías por detrás de proceso uncinado de 13 mm y retroperitoneales, reportando probable colangiocarcinoma. Se le realiza CPRE que revela dilatación fusiforme de 20 × 10 mm dentro la cual se observa defecto de llenado esférico de 12 mm de diámetro, con dilatación de vía biliar intrahepática. Se efectúa esfinterotomía y litotripsia mecánica, se coloca endoprótesis 10 Fr × 9 cm, reportando quiste de colédoco tipo I. Durante el seguimiento evoluciona a la mejoría sintomática: BT 1.6, BD 1.0, BI 0.6, GGT 72.0, FA 124 y DHL 147. Se envía a realización de hepatoyeyuno-anastomosis.

**Discusión:** El paciente presenta una litiasis intraquística, la cual desencadenó la sintomatología y el patrón obstructivo biliar. La dilatación de los conductos biliares predispone a estasis biliar, lo que conlleva a la formación de litiasis y lodo biliar, lo cual favorece complicaciones como colangitis y pancreatitis. Los quistes de colédoco, principalmente los de tipo I, están muy relacionados con cáncer de vesícula o de tracto biliar, por lo que se debe indicar tratamiento de hepatoyeyuno-anastomosis y llevar un seguimiento a largo plazo del paciente con pruebas de funcionamiento hepático anuales para descartar complicaciones como estenosis de anastomosis.

**Conclusión:** Los quistes de colédoco son una patología poco frecuente y es aún más infrecuente la edad de presentación ya que generalmente se diagnostican con estudios de imagen de rutina en pacientes asintomáticos. Sin embargo, la confirmación del diagnóstico, como en este caso, amerita estudios de extensión como CPRE, USE o colangiorresonancia para descartar otras causas de obstrucción biliar.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 536

## Colitis colagenosa: serie de casos y revisión de la literatura

Brenda Lara-Guajardo, Jesús Gerardo López-Gómez, Mayra Virginia Ramos-Gómez. CMN 20 de Noviembre, ISSSTE. Ciudad de México. México. brenda.larag@hotmail.com

**Antecedentes:** La colitis microscópica se describe como una enfermedad inflamatoria crónica del colon, que se caracteriza principalmente por diarrea crónica acuosa; la componen dos subtipos: la colitis colagenosa y la linfocítica. El diagnóstico se realiza a

través del análisis histopatológico ya que típicamente no presenta alteraciones macroscópicas en la visión directa de la mucosa por colonoscopia. La colitis colagenosa descrita por primera vez en 1976 tiene un pico de incidencia a los 65 años, con una relación mujer-hombre 7:1. El criterio diagnóstico es la presencia de una banda de colágeno subepitelial mayor de 10  $\mu\text{m}$  de grosor en la tinción con tricómico de Masson en tejido colónico. Presenta mayor daño epitelial e inflamación de la lámina propia que el subtipo linfocítico. Actualmente budesonida (6-9 mg/día) es un tratamiento efectivo en esta patología; induce una respuesta clínica a las 6-8 semanas en 81% de los casos.

**Objetivo:** Reportar una serie de casos con diagnóstico de colitis microscópica de tipo colagenosa a fin de ampliar el panorama epidemiológico de esta patología en nuestra población.

**Reporte de casos:** De los 6 casos presentados 5 fueron mujeres y 1 hombre, la edad varió entre 24 y 71 años. Antecedentes familiares: 33.3% antecedente de HTA y DM2, y 16.6% antecedente de CUCI, cáncer de colon y de mama respectivamente. Todos los sujetos residían en zona urbana, 66.6% (4) tenía escolaridad licenciatura y 16.6% bachillerato y primaria. Los antecedentes quirúrgicos abdominales y pélvicos se identificaron en 4 pacientes (66.6%), apendicectomía (75%), histerectomía, hernioplastia y colecistectomía se encontraron en 50% de los casos respectivamente, cesárea en 25%. El antecedente de tabaquismo fue negativo en el 100% de los casos. Sólo 1 paciente era alérgico (contraste yodado). Los comórbidos encontrados fueron múltiples: DM2 en 50% de los pacientes, obesidad, ERGE, gastritis, HTA y osteoporosis en 33.3% respectivamente, fibromialgia, melanoma, tiroiditis, timoma y enfermedad celiaca en 1 paciente por cada entidad. Los fármacos con mayor frecuencia de consumo fueron metformina 66.6%, metoprolol y diclofenaco en 50%, salbutamol, furosemida, senósidos, ácido acetilsalicílico en 33.3% de los pacientes. Las manifestaciones clínicas gastrointestinales fueron diarrea crónica (50%), dolor abdominal difuso tipo cólico (50%), y dispepsia (16.6%), lo que evidencia superposición de la sintomatología. En esta serie de casos la colonoscopia de 2 pacientes resultó normal, pero en 4 pacientes se reportaron hallazgos inflamatorios inespecíficos evidenciados de manera macroscópica con la siguiente frecuencia: mucosa con patrón nodular (empedrado) y mucosa edematosa se observaron en 2 pacientes, mucosa con parches hiperémicos, puntos blanquecinos y aumento del patrón vascular se encontraron en 1 paciente para cada hallazgo.

**Discusión:** La colitis colagenosa, como parte de las colitis microscópicas, tiene una etiología multifactorial; dentro de los factores de riesgo se han descrito alteraciones genéticas del metabolismo de la colágena, tabaquismo (OR 2.1, CI 95% 1.6-2.9) y fármacos como AINES (uso medio 5.5 años), acarbosa, clozapina, lanzoprazol, ranitidina y sertralina, los cuales no fueron identificados en nuestra población. La edad de presentación en nuestra serie reportó 50% de pacientes menores de 60 años, lo que contrasta con lo descrito en otras poblaciones pero coincide en que se presenta con mayor frecuencia en mujeres. Los síntomas principales son diarrea crónica y en nuestra población también dolor abdominal en 50%; se identificaron condiciones asociadas descritas en la literatura como enfermedad celiaca y tiroiditis en 33% de los casos. De acuerdo con la bibliografía, hasta 80% tiene colonoscopias normales y sólo 20% muestra alteraciones macroscópicas; en nuestra serie de casos 66.6% presentó alteraciones macroscópicas en la colonoscopia.

**Conclusión:** La colitis colagenosa representa un diagnóstico diferencial en el abordaje de diarrea crónica y síntomas gastrointestinales refractarios; A pesar de tener baja incidencia existen reportes de esta entidad en nuestra población. Por su mayor actividad inflamatoria, la caracterización de la enfermedad en nuestro medio para su oportuno diagnóstico y tratamiento es de nuestra competencia.

**Patrocinio:** Este trabajo no contó con patrocinio.

## ID 539

### Manejo endoscópico de cáncer colorrectal en etapa temprana

Francisco Javier Tepepa-López, Luis Ariel Waller-González, Martha Lizeth Herrera-Puc, Teresa de Jesús Galicia-Gómez. CMN 20 de Noviembre, ISSSTE. Ciudad de México. México. dr.franciscotepepa@gmail.com

**Antecedentes:** El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias malignas más frecuentes del aparato digestivo. Es causa de 7.4% de mortalidad en México y ocupa el lugar 12 en la lista de tumores malignos. El modelo propuesto por Morson en la progresión de un pólipo adenomatoso a adenocarcinoma cumple la denominada secuencia de mutaciones de adenoma a carcinoma, se ha identificado. Estas lesiones premalignas pueden ser detectadas y extirpadas en etapas iniciales, con lo que se evita el desarrollo de cáncer. Los pólipos adenomatosos son las lesiones neoplásicas más frecuentes del colon. Se clasifican de acuerdo con su estructura glandular y por el grado de displasia; existen tres tipos: tubular, túbulo-veloso y veloso.

**Objetivo:** Describir el manejo endoscópico del cáncer colorrectal en etapas tempranas en el servicio de Endoscopia del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE

**Reporte de caso:** Masculino de 77 años con antecedente de hematoquecia y sensación de cuerpo extraño, se realizó colonoscopia y se localizó un pólipo pediculado de 2 cm de longitud y en parte final de 1.5 cm  $\times$  1.5 cm; a la aplicación del zoom digital y FICE se observaron cambios celulares Kudo IV, sin alteraciones vasculares, además de diverticulosis. Se realizó polipectomía con asa monopolar, con adecuada hemostasia. Doce horas después el paciente presentó evacuaciones diarreicas debido a la ingesta de comida con higiene dudosa y posteriormente presentó hematoquecia abundante. Se realizó colonoscopia y en el sitio de polipectomía y los bordes se apreció coágulo y hemorragia en capa; se colocaron 5 hemoclips sin incidentes y se corroboró la adecuada hemostasia. El resultado histopatológico fue: pólipo adenomatoso con adenocarcinoma bien diferenciado, ulcerado, bordes quirúrgicos libres de neoplasia. Se sospechó permeación linfática, por lo que se hicieron otras pruebas, lo que finalmente se descartó.

**Discusión:** La colonoscopia es el método de elección para evaluar la mucosa del colon; su sensibilidad y especificidad varían de acuerdo con el tamaño de las lesiones: son cercanas a 93% y 97% para aquellas mayores de 1 cm. Hasta el momento la única posibilidad de curar el carcinoma de colon y recto es la resección quirúrgica; sin embargo, en etapas *in situ* la adecuada resección endoscópica, inclusive con mucosectomía, puede curar a estos pacientes, quienes serán revisados endoscópicamente de forma anual en los primeros años.

**Conclusión:** Debido al incremento de esta enfermedad, es necesario aumentar las medidas para su detección, desde guayaco, tacto rectal y colonoscopia, sobre todo en personas con riesgo de desarrollar la neoplasia. Por otra parte, hay que fomentar que la endoscopia se realice con las medidas de calidad recomendadas y en presencia de pólipos preferentemente researlos desde su base; inclusive en caso necesario researlos mediante mucosectomía, que en algunos casos como el que se presenta puede tener un carácter curativo, pero con vigilancia endoscópica cuando menos cada 2 años.

**Patrocinio:** El trabajo no requirió patrocinios externos.

## ID 543

### Sarcomas primarios de hígado: experiencia en un hospital de referencia de la Ciudad de México

Mariana Quintanar-Martínez, Mónica Isabel Meneses-Medina, Zyan-ya Calixto-Álvarez, Mario Vilatobá-Chapa, Aldo Torre-Delgadillo. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. mariana\_qm87@hotmail.com

**Antecedentes:** Los sarcomas primarios de hígado representan <1% de todas las neoplasias hepáticas. En este grupo se engloban diferentes subtipos histológicos, entre los cuales se encuentran angiosarcoma, sarcoma embrionario, hemangioendotelioma epitelioides, leiomiomasarcoma y hemangiopericitoma. Debido a que son una entidad rara, se conoce poco acerca de su historia natural, pronóstico y manejo médico.

**Objetivo:** Describir características clínicas, subtipos más frecuentes y tratamiento de los sarcomas primarios de hígado en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de los casos diagnosticados con sarcoma primario de hígado en nuestra institución en el periodo comprendido entre 1990-2016, identificándose 8 pacientes. Tipo de estudio: transversal, retrospectivo y observacional. Se analizaron las variables demográficas de los sujetos, características del tumor y terapia recibida. Los resultados fueron expresados en porcentajes, media, mediana, promedio y desviación estándar.

**Resultados:** De los 8 casos identificados con sarcoma de hígado, los subtipos más frecuentes fueron sarcoma embrionario (37.5%) y hemangioendotelioma epitelioides (25%). El 75% de los pacientes lo conformaron mujeres y la mediana de edad al diagnóstico fue de 33 años (rango 15-77). Los síntomas de presentación más frecuentes fueron: dolor abdominal (87.5%), náusea y vómito (37.5%), plenitud temprana (37.5%) e ictericia (25%). En 71% (5/7) el diagnóstico se realizó en los primeros 6 meses después del inicio de los síntomas (mediana de 3.5 meses, rango 3-107). El 75% de los pacientes mostró alteración de las pruebas de función hepática, en su mayoría con un patrón infiltrante (66%). El tamaño promedio de la lesión hepática fue  $12.9 \pm 5.1$  cm y 25% tenía metástasis óseas al diagnóstico. En 37.5% se logró la resección quirúrgica completa de la lesión y 1 paciente fue candidato a trasplante hepático. En un paciente se indicó quimioterapia adyuvante, mientras que 37.5% recibió quimioterapia paliativa. Los esquemas de tratamiento incluyeron doxorubicina, vincristina, ifosfamida y ciclofosfamida.

**Conclusión:** Los sarcomas de hígado son poco frecuentes en nuestro medio; suelen cursar con síntomas inespecíficos y se presentan con lesiones de gran tamaño al momento del diagnóstico. El tratamiento es variable y depende de la resecabilidad al diagnóstico y la presencia o no de metástasis.

**Patrocinio:** Este trabajo no ha sido patrocinado por ninguna institución.

## ID 544

### Frecuencia y comportamiento epidemiológico de las complicaciones de pancreatitis aguda y su relación con la escala de BISAP en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Juárez de México

Monserrate Lilibeth Largacha-Barreiro, Raúl Ubaldo Aguilar-Moreno, Felipe Zamarripa-Dorsey. Servicio de Gastroenterología, Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. monsidoc@gmail.com, dr.aguilar.moreno,ru@gmail.com

**Antecedentes:** La mayoría de los casos de pancreatitis aguda son leves y autolimitados; sin embargo, de 15 a 20% de los pacientes desarrolla una enfermedad grave con complicaciones locales y sistémicas. La escala BISAP tiene varias ventajas importantes sobre otros sistemas de puntuación pronóstica, pero se ha observado

que esta escala refleja alteraciones sistémicas en el individuo y tiene poca capacidad para predecir complicaciones locales ocasionadas por la pancreatitis. Las complicaciones locales incluyen: colección líquida aguda peripancreáticas (CLAP), pseudoquistes pancreáticos (PP), colección necrótica aguda (CNA) y necrosis encapsulada (NE), según la clasificación de Atlanta.

**Objetivo:** Presentar las complicaciones locales de pancreatitis aguda, así como la correlación de éstas con la escala BISAP en el servicio de Gastroenterología del Hospital Juárez de México.

**Material y métodos:** Pacientes con pancreatitis aguda atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Juárez de México a partir del 1 de enero de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015 con seguimiento por 6 meses (junio 2016), así como seguimiento por estudios de imagen durante este periodo de tiempo. Tipo de estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, sexo, complicaciones locales, puntuaciones de la escala de BISAP.

**Resultados:** Se estudiaron 38 pacientes (11 mujeres y 27 hombres) con diagnóstico de pancreatitis aguda, con edades comprendidas entre 18 y 66 años de edad, con un promedio de edad de 38.65 años. A estos pacientes se les aplicó la escala BISAP con la siguiente presentación: BISAP 0: 12 (31.58%), BISAP 1: 15 (39.47%), BISAP 2: 10 (26.32%), BISAP 3: 1 (2.63%), BISAP 4: 0 (0%), BISAP 5: 0 (0%). Del total de pacientes, 21 (55.26%) no presentaron complicación local, mientras que 17 (44.74%) tuvieron alguna; las más frecuentes fueron: colecciones líquidas peripancreáticas 10 (26.31%), colección necrótica aguda 2 (5.26%), necrosis encapsulada 1 (2.63%) y pseudoquiste pancreático 4 (10.53%). La correlación con BISAP de los pacientes con complicaciones es la siguiente: BISAP 0 (2 CLAP), BISAP 1 (3 CLAP, 2 PP, 1 CNA, 1 NE), BISAP 2 (5 CLAP, 2 PP, 1 CNA), BISAP 3 (1 CLAP), BISAP 4 (0), BISAP 5 (0), observando que 94.12% del total de los 17 pacientes con complicaciones locales se encontró en un puntaje menor de 3 de acuerdo con la escala BISAP (Figura 1).

**Conclusión:** Los pacientes con pancreatitis aguda presentan complicaciones locales con frecuencia. Cerca de la mitad de los pacientes tuvo alguna complicación local de la enfermedad; al aplicar la escala de BISAP observamos que a pesar de obtener puntajes menores de 3, la presentación de complicaciones locales es elevada, de ahí la importancia de no subestimar las complicaciones locales con respecto a las complicaciones sistémicas, así como de llevar un adecuado seguimiento del paciente para detectar la aparición de complicaciones locales.

**Patrocinio:** Ninguno.

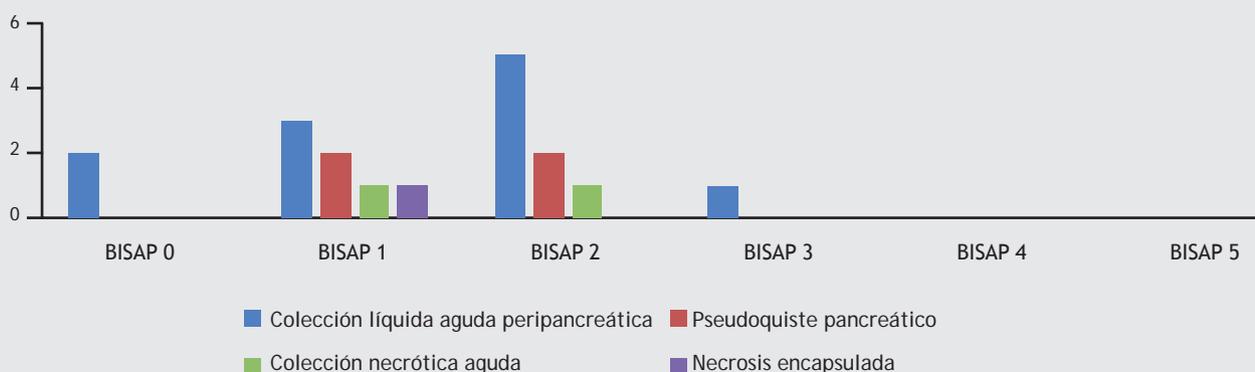
## ID 546

### Patrones de consumo de fármacos en pacientes con cirrosis hepática: Un estudio multicéntrico

José Antonio Velarde Ruiz-Velasco<sup>1</sup>, Raúl Contreras Omaña<sup>2</sup>, Graciela Elía Castro-Narro<sup>3</sup>, Edgar Santino García-Jiménez<sup>1</sup>, Karla R. García-Zermeño<sup>1</sup>, Diana Karen Tapia-Calderón<sup>1</sup>, Alejandra Alvarado-Rodríguez<sup>1</sup>, Laura Ofelia Olivares-Guzmán<sup>1</sup>, Paulo César Gómez-Castaños<sup>4</sup>, Eliana Carolina Morel-Cerda<sup>1</sup>, Stephany Téllez-Jaén<sup>2</sup>, Sarai León-Pérez<sup>3</sup>, Carlos García-García<sup>3</sup>, Rodrigo Joanico-Aguilar<sup>3</sup>, María Victoria Bielsa-Fernández<sup>5</sup>. <sup>1</sup>Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", <sup>2</sup>Centro de Investigación en Enfermedades Hepáticas y Gastroenterología (CIEHG) Grupo Médico San Javier, <sup>3</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", <sup>4</sup>Hospital Civil de Culiacán, <sup>5</sup>Unidad de Pacientes en Estudio (UPE) de la Facultad de Medicina, UAG. Guadalajara, Jal. México. velardemd@yahoo.com.mx

**Antecedentes:** Una capacidad de los seres humanos es la de metabolizar compuestos extraños para el organismo sin relevancia para su metabolismo energético para facilitar su eliminación. La cirrosis hepática (CH) es un importante problema de salud pública y el uso

Figura 1. Correlación de BISAP con complicaciones locales de pancreatitis aguda. (ID 544).



de fármacos, tanto prescritos como automedicados, plantea varios problemas debido al perfil de seguridad de los medicamentos en este entorno y a su carácter de potenciales causantes de descompensación en esta patología. Es importante reconocer las tendencias de prescripción, automedicación y apego a indicaciones de consumo de fármacos, ya que esto permitirá la identificación y modificación de patrones de riesgo a la salud en pacientes con cirrosis. **Objetivo:** Describir los patrones de consumo de fármacos en pacientes con CH.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico. Se aplicó el cuestionario "Uso de fármacos en pacientes con hepatopatía crónica" a pacientes con CH. Se obtuvieron características demográficas, etiología de la CH, Child-Pugh (CHP), MELD, comorbilidades, así como parámetros bioquímicos. Se registró el consumo de fármacos, bajo prescripción y automedicados, dosis, frecuencia y tiempo de consumo.

**Resultados:** Se aplicaron 237 encuestas en 5 diferentes centros hospitalarios del occidente y centro de México. Del total, 133 fueron hombres. De acuerdo con el CHP, 53 pacientes en estadio A, 116 en estadio B y 68 en estadio C. La etiología más frecuente de la CH fue por alcohol (32.1%), seguida de infección por virus de hepatitis C crónica (16.9%) y esteatohepatitis no alcohólica (NASH) (14.3%). Las comorbilidades más mencionadas fueron diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial sistémica (HAS), hipotiroidismo y dislipidemia. El grupo de fármacos más utilizados fue el de los antisecretorios (37.5%), de los cuales el omeprazol fue el más empleado y en el 14% de los casos sin prescripción médica. Cincuenta y dos pacientes utilizaban medicamentos para el control de la DM y 28 para el manejo de la HAS; el total de ellos bajo prescripción médica. De los 10 encuestados con consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), sólo 1 lo tenía prescrito.

**Conclusión:** Es importante conocer los fármacos que consumen los pacientes con CH y valorar cuáles realmente son necesarios para el tratamiento de su enfermedad. Señalar que algunos fármacos relacionados con eventos adversos en estos pacientes son automedicados.

**Patrocinio:** No existió ningún financiamiento para realizar este estudio.

## ID 549

### Desórdenes gastrointestinales funcionales en niños menores de 4 años de edad de Bogotá, Colombia

Jairo Enrique Moreno<sup>1</sup>, Carlos Alberto Velasco-Benítez<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Clinica Col-sanitas. Bogotá. Colombia. <sup>2</sup>Universidad del Valle. Cali. Colombia. carlosavelascob@gmail.com

**Antecedentes:** Se desconoce la prevalencia de los desórdenes gastrointestinales funcionales (DGF) en lactantes y preescolares colombianos.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de los DGF en 158 lactantes y preescolares sanos de la ciudad de Bogotá, Colombia.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional no experimental de corte transversal tipo encuesta realizado en niños sanos menores de 4 años de edad de la ciudad de Bogotá, Colombia, a cuyos padres y/o tutores se les aplicó la Encuesta de Criterios de Roma III para identificar diarrea funcional, cólico, estreñimiento funcional, disquecia, regurgitación, síndrome de vómito cíclico y rumiación. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central como porcentajes, promedios y desviación estándar.

**Resultados:** Fueron analizados 158 lactantes y preescolares colombianos sanos con edad  $22.0 \pm 14.8$  meses y 51.3% del género femenino. El 26.6% de estos niños menores de 4 años sanos colombianos presentó algún DGF, en orden de frecuencia: regurgitación en 10/60 menores de 12 meses (16.7%), estreñimiento funcional en 22/158 menores de 4 años (13.9%), disquecia en 1/17 menores de 5 meses (5.9%), rumiación en 5/96 menores de 2 años (5.2%) y diarrea funcional y síndrome de vómito cíclico en 2/158 menores de 4 años (1.3%), respectivamente. No se identificó cólico en los 11 lactantes menores de 4 meses.

**Conclusión:** La prevalencia de DGF en este grupo de lactantes y preescolares sanos colombianos de 27.0% y sus principales causas, la regurgitación en los lactantes y el estreñimiento funcional en los menores de 4 años son iguales a lo reportado en niños menores de 4 años norteamericanos.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 551

### Pancreatitis autoinmune tipo 1 asociada a hipertensión portal selectiva en un adolescente de 13 años. Reporte de un caso

Nohemí Liliana Márquez-Quezada, Yolanda Alicia Castillo-de León, María del Carmen Rocío Macías-Rosales, Andrea Livier Barajas-Castro, Anel García-Montalvo, Juan Carlos Padilla-Cervantes, Georgina Gómez-Gallardo, María Rosa Flores-Márquez. UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Guadalajara, Jal. México. nohemi.liliana@gmail.com

**Antecedentes:** La pancreatitis autoinmune es un trastorno autoinmune raro en pediatría. La presentación clínica es variable: dolor abdominal crónico o ictericia obstructiva. Puede cursar con aumento de niveles IgG4, con autoanticuerpos, radiológicamente con cambios crónicos en páncreas o llega a confundirse con lesiones

cancerosas. El tratamiento es con esteroides u otros inmunosupresores.

**Objetivo:** Reportar un caso de adolescente de 13 años con pancreatitis autoinmune tipo 1 e hipertensión portal selectiva, un diagnóstico raro en edad pediátrica.

**Reporte de caso:** Masculino de 13 años de edad, inició su padecimiento 5 meses previos, con cuatro episodios intermitentes de hematemesis anemizante; anemia normocítica normocrómica, pruebas de funcionamiento hepáticas normales, enzimas pancreáticas incrementadas dos veces arriba de valor normal. Panendoscopia: gastropatía hipertensiva IGV1; angiotomografía con lesiones sugestivas neoplásicas, con vasos colaterales gástricos y esplénicos; alfa-fetoproteína y Ca 19-9 normales, elastasa fecal disminuida. Laparotomía exploradora: sin evidenciarse lesión tumoral, páncreas endurecido, biopsia del tejido con fibrosis extensa, dilatación de ductos con cambios reactivos, infiltrado inflamatorio escaso con linfocitos y polimorfonucleares, inmunohistoquímica con linfocitos TCD8+ y TCD4+. Biopsia hepática normal. Anticuerpos de autoinmunidad negativos, IgG subclase 4 elevada, 4,217. Se establece diagnóstico de pancreatitis autoinmune. Tratamiento: prednisona, azatioprina y enzimas pancreáticas, con buena respuesta clínica por 3 años, sin recaída; actualmente estable, sin agregarse otra complicación.

**Discusión:** La presentación del caso fue atípica por manifestarse con hematemesis, negando otros síntomas clínicos; el mayor hallazgo para la sospecha diagnóstica fue la imagen tomográfica, que inicialmente se consideró como probable cáncer en páncreas, lo que concuerda con la literatura. El diagnóstico se estableció por biopsia pancreática y la respuesta clínica favorable con esteroides.

**Conclusión:** La pancreatitis autoinmune en edad pancreática es muy rara; la de mayor frecuencia es la tipo 1. Generalmente existe buena respuesta a manejo inmunosupresor. Para llegar al diagnóstico son necesarios estudios de imagen y confirmación histológica aunados a determinación de IgG4.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 556

### ¿Cuándo es el mejor momento para medir la presión del esfínter esofágico inferior en pacientes con acalasia esofágica (AE) sometidos a miotomía endoscópica (POEM)?

Oscar Víctor Hernández-Mondragón, Marina Alejandra González-Martínez, Omar Michel Solórzano-Pineda, Juan Manuel Blancas-Vallencia. Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Ciudad de México. México. mondragonmd@yahoo.co.uk

**Antecedentes:** POEM es un procedimiento seguro y efectivo que se realiza en pacientes con AE; el objetivo principal es realizar una miotomía del esfínter esofágico inferior (EEI) combinada con una miotomía de la capa circular del esófago distal y de los primeros 3 cm del músculo circular del estómago. Su eficacia y seguridad han sido ya ampliamente comprobadas; sin embargo, no se sabe en qué momento es necesario realizar una manometría de alta resolución (MAR) de control para medir la disminución de la presión del esfínter.

**Objetivo:** Evaluar si existen diferencias entre las mediciones de la presión del EEI antes y después del procedimiento POEM en pacientes con AE.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, comparativo derivado de una cohorte de pacientes mexicanos con AE que fueron sometidos a POEM entre noviembre de 2014 y febrero de 2016. Se incluyeron pacientes entre 18 y 90 años de edad y en quienes el POEM se realizó con los cinco pasos ya descritos en la literatura. Se evaluó el

seguimiento en expedientes; específicamente se determinaron las características de los pacientes y del procedimiento así como el seguimiento, donde se documentaron las características manométricas antes y después del procedimiento POEM. Normalmente, nuestra cohorte tiene un seguimiento con MAR realizadas: preprocedimiento (MAR0), al día siguiente (MAR1), al mes (MAR2) y a los 6 meses (MAR3). Los resultados fueron expresados en media y DS o mediana y rangos según su distribución. La comparación entre MAR se hicieron con ANOVA y pruebas post hoc y la t de Student relacionada según corresponda, para el Eckardt entre los diferentes tiempos se utilizó la prueba de la t de Student para variables relacionadas. Se consideró una  $p < 0.05$  como estadísticamente significativa y los resultados se analizaron con el programa SPSS 21.0 para MAC.

**Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes (12 M/ 8 H) con una edad de  $45.5 \pm 18.58$  años. EL procedimiento POEM fue realizado en todos los casos con solamente complicaciones menores, las cuales se trataron endoscópicamente. El tiempo medio del procedimiento fue  $88.5 \pm 22.3$  min. El puntaje de Eckardt disminuyó entre pre-POEM y pos-POEM a 6 meses un promedio de  $7.75 \pm 0.56$  puntos ( $p=0.000$ , IC 95% 6.5-8.9). La comparación entre las diferentes MAR demostró que entre MAR0 y MAR1 hubo una disminución media de presión del EEI de  $14.73 \pm 7.5$  mmHg ( $p=0.000$ ), con MAR2 de  $17.58 \pm 10.0$  mmHg ( $p=0.000$ ) y con MAR3 de  $19.14 \pm 11.4$  mmHg ( $p=0.000$ ). Pero al comparar entre los diferentes resultados de MAR postratamiento con ANOVA y el análisis post hoc de Bonferroni, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los 3 MAR1 vs. MAR2 ( $p=0.563$ )/ MAR2 vs. MAR3 ( $p=1.00$ )/ MAR 1 vs. MAR3 ( $p=0.130$ ).

**Conclusión:** La MAR es una herramienta esencial para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con AE después de POEM y puede ser realizada en cualquier momento hasta 6 meses posteriores al procedimiento dependiendo de la disponibilidad y sin diferencias significativas en la disminución de presión del EEI.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 557

### Enfermedad por reflujo como principal causa de consulta en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General de Zona Número 1, IMSS, Hidalgo

Raúl Contreras-Omaña, Mariángel González-Morales. Centro de Investigación de Enfermedades Hepáticas y Gastroenterología. Pachuca de Soto, Hgo. México. centro\_investigacion\_ehg@hotmail.com

**Antecedentes:** Existen muy pocas estadísticas actualizadas sobre cuáles son los principales motivos de consulta en los servicios de gastroenterología en México. El Consenso mexicano de enfermedad por reflujo menciona que esta patología es el principal motivo de consulta en nuestro país. Este trabajo de investigación busca confirmar dicho postulado en el Hospital General de Zona Número 1 del IMSS en Hidalgo.

**Objetivo:** Determinar cuáles son los principales motivos de consulta en el Servicio de Gastroenterología del Hospital de Zona Número 1, IMSS, Hidalgo.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo observacional transversal y descriptivo en el cual se revisaron un total de 1,828 consultas comprendidas en el periodo enero 2015-abril 2016, de las cuales se registraron 1,440 pacientes que acudieron a la consulta de gastroenterología del Hospital General de Zona Número 1 del IMSS en Hidalgo. Posteriormente los motivos de consulta se clasificaron por órganos o aparatos en las siguientes categorías: esófago; estómago; hígado, vesícula y vías biliares; intestino delgado; intestino grueso; y páncreas. Finalmente, se procedió a identificar los padecimientos

más frecuentes, los cuales fueron vertidos en gráficas; el análisis se realizó mediante estadística descriptiva (media, mediana, moda y porcentajes).

**Resultados:** De lo anterior se encontró que el motivo número uno de consulta fue enfermedad por reflujo, con un total de 269 pacientes (19%) en el periodo estudiado, seguida por gastritis con un total de 228 pacientes (16%), cirrosis hepática con 137 pacientes (9%) y hepatitis virales con 118 pacientes (8%). En la clasificación por órganos, el rubro más prevalente fue el que incluye las patologías de hígado, vesícula biliar y vías biliares con un total de 396 pacientes (23%). El síndrome de intestino irritable no se encontró entre los primeros tres padecimientos más frecuentes en nuestro estudio, sino que ocupó el octavo lugar con 83 pacientes (6%).

**Conclusión:** De acuerdo con el presente estudio, el principal motivo de consulta en el Servicio de Gastroenterología del Hospital de Zona Número 1 del IMSS, Hidalgo, fue la enfermedad por reflujo gastroesofágico, lo cual es compatible con lo reportado en el Consenso mexicano de enfermedad por reflujo. Es interesante el hecho de que el síndrome de intestino irritable no está en los motivos de consulta más frecuentes en nuestro servicio de gastroenterología y que la cirrosis hepática es una de las enfermedades con mayor demanda de atención en gastroenterología en nuestro estado.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 558

### Hallazgos endoscópicos de pacientes con VIH

Lilia Ivette Gutiérrez-Moreno, Martha Ruth Dávila-Zenteno, Aarón Díaz-Flores, Miguel Estavillo-Paredes, José Armando Carmona-Castañeda, Rodrigo Velázquez-de la Vega, Orlando Bada-Yllán, Manuel Pulido-Moncayo, Alberto González-Angulo. Hospital General "Manuel Gea González". Ciudad de México. México. dra.ivettegutierrez@outlook.com

**Antecedentes:** Según cálculos de la Organización Mundial de la Salud y el ONUSIDA, a finales de 2014 había en el mundo 36.9 millones de personas infectadas por el VIH. Ese mismo año contrajeron la infección unos 2 millones de personas y alrededor de 1.2 millones murieron por causas relacionadas con el SIDA. A finales de 2014, 14.9 millones de personas recibían tratamiento con antirretrovíricos a nivel mundial. Los síntomas de la infección por el VIH varían en función del estadio en que se encuentre y/o del tratamiento que reciba. El tracto gastrointestinal juega un papel fundamental en las manifestaciones clínicas y la patogénesis de la infección por VIH (HC, 2012). Un 50-70% de los pacientes con diagnóstico de VIH presenta manifestaciones gastrointestinales (Kotler, 2005). El espectro de síntomas y enfermedades gastrointestinales de este grupo de pacientes es muy amplio e inespecífico (Cello JP, 2009; JF, 1996). Muchas de las herramientas diagnósticas disponibles son insuficientes para establecer un diagnóstico preciso. Como posibles causas deben considerarse infecciones oportunistas, lesiones malignas, enteropatía por VIH (Zeit M, 1998), enteropatía no asociada con VIH, comorbilidades o efectos adversos de medicamentos para VIH (Werneck-Silva AL, 2009; Schieferstein-Knauer C, 2013). La endoscopia se ha convertido en una herramienta diagnóstica fundamental. Es un estudio diagnóstico/terapéutico muy útil para los pacientes con VIH que presentan manifestaciones gastrointestinales ya que en muchas ocasiones contribuye significativamente para establecer diagnósticos definitivos, iniciar o modificar el tratamientos (Nkuize M, 2010; Boujaoude J, 2000)

**Objetivo:** Describir los hallazgos endoscópicos de pacientes con diagnóstico de VIH atendidos en la Unidad de Endoscopia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en los últimos 5 años.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, abierto, observacional, retrospectivo y transversal en el que se analizan los

hallazgos de los estudios endoscópicos de pacientes con diagnóstico de VIH de enero de 2011 a enero de 2016. La información se analizará por medio de estadística descriptiva.

**Resultados:** Se identificaron un total de 110 pacientes de los cuales 11% eran mujeres y 89% hombres. El diagnóstico clínico fue diarrea en 34%, disfagia en 2.7%, sangrado en 16%, pb infección oportunista en 7.2% y sarcoma de Kaposi en 11.8%. A 50% se le realizó panendoscopia; 16% presentó úlceras, 12.7% erosiones, 7.2% eritema, 1.8% edema, 16%, pb neoplasias. El 36% presentaba lesiones en más de un sitio. A 70% se le tomó biopsia.

**Conclusión:** La endoscopia se ha convertido en un estudio de gran utilidad para el abordaje de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, por lo que es fundamental estar familiarizados con los hallazgos endoscópicos de este tipo de pacientes para ofrecerles una herramienta más útil y asertiva.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 560

### Prevalencia de síntomas de SII en población general de acuerdo a criterios Roma III en Pachuca, Hidalgo

Raúl Contreras-Omaña, Beatriz Rocío Cerezo-Samperio, Alejandro Castorena-García, Stephany Téllez Jaén. Centro de Investigación de Enfermedades Hepáticas y Gastroenterología. Pachuca de Soto, Hgo. México. centro\_investigacion\_ehg@hotmail.com

**Antecedentes:** El síndrome de intestino irritable SII es un trastorno intestinal funcional recidivante, caracterizado clínicamente por la presencia de dolor abdominal que se asocia con alteraciones en el hábito deposicional. De acuerdo con los criterios de Roma III, el síndrome de intestino irritable se clasifica en SII con diarrea (SII-D), SII con constipación (SII-E) y SII con patrones mixtos (SII-M).

**Objetivo:** Conocer la prevalencia del síndrome de intestino irritable en una muestra de población general de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional realizado a través de la aplicación de una encuesta diseñada específicamente para el estudio, basada en los criterios Roma III, a una muestra de 500 personas, conformada de manera aleatoria entre población abierta de ambos sexos, con un rango de edad de 18 a 60 años. El análisis estadístico de los resultados se realizó mediante pruebas de tendencia central y dispersión, media, mediana, moda, porcentaje y desviación estándar

**Resultados:** De una población de 500 individuos, constituida por 286 mujeres (57%) y 214 hombres (43%), con una media de 37.7 años y una mediana de 38 años, se encontró que 123 (24.60%) cuentan con criterios de SII, de los cuales 83 (67.48%) fueron mujeres, y 40 (32.52%) hombres; las mujeres poseen un OR 1.8 veces mayor que los hombres de presentar SII, con IC de 1.1 a 2.7 y  $p=0.008$  en nuestra población. Dentro de la población con criterios de inclusión, 59.35% ( $n=73$ ) de los individuos presenta datos compatibles con SII-E, 34.15% ( $n=42$ ) con SII-D, 4% ( $n=5$ ) con SII-M, mientras que 2.44% ( $n=3$ ) con SII-NC. En el grupo femenino 68.7% ( $n=57$ ) presentó criterios de SII-E, 25.3% ( $n=21$ ) de SII-D, 3.6% ( $n=3$ ) de SII-Mixto y 2.4% ( $n=2$ ) de SII-NC; en la población masculina 40% ( $n=16$ ) mostró datos de SII-E, 52.5% ( $n=21$ ) de SII-D, 5% ( $n=2$ ) de SII-M y 2.5% ( $n=1$ ) de SII-NC. Entre los tipos predominantes de SII, las mujeres tuvieron mayor prevalencia que los hombres en SII-E, con un OR 3.3 veces mayor que los hombres, IC 1.5-7.2 y  $p=0.0024$ ; mientras que en SII-D los hombres presentaron mayor prevalencia con un OR 3.3 veces más que las mujeres, con IC 1.4-7.2 y  $p=0.003$

**Conclusión:** El 24.60% de la población tuvo síntomas compatibles con SII, con predominio en el sexo femenino, 1.8 veces mayor que en los

hombres. Dentro de los subtipos de SII predominantes, se muestra a las mujeres con predominio de SII-E 3.3 veces mayor que en hombres, en tanto que en SII-D los hombres presentan mayor prevalencia, 3.3 veces más que en las mujeres. Se requieren más estudios en resto del país para validar los resultados.

*Patrocinio:* Sin patrocinio.

## ID 561

### Comparación de dos métodos para posicionar el catéter de pHmetría: Extracción por etapas de pH comparada con la medida por manometría

Mario René Pineda-de Paz, Emmanuel Espinal Gómez, Johana de la Concepción-Pérez, Ernesto Cantú-Llanos, Enrique Coss-Adame. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. enriquecossmd@gmail.com

*Antecedentes:* El pH intraluminal usualmente se mide 5 cm arriba de la unión gastroesofágica (UGE). La localización de la UGE se determina con manometría y/o endoscopia; sin embargo, la manometría/endoscopia incrementa los costos para el sistema de salud/paciente. *Objetivo:* Comparar la localización de la UGE medida por el cambio de pH detectado por el equipo de pHmetría contra la medida por manometría.

*Materiales y Métodos:* Estudio prospectivo y doble ciego. Se incluyeron pacientes que fueron a estudio de pH-impedancia por todas las indicaciones entre mayo-junio de 2016, con consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con procedimientos digestivos o abdominales (Stretta, funduplicatura, gastrectomía, etc.) y con diagnóstico de acalasia. Primero se determinó la UGE por manometría realizada por un médico. Luego, otro médico cegado a la localización de la UGE introdujo el catéter hasta obtener un valor de pH <4. Posteriormente realizó la extracción del catéter de pHmetría (sin mecanismo de búsqueda de EEI) centímetro a centímetro con espacio de 5 segundos entre cada retiro hasta detectar un cambio de pH a >4 y se retiró. Se utilizó la medida del borde superior del EEI por manometría para compararla con la medida a la cual se detectó el cambio de pH. También se efectuó para 5 cm por arriba de la UGE o cambio de pH a >4. Se realizó prueba de signos de Wilcoxon y correlación de Spearman. *Resultados:* Se evaluaron 35 pacientes: 23 (65.7%) mujeres, mediana de edad 49 años (RIQ 40-57), altura 1.57 m (RIQ 1.51-1.64) e IMC 26.7 (RIQ 23.7-29.3). Según indicación de pHmetría: 71.4% fue por ERGE. En 10 pacientes (28.6%) se diagnosticó HH por manometría. El cambio de pH se localizó a 43 cm (RIQ 41-44) con un pH 5.6 (RIQ 5.1-6.4). La UGE localizada por manometría se encontró a los 39 cm (RIQ 37-40) con pH 6.7 (RIQ 6.3-7.2). Existió buena correlación entre las mediciones por los dos métodos  $r=0.6$ ,  $p=0.0001$ , pero la diferencia entre ambas fue significativa (3.9 cm; RIQ 2-5,  $p=0.001$ ). No hubo diferencias entre pacientes con y sin HH: cambio por pH 47 vs. 46 cm,  $p=0.51$ ; UGE por manometría 39.2 vs. 39.1 cm,  $p=0.94$ ; diferencia entre ambas en cada grupo según HH: 4.3 vs. 3.8 cm,  $p=0.51$ ., sin embargo, hubo una diferencia significativa *Conclusión:* El método de extracción no es exacto, presenta variabilidad y marcadas diferencias a las mediciones obtenidas por manometría. Por lo tanto, se debe realizar manometría esofágica para posicionar adecuadamente el catéter convencional (sin válvula de aire) de pHmetría.

*Patrocinio:* Este trabajo no contó con patrocinio.

## ID 563

### Colangitis esclerosante primaria y su asociación con enfermedad inflamatoria intestinal y colangiocarcinoma

Gretel Haydee Galicia-Hernández, Nayelli Cointa Flores-García, Adriana Fabiola Romano-Munive, Aldo Torre-Delgadillo. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. gretel\_galicia@hotmail.com

*Antecedentes:* La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una enfermedad colestásica crónica que se caracteriza por inflamación y fibrosis de las vías biliares intrahepáticas y extrahepáticas, lo que conduce al desarrollo de cirrosis. La CEP se ha relacionado con enfermedad inflamatoria intestinal, mayor riesgo de neoplasias y osteoporosis.

*Objetivo:* Describir la frecuencia de enfermedad inflamatoria intestinal, disminución de la densidad ósea medida por DXA y asociación con neoplasias en pacientes con CEP en una cohorte de pacientes atendidos en un hospital de tercer nivel de México.

*Materiales y métodos:* Se trata de un estudio retrolectivo y observacional. Se realizó revisión de expedientes para recopilar variables demográficas, antropométricas, de laboratorio y gabinete; las variables demográficas y clínicas nominales se expresaron como proporciones y las cuantitativas como medianas y rangos intercuartiles. Se utilizaron tablas de contingencia para calcular razones de momios y coeficiente de kappa. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS v. 20.0 ( $p<0.05$ ).

*Resultados:* Se analizaron 44 pacientes con CEP, 70% de hombres, con tiempo promedio de evolución de enfermedad de 8.5 años. El 63.6% tiene diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal; CUCI el 61% de los casos con afección pancolítica. El 6.8% presentó algún otra enfermedad autoinmune, 50% desarrolló cirrosis, la mitad de ellos en el primer año de diagnóstico de CEP. La presencia de estenosis dominante fue de 45%, mientras que la frecuencia de colangiocarcinoma fue de 6.8%. Sólo se realizó densitometría ósea a 50% de los pacientes, de los que 54% presentó osteoporosis y 39% osteopenia; no se midieron niveles de vitamina D en 62%. El tiempo de evolución de EC no es un factor de riesgo para neoplasias, pero sí para osteoporosis. El 16% de la población falleció a causa de complicaciones sépticas, especialmente colangiocarcinoma.

*Conclusiones:* Estos datos subrayan la importancia de la detección oportuna de CEP, muestran una frecuencia menor de la reportada para colangiocarcinoma y sugieren la realización de DMO, así como la medición de vitamina D sérica a todos los pacientes al momento del diagnóstico.

## ID 566

### Cinco años de tratamiento endoscópico de litos difíciles en la vía biliar

Lilia Ivette Gutiérrez-Moreno, Martha Ruth Dávila-Zenteno, Aarón Díaz-Flores, José Armando Carmona-Castañeda, Orlando Bada-Yllán, Martín Edgardo Rojano-Rodríguez. Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital General Manuel "Gea González", Secretaría de Salud. Ciudad de México. México. dra.ivettegutierrez@outlook.com

*Antecedentes:* El abordaje endoscópico es actualmente la primera línea de tratamiento para la extracción de litos en la vía biliar. El tratamiento convencional considera para su extracción la realización de esfinterotomía y la instrumentación con canastillas y balones. Múltiples estudios han demostrado que aproximadamente 90% de los litos puede ser tratado exitosamente con estos métodos. Sin embargo, hay ciertas características que definen un "lito difícil" en el que se advierten ciertas dificultades técnicas para su extracción que impactan en el éxito de la resolución endoscópica. Estos demandan mayor habilidad, múltiples estrategias y nuevas opciones con tecnologías adicionales en

ocasiones no disponibles, así como abordajes quirúrgicos para ser tratados.

**Objetivo:** Describir el tratamiento de pacientes con diagnóstico de litos difíciles en la vía biliar atendidos en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de enero de 2011 a enero de 2016.

**Material y métodos:** Se describen los hallazgos diagnósticos y tratamientos endoscópicos y quirúrgicos de pacientes con diagnóstico de litos difíciles.

**Resultados:** Se identificaron un total de 295 casos con diagnóstico de lito difícil en los últimos 5 años: 27% de hombres y 73% de mujeres; 51% presentó litiasis múltiple. De acuerdo con el tamaño del lito 11% se reportó de más de 20 mm, 16% de 20-16 mm, 43% de 15-11 mm y 29% de 10 o menos. Se presentó divertículo periampular en 6.7%, síndrome de Mirizzi en 6.1%, antecedente de cirugía en vía biliar en 7.7%, estenosis benigna en 1.5%, estenosis maligna en 0.5% y portadores de sonda en T 8.7%. Durante el procedimiento endoscópico se realizó precorte en 13.4%, esfinterotomía en 86%, instrumentación con balón en 70%, con canastilla en 49%, esfinteroplastia en 4.6%, litotripsia mecánica con canastilla en 48.9% y colocación de prótesis en 38% de los casos. Se reporta como exitosa en 55%.

**Conclusión:** La resolución endoscópica de los considerados "litos difíciles de la vía biliar" demanda experiencia, habilidad, destreza y tecnología accesible ya que son factores que impactan en la tasa de éxito de su resolución.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 568

### Várices ectópicas: Experiencia en el Hospital General de México

Margarita Fosado-Gayosso, Ruth del Carmen Rábago-Escoto, Alejandro Concepción Bonilla-Ramos, Yuridia Renata Macías-Ángeles, Azucena Isabel Casanova-Lara, Héctor Espino-Cortés, María Fátima Higuera-de la Tijera. Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital General de México. Ciudad de México. México. mago\_fosado14@hotmail.com

**Antecedentes:** Las várices ectópicas son una causa poco frecuente de hemorragia variceal. Son colaterales portosistémicas a lo largo del tracto digestivo, fuera de la región esofagogastrica. El recto es el sitio más frecuente de várices ectópicas con 44.5%, seguido del duodeno con 32.9%. La hemorragia por várices ectópicas es masiva y difícil de diagnosticar.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de las várices ectópicas en pacientes que acuden al Servicio de Endoscopia del Hospital General de México.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de pacientes que acudieron al Servicio de Endoscopia en el Hospital General de México de abril de 2015 a junio de 2016.

**Resultados:** Se revisaron los expedientes de 3,854 pacientes a los que se realizó endoscopia y colonoscopia de abril de 2015 a junio de 2016. La prevalencia de várices ectópicas fue de 0.36%. La hemorragia por várices ectópicas representó el 3.9% de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto de etiología variceal. Se reportaron 14 pacientes con várices ectópicas, 12 (86%) con várices duodenales, 1 (7%) con várices colónicas y 1 (7%) con várices rectales. Siete (50%) pacientes fueron hombres y 7 (50%) mujeres con promedio de edad de  $50.8 \pm 8.6$  años. La etiología en 9 (64%) pacientes fue hipertensión portal cirrótica, de los cuales en 5 (56%) se debió a alcohol, 1 (11%) a esteatohepatitis no alcohólica y en 3 (33%) pacientes la etiología fue idiopática; 5 (36%) casos por hipertensión portal no cirrótica, de los cuales 3 (60%) presentaron cavernomatosis de la porta, 1 (20%) trombosis de la vena porta, 1 (20%) trombosis porto-esplénica en paciente

con antecedente de pancreatitis aguda. Diez (71%) pacientes con várices duodenales debutaron con hemorragia de tubo digestivo superior y se trataron con aplicación de N-butil-2-cianocrilato, 1 ameritó aplicación en dos ocasiones. Dos (14%) pacientes con várices duodenales pequeñas y sin estigmas de hemorragia reciente continuaron en vigilancia, 1 (7%) con várices colónicas sin estigmas de hemorragia reciente no ameritó tratamiento y a 1 (7%) con várices rectales se le aplicó polidocanol.

**Conclusión:** Las várices ectópicas en pacientes con hipertensión portal se consideran una causa poco frecuente de hemorragia digestiva. El tratamiento es médico, endoscópico y por radiología intervencionista. Se debe sospechar hemorragia por várices ectópicas en pacientes con hipertensión portal sin evidencia de sitio de hemorragia en esófago y estómago.

**Patrocinio:** Este trabajo no ha sido patrocinado total o parcialmente por algún sistema gubernamental o comercial.

## ID 574

### Prevalencia y factores de riesgo de diabetes de reciente inicio postrasplante (NODAT) en una cohorte de pacientes con trasplante hepático

Ariadna Irais Ramírez-Polo, Mariana Tejeda-Figueroa, José Luis Arrieta-Madrid, Juan Francisco Sánchez-Ávila, Ignacio García-Juárez. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. santa\_91069@hotmail.com

**Antecedentes:** La diabetes de reciente inicio postrasplante o new-onset diabetes after transplantation (NODAT, por sus siglas en inglés) se refiere al diagnóstico de diabetes después del trasplante de cualquier órgano, no conocido con diagnóstico previo. Está asociada con menor sobrevida por complicaciones a corto y largo plazos (infecciones, rechazo y morbimortalidad cardiovascular, respectivamente). La prevalencia de NODAT en cada tipo de trasplante varía, aunque se ha reportado entre 9-21% específicamente en trasplante de hígado. Los factores de riesgo identificados incluyen aspectos modificables (tratamiento inmunosupresor, obesidad y otros componentes del síndrome metabólico), potencialmente modificables (infección por VHC o CMV, prediabetes previa al trasplante, proteinuria, hipomagnesemia) y no modificables (raza: afroamericanos, hispanos, edad >45-40 años, sexo masculino, historia familiar de diabetes, historia de rechazo agudo, donador cadavérico, donador masculino).

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores de riesgo para NODAT en una cohorte mexicana. Estudio retrospectivo, observacional, transversal.

**Material y métodos:** Revisión de expedientes de pacientes sometidos a trasplante hepático ortotópico (THO) en el INNSZ desde enero de 2010 hasta junio de 2015. Se definió NODAT como la presencia de un nivel de hemoglobina glucosilada (HbA1c)  $\geq 6.5\%$  o la necesidad de tratamiento hipoglucemiante posterior al egreso de hospitalización tras el THO. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico previo de diabetes, información incompleta o defunción antes de los 6 meses postrasplante. Se utilizó estadística descriptiva, para proporciones se usó *Ji cuadrada* o exacta de Fisher y para variables continuas se emplearon pruebas no paramétricas.

**Resultados:** Se revisaron 119 expedientes con diagnóstico de THO. Las características generales se resumen en la **Tabla 1**. Los niveles de vitamina D3 y Mg no se asociaron con el desarrollo de NODAT (**Figura 1**).

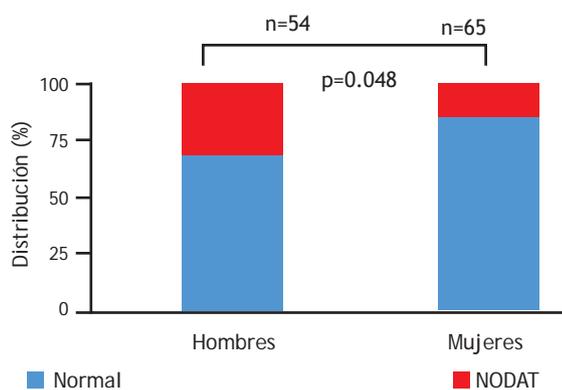
**Conclusión:** NODAT se presentó en 21% de nuestra población, más frecuentemente asociada con el género masculino y pacientes con NASH; menos frecuente en VHC y CHAN.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió ningún patrocinio.

Tabla 1. (ID 574).

Variable	Valores
Genero	
Hombres (%)	54 (45.4)
Mujeres (%)	65 (54.6)
Edad (RI)	
Etiología (%)	
VHC	30 (30)
Autoinmunes	20 (17)
Criptogénica	14 (12)
Otras	54 (41)
Child P	
MELD (RI)	21 (6-42)
Vitamina D (%)	
Mayor de 20	5 (8)
Menor de 20	61 (92)
IMC (RI)	24 (15-36)

Figura 1. Distribución de NODAT por género. (ID 574).



## ID 575

### Determinación de un panel de citocinas en sujetos con diferente patrón de consumo de alcohol de acuerdo al grupo de edad

Zaira Medina-Ávila<sup>1</sup>, Dorothy Rosique-Oramas<sup>1</sup>, Ivette Romero<sup>1</sup>, Alfredo Ramírez<sup>1</sup>, Marina Galicia-Moreno<sup>1</sup>, Yadira Béjar<sup>2</sup>, Fátima Higuera<sup>2</sup>, José Luis Pérez-Hernández<sup>2</sup>, Carolina Gúzman<sup>1</sup>, David Kershenobich<sup>1</sup>, Gabriela Gutiérrez-Reyes<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Laboratorio HIPAM, Depto. de Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM. <sup>2</sup>Banco de Sangre, Clínica de Hígado, Hospital General de México. Ciudad de México. México. zaira1082@hotmail.com

**Antecedentes:** Entre los diferentes mecanismos que participan en la fisiopatología de la enfermedad hepática por alcohol (EHA) se encuentran los mediadores celulares que son modificados durante el desarrollo del daño hepático por alcohol.

**Objetivo:** Evaluar los niveles de citocinas en sujetos con diferente patrón de consumo de alcohol.

**Material y métodos:** Estudio transversal; se incluyeron 4 grupos que fueron divididos por edad (<29 y >30 años): grupo 1 sujetos control; grupo 2 sujetos con consumo riesgoso de alcohol (AUDIT >8); grupo

3 sujetos sin estigmas clínicos ni bioquímicos de daño hepático y grupo 4 sujetos con cirrosis por alcohol. Los niveles séricos de citocinas fueron determinados por tecnología Luminex. Se realizó U de Mann-Whitney para el análisis estadístico y diferencias significativas  $p < 0.05$ .

**Resultados:** En total se incluyeron 311 sujetos (Tabla 1).

Los niveles de citocinas en suero son diferentes de acuerdo con la edad y el patrón de consumo de alcohol; están elevados en los jóvenes y adultos con alcoholismo, y son aún más altos en adultos con cirrosis.

**Conclusión:** Las citocinas modificadas por el consumo de alcohol fueron IL-8, IL-6 e IL-10, por lo tanto, se sugiere que el proceso inflamatorio en sujetos con alcoholismo y cirrosis mantiene un balance y que IL-8 puede ser la quimiocina clave en el desarrollo de la enfermedad. **Patrocinio:** Este trabajo ha sido subsidiado parcialmente por el Programa PAPIIT IA203113, PAPIIT IA200515 y PROMEP-SEP: CA302.

## ID 582

### Prevalencia de la disfunción tiroidea en pacientes con cirrosis hepática por EHNA

Denisse Maricel Espinoza-Delgado, Scherezada Mejía-Loza, Jorge Fernando Ramírez-Peñaherrera, Tania Edurné Juárez-Barrientos, María del Rosario Herrero-Maceda, Monserrate Largacha-Barreiro, Eli García-Ruiz, Felipe Zamarripa-Dorsey. Servicio de Gastroenterología, Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. essined14med@hotmail.com

**Antecedentes:** El hígado y la glándula tiroidea son dos órganos estrechamente relacionados entre sí tanto desde el punto de vista fisiológico como patológico. Las hormonas tiroideas están involucradas en la regulación del metabolismo de todas las células, incluido el hepatocito; de igual manera el hígado se encarga de la metabolización de las hormonas triyodotironina (T3) y tiroxina (T4), interviniendo en la regulación del sistema endocrino. Se ha observado la coexistencia de alteraciones de la función tiroidea (hipo e hipertiroidismo) con procesos hepáticos, que incluyen alteraciones asintomáticas de las enzimas hepáticas y colestasis. La disfunción tiroidea (DT) es una condición frecuente en pacientes con enfermedad hepática como esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), hepatitis por virus C, hepatitis autoinmune (HAI), cirrosis biliar primaria (CBP), colangitis esclerosante y carcinoma hepatocelular.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de disfunción tiroidea en pacientes de la consulta externa del Servicio de Gastroenterología con diagnóstico de cirrosis hepática por EHNA de enero de 2015 a junio de 2016.

**Material y métodos:** Estudio transversal y retrospectivo. Se revisaron 69 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática por EHNA con pruebas de función tiroidea realizadas durante el seguimiento en el periodo de enero de 2015 a junio de 2016.

**Resultados:** Fueron 69 pacientes estudiados con cirrosis hepática por EHNA en edades comprendidas entre 38 y 76 años, de los cuales 52 (75.37%) pertenecían al género femenino y 17 (24.63%) al masculino. Siete (10.14%) pacientes se clasificaron como hipotiroidismo subclínico (TSH >4.2 mIU/L y T4 libre normal), los cuales mostraban leves alteraciones de las transaminasas, 6 eran del género femenino y 1 masculino, 5 pacientes en estadio Child-Pugh A y 2 en estadio B. Con hipotiroidismo primario (TSH >4.2 mIU/L y T4 libre <0.93 ng/dL) se hallaron 13 (18.84%) pacientes, los cuales mostraron alteración significativa de las transaminasas hepáticas predominando un mayor aumento de los niveles de AST sobre ALT; resultaron 11 pacientes del género femenino y 2 del masculino, 6 pacientes se reportaron en estadio Child-Pugh A, 4 en estadio B y 3 en estadio C. En el grupo con hipertiroidismo (T4 libre >1.7 ng/dL y TSH <0.27 mIU/L) se hallaron sólo 3 (4.36%) pacientes del género femenino,

Tabla 1. Parámetros demográficos y niveles de citocinas en sujetos con diferente patrón de consumo de alcohol. (ID 575).

		Control	Riesgoso	Alcoholismo	Cirrosis	p
Género n (%)	M	34 (22)	2 (7)	21 (32)	4 (7)	0.05 <sup>b,d,e</sup>
	H	119 (78)	28 (93) <sup>b</sup>	45 (68) <sup>e</sup>	58 (93) <sup>d</sup>	
Edad (Años)	<29	25 ± 3.4 <sup>a</sup>	22 ± 2.3 <sup>b</sup>	21 ± 2.4 <sup>c</sup>	-----	<0.001 <sup>a,b,c</sup>
	>30	42 ± 7 <sup>a</sup>	42 ± 7	44 ± 10	47 ± 7 <sup>d</sup>	<0.05 <sup>a,d</sup>
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	<29	27 ± 4 <sup>a</sup>	25 ± 5 <sup>b</sup>	24 ± 3.6	-----	<0.05 <sup>a,b</sup>
	>30	28.5 ± 3	28 ± 3	26 ± 7	27 ± 7	ns
Consumo alcohol (g)	<29	2.4 ± 3 <sup>a</sup>	60 ± 52 <sup>b</sup>	120 ± 108 <sup>c</sup>	-----	<0.001 <sup>a,b,c</sup>
	>30	2.5 ± 6 <sup>a</sup>	28 ± 84	230 ± 220 <sup>c,f</sup>	310 ± 276 <sup>d,g</sup>	<0.001 <sup>a,c,d,f,g</sup>
IL-6 (pg/mL)	<29	0.6 (0-5)	0 (0-0.8) <sup>b</sup>	1.2 (0-12) <sup>c,f</sup>	-----	<0.001 <sup>b,c,f</sup>
	>30	0.3 (0-35)	0.4 (0-1)	1 (0.2-11.5) <sup>c,f</sup>	2.5 (0-3181) <sup>d,g</sup>	<0.001 <sup>c,d,g,f</sup>
IL-8 (pg/mL)	<29	1 (0.3-21)	0.5 (0.1-90) <sup>b</sup>	5.2 (0.8-69) <sup>c,f</sup>	-----	<0.001 <sup>b,c,f</sup>
	>30	1 (0-12)	1 (0.5-14.5)	7 (0.5-163) <sup>c,f</sup>	13 (1-455) <sup>d,g</sup>	<0.001 <sup>c,d,f,g</sup>
TNF-a (pg/mL)	<29	0.7 (0-4.8)	0 (0-1.4) <sup>b</sup>	1 (0.1-7.2) <sup>f</sup>	-----	<0.001 <sup>b,f</sup>
	>30	0.5 (0-9)	0.4 (0-1)	0.5 (0-8)	0.9 (0-304) <sup>d,g</sup>	0.01 <sup>d,g</sup>
IL-10 (pg/mL)	<29	0.5 (0-24)	0 (0-1) <sup>b</sup>	1.1 (0.4-24) <sup>c,f</sup>	-----	<0.001 <sup>b,c,f</sup>
	>30	0.5 (0-349)	0 (0-1.8)	0.9 (0-118)	1 (0-177) <sup>d,g</sup>	<0.001 <sup>d,g</sup>

Datos expresados en media ± DS y mediana (mínimo-máximo). <sup>a</sup>Diferencias entre todos los grupos; <sup>b</sup>Diferencias entre Riesgoso y Control; <sup>c</sup>Diferencias entre Alcoholismo y Controles; <sup>d</sup>Diferencias entre cirrosis y controles; <sup>e</sup>Diferencias entre Riesgoso y Alcoholismo; <sup>f</sup>Diferencias entre Riesgoso y Cirrosis.

sin alteraciones significativas de las transaminasas y todas en estadio Child-Pugh A. Del resto de pacientes fueron 46 (66.66%) eutiroideos (TSH y T4 libre normal), 32 del género femenino y 14 para el masculino, con leve aumento de los niveles de AST sobre ALT, 21 de los cuales se encontraban en estadio Child-Pugh A, 15 en estadio B y 10 en estadio C.

**Conclusión:** Se determinó que en nuestra población 33.34% tenía cierto tipo de disfunción tiroidea, lo que concuerda con cifras arrojadas en otros estudios, y que la enfermedad hepática puede tener repercusiones sobre el metabolismo tiroideo; asimismo se encontró predominio sobre el sexo femenino. En el caso del hipotiroidismo se asocia de manera estrecha con la esteatohepatitis no alcohólica, pero independientemente de los ya conocidos factores de riesgo metabólico, así como de la reserva hepática (Child-Pugh y MELD), lo que confirma una relación clínica relevante entre estas dos enfermedades.

**Patrocinio:** Este trabajo no tiene patrocinio.

## ID 584

### Síndromes de poliposis intestinal hereditaria en pediatría. Serie de casos

Anel García-Montalvo, Livier Barajas, Lilita Márquez, Carlos Padilla, Rocío Macías, Yolanda Castillo, Sergio Pacheco. Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional del Occidente, IMSS. Guadalajara, Jal. México. [anelmontalvo@gmail.com](mailto:anelmontalvo@gmail.com)

**Antecedentes:** Los síndromes polipósicos en pediatría son poco frecuentes, con una prevalencia de 2.3-3.2 casos por 100,000. Son hereditarios con riesgo elevado de malignización. La poliposis familiar y el síndrome de Peutz-Jeghers son las entidades más comunes.

**Objetivo:** Describir la frecuencia de los síndromes de poliposis intestinal y sus características clínicas, endoscópicas e histológicas.

**Reporte de caso:** En el periodo comprendido de 2011 a 2015 se encontró una frecuencia de poliposis intestinal en la UMAE Hospital de

Pediatría, CMNO, IMSS, de 10 casos. De los síndromes intestinales se identificó que 7 (70%) casos corresponden a poliposis adenomatosa familiar y 3 (30%) a síndrome de Peutz-Jeghers. Se encontró antecedente familiar en 4 casos y en 9 pacientes con 2-3 familiares afectados, de los cuales en 1 caso 1 familiar portador de cáncer de yeyuno y en otro cáncer colorrectal. El 50% (5 casos) fue del sexo femenino y en el mismo porcentaje el diagnóstico se realizó en la etapa preescolar. La manifestación más frecuente fue rectorragia en 7 pacientes (70%) y dolor abdominal en 4 (40%). Se detectó desnutrición con afectación de la talla en 2 pacientes, síndrome anémico en 4 (40%), hipoalbuminemia en 1 (10%), elevación de reactantes de fase aguda en 2 (20%) y todos con marcadores tumorales negativos. Cuatro de los pacientes presentaron patologías asociadas como cardiopatía tipo comunicación intraventricular y probable síndrome de Turner, displasia fibrosa, hipotrofia renal izquierda con malformación arteriovenosa y epilepsia, y por último un caso con ginecomastia idiopática y crecimiento testicular izquierdo. Tres pacientes (30%) con datos de atopia. De los hallazgos endoscópicos, 9 (90%) con pólipos en tubo digestivo alto y 8 (80%) en colon, múltiples pediculados y sésiles de diversos tamaños. El diagnóstico histológico fue pólipos de tipo adenomatoso en 7 (70%) y de tipo hamartomatoso en 3. A 9 se les realizó polipectomía endoscópica en los pólipos mayores de 5 mm; en 2 casos se efectuó hemicolectomía. No se registraron defunciones.

**Discusión:** Existió baja frecuencia de la patología; los síntomas más frecuentes fueron sangrado de tubo digestivo bajo, en ocasiones anemizante, y dolor abdominal.

**Conclusión:** A pesar de la baja prevalencia, es importante realizar el diagnóstico de forma oportuna, lo mismo que la vigilancia por el riesgo de cáncer y la decisión controversial de realizar colectomía en la edad pediátrica.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 585

### Esofagogastroduodenoscopia diagnóstica: principales hallazgos etiológicos en una revisión de

## 626 casos en el Servicio de Endoscopia del Hospital General de México

Jorge Blanco-Gutiérrez. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Ciudad de México. México. ocnalb@prodigy.net.mx

**Antecedentes:** Los hospitales federales que ofrecen servicios de las principales especialidades y tienen servicios de urgencias y terapia intensiva requieren mayores estudios endoscópicos para obtener diagnóstico y tratamiento oportunos, lo que incrementa el número de procedimientos en comparación con otras instituciones, con lo que en periodos cortos de tiempo se realizan numerosos procedimientos.

**Objetivo:** Presentar ante la comunidad médica de la especialidad de gastroenterología, endoscopia y cirugía los principales diagnósticos obtenidos en la realización de endoscopias superiores en nuestro hospital.

**Material y métodos:** Se revisaron 626 casos de endoscopia superior realizados en el turno matutino del Servicio de Endoscopia del 1 de octubre de 2015 al 31 de diciembre de 2015 de lunes a viernes; 351 casos (56%) correspondieron a mujeres y 275 (44%) a hombres. El promedio de edad de los enfermos fue de 40 a 60 años. Independientemente del diagnóstico de la solicitud de estudio sólo se analizaron los resultados. No se hace referencia al tipo de terapéutica endoscópica. El tipo de estudio es observacional y descriptivo.

**Resultados:** I. Enfermedades que producen daño a la mucosa gastroduodenal: 181 casos, 120 mujeres y 60 hombres; la causa fundamental es la gastropatía crónica (erosiva, reactiva biliar, folicular y duodenitis erosiva) con 16 úlceras gástricas y 4 úlceras duodenales. II. Hemorragia digestiva alta: 137 casos, 80 hombres y 57 mujeres; en donde en 54 casos las complicaciones de la hipertensión portal haya sido el sangrado agudo o reciente fue la causa más frecuente. Se encontraron 15 úlceras duodenales complicadas, 10 úlceras gástricas y gastropatía erosivo-hemorrágica en 13 enfermos, así como desgarro de Mallory Weiss en 6. Otros casos correspondieron a úlceras esofágicas y cáncer esofagogástrico ulcerado así como ectasias vasculares. III. Enfermedad por reflujo gastroesofágico complicado con esofagitis o Barrett: 113 casos, 63 mujeres afectadas y 50 hombres. IV. Hipertensión portal: 97 casos no complicados con hemorragia activa, 53 de género femenino y 44 masculino; las varices esofágicas fueron las predominantes. V. Tumores: 30 casos, 18 hombres, 12 mujeres; 17 tumores gástricos, 4 esofágicos y metástasis al aparato digestivo. VI. Revisión posoperatoria: 19, 13 mujeres y 6 hombres. VII. Lesiones obstructivas en 11 casos de compresiones extrínsecas, cuerpos extraños y estenosis duodenal. VIII. Revisión por protocolo de cirugía bariátrica: 10 casos. IX. Pólipos: 7 casos. X. Candidiasis esofágica: 6. XII. Trastornos motores del esófago: 5 casos. XIII. Divertículo de Zenker: 1. XIV. Fistula esofagotraqueal: 1. XV. Estudios normales: 8.

**Conclusión:** En hospitales de concentración los diagnósticos endoscópicos son más frecuentes y dependen del costo del estudio, número de equipos, responsabilidad del médico que solicita un estudio y de su estructura administrativa. En relación con los hallazgos endoscópicos, las tendencias son claras, por lo que las lesiones de la mucosa gástrica, la hemorragia digestiva y la enfermedad por reflujo prácticamente ocupan la mayoría de las evaluaciones endoscópicas; en este estudio 431 casos.

**Patrocinio:** Ninguno.

### ID 592

## Trombosis esplénica e hipertensión portal prehepática en paciente embarazada con infección por parvovirus B19. Reporte de caso

José Guillermo Fuentes-Muñoz, Mayra Alejandra Martínez-Moreno, Francisco Alfonso Solís-Galindo, Alberto Galván-Zurita. Unidad

Médica de Alta Especialidad 71, IMSS. Torreón, Coah. México. ayram527@hotmail.com

**Antecedentes:** La infección por parvovirus B19, poco frecuente en mayores de 15 años (20% de todos los casos), es una importante causa de pérdida de producto en mujeres embarazadas.

**Objetivo:** Presentar un caso con complicaciones hepatoesplénicas poco frecuentes secundarias a infección por parvovirus B19 (P B19) en una paciente con embarazo de 30 SDG.

**Reporte de caso:** Paciente femenino de 21 años con embarazo de 30 SDG sin eventualidades previas, AGO: G2 P1 (normoevolutivo), hepatitis A en la infancia sin otros antecedentes de importancia. Inicia cuadro de ictericia generalizada acompañada de astenia, adinamia, fiebre no cuantificada, evacuaciones diarreas autolimitadas, sin moco sin sangre; mejoró por 2 días de forma parcial con recidiva de la sintomatología. Se agregó cefalea opresiva 5/10, acompañada de náusea y vómitos gastroalimentarios. Acude a nuestra unidad en donde se advierte precordio hiperdinámico, soplo sistólico plurifocal, BH con HB de 5.5 g/dL, HTO 16.3%, VCM 94.3 fL, HCM 31.9 pg, PQT 133,000. PFH con BT 5.6, BD 2.4, BI 3.2 y DHL 890. Se realizó perfil viral para hepatitis y citomegalovirus (CMV); resultados positivos anticuerpos IgG para CMV (498AU7ml), no IgM. USG abdominal que reportó bazo 163 mm, vesícula biliar con lodo, pared 3 mm, sin dilatación de vía biliar intrahepática o extrahepática, eje esplenoportal con hipertensión portal (vena porta 13 mm), trombosis de vena esplénica. Colangiografía sin alteraciones. FSP que reporta hipocromía +++, microcitosis +++ y equinocitos ++. Se realizaron anticuerpos IgG y PCR de tiempo real para P B19: IgG de 3.1, con PCR cualitativa detectada. Se procedió a manejo de sostén, con maduración pulmonar fetal a las 32 SDG con realización de cesárea. Se inició anticoagulación, así como transfusiones de paquetes globulares. Remitió la fase aguda de la paciente con recuperación de la línea roja y fue egresada.

**Discusión:** El abordaje de una paciente embarazada con alteraciones gastrointestinales, aunadas a anemia severa sin pérdidas hemáticas evidentes e hiperbilirrubinemia a expensas de la indirecta debe hacernos pensar en esta patología, a pesar de la baja incidencia en el grupo etario al que corresponde la paciente, para así iniciar una terapéutica adecuada que garantice el bienestar del binomio madre-producto.

**Conclusión:** La infección por P B19 leve o asintomática puede presentarse en adultos inmunocompetentes. La infección aguda durante el embarazo se presenta en 3.3-3.8% de los casos; por lo general se logra un producto sano. La presentación como crisis aplásica no es la más común, pero puede comportarse de forma agresiva y ameritar terapia transfusional. La trombosis de la vena esplénica y la hipertensión portal prehepática son signos atípicos y datos de severidad. El diagnóstico se establece mediante la detección de IgG, IgM y PCR con P B19. Este caso sólo se necesitó manejo de sostén y se obtuvo un producto sano a pesar de la extracción prematura, sin necesidad de aplicación de inmunoglobulinas, la cual es requerida en inmunocomprometidos y no se recomienda durante el embarazo.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

### ID 595

## Evaluación de TLR-4 en monocitos de sangre periférica de sujetos con enfermedad hepática alcohólica

Dorothy Gloria Rosique-Oramas, Zaira Medina-Ávila, Marina Galicia-Moreno, Nadia Arellano, Adrián Santoyo, Josélin Hernández-Ruiz, José Luis Pérez-Hernández, Fátima Higuera-de la Tijera, David Ker-shenobich, Gabriela Gutiérrez-Reyes. Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad, Facultad de Medicina, UNAM. Hospital General de México "Eduardo Liceaga". Ciudad de México. México. dorothyrosique@live.com.mx

**Antecedentes:** El receptor tipo toll número 4 es conocido por el reconocimiento de lipopolisacárido (LPS), un componente de bacterias gramnegativas. En alcohólicos, la permeabilidad intestinal se ve incrementada por la ingesta crónica de alcohol, lo que provoca el paso de LPS al torrente sanguíneo; éste llega al hígado y activa la vía de señalización de TLR-4 presente en las células de Kupffer lo que da como resultado un incremento de citocinas proinflamatorias.

**Objetivo:** Evaluar la expresión de TLR-4 en monocitos de sangre periférica de pacientes alcohólicos y cirróticos por alcohol.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes alcohólicos subsecuentes de la clínica de Hígado del Hospital General de México con criterios de alcoholismo según la OMS (>70 g/día en hombres, >50 g/día en mujeres en los últimos 5 años). Se clasificaron con base en la ausencia (OH) o presencia (CiOH) de daño hepático por alcohol. Se elaboró historia clínica detallada de cada paciente. El grupo control (CT) estuvo compuesto por sujetos que no consumían alcohol o consumían <10 g/día. Se tomaron muestras de sangre en una sola ocasión (10 mL) para la obtención de células mononucleares por gradiente de densidad a las cuales se les realizó marcaje celular por citometría de flujo. Para el análisis estadístico se realizó una ANOVA con análisis ortogonales.

**Resultados:** Se incluyeron 9 sujetos CT, AUDIT <3, edad promedio de 26 ± 6 años, y 1.8 g OH/día, 8 OH y 4 CiOH. La edad promedio fue 38 ± 15 y 48 ± 8 años respectivamente, con un AUDIT >17 para ambos grupos. Los gramos de alcohol promedio por día para los que presentan daño hepático fueron 345 ± 11, mientras que los de los que no presentan daño fueron 100 ± 34. Los años promedio de consumo fueron similares en ambos grupos (28 años). El marcaje celular de los monocitos para fue: CT=10%, OH=13%, CiOH=16%, mientras que para TLR4 fue: CT=0.9%, OH=65%, CiOH=96% con una p<0.001 entre controles y pacientes.

**Conclusión:** La expresión de TLR 4 en monocitos de sangre periférica fue mayor en alcohólicos con o sin daño hepático, lo que comprueba que este receptor no sólo se activa en tejido, sino también en periferia, lo que indica que el efecto del alcohol es a nivel sistémico.

**Patrocinio:** Apoyo financiero de UNAM-PAPIIT IA203113 y TA 200515.

## ID 602

### Expresión de citocinas, quimiocinas, TGF-β1, colágena I y III en niños con enfermedad hepática terminal

Dorothy Gloria Rosique-Oramas, Zaira Medina-Ávila, Marina Galicia-Moreno, Gustavo Varela, David Kershenovich, Gabriela Gutiérrez-Reyes. Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad, Facultad de Medicina, UNAM. Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Ciudad de México. México. dorothyrosique@live.com.mx

**Antecedentes:** Las citocinas juegan un papel crítico en la comunicación y activación celular; el hígado es una fuente de citocinas y quimiocinas y sus receptores se encuentran en los hepatocitos, son moléculas clave que participan en el desarrollo de la mayoría de las enfermedades hepáticas (EH) agudas y crónicas.

**Objetivo:** Evaluar la expresión de TNF-α, IL-10, CXCL-8, CXCL-10, IGFBP-1, TGFβ-1, Col-1 y Col-3 en niños con enfermedad hepática terminal.

**Material y métodos:** Se incluyeron 7 pacientes con enfermedad hepática terminal (EHT) de diferente etiología: atresia de vías biliares (3), hepatitis fulminante (3) y tirsinemia (1), a los que se les practicó trasplante hepático en el Hospital Infantil de México. Los pacientes recibieron el hígado de donadores vivos relacionados y cadavéricos que fueron el grupo control (CT). Se obtuvo consentimiento informado, así como una biopsia hepática de cada sujeto. En cada una de las muestras se realizó la extracción de RNA, así

como la obtención de cDNA y se determinó la expresión génica de TNF-α, IL-10, CXCL-8, CXCL-10, IGFBP-1, TGFβ-1, Col-1 y Col-3 por PCR en tiempo real. Para el análisis estadístico se realizó una t de Student.

**Resultados:** La edad promedio de los pacientes con EHT fue 3 ± 2 años, fueron 3 niñas y 4 niños. Se incluyeron 7 CT con edad promedio de 31 ± 14 años, 3 mujeres y 4 hombres. La expresión de los genes fue la siguiente: TNF-α (ng/mL) en EHT=3 ± 2 y CT=2 ± 0.8 (p=0.78), IL-10 (ng/mL) en ETH=6 ± 5 y CT=0.3 ± 0.2 (p=0.025), CXCL-8 fue 53 ± 21 y 0.4 ± 0.3 para EHT y CT respectivamente (p=0.048), CXCL-10 (pg/mL) en ETH=3 ± 0.4 y CT=0.8 ± 0.2 (p=0.043), IGFBP-1 (ng/mL) en ETH=151 ± 41 y CT=47 ± 12 (p=0.050), TGFβ-1 (ng/mL) en ETH=7 ± 1 y CT=1 ± 0.50 (p=0.002). La expresión de Col-I (pg/mL) en EHT=15 ± 8 y para los CT=8 ± 1 pg/mL (NS) y Col-III (pg/mL) en EHT=35 ± 2 y para los CT=2 ± 1 pg/mL (0.032).

**Conclusión:** La expresión génica de las citocinas y quimiocinas proinflamatorias en el tejido hepático de los pacientes estuvo incrementada; la CXCL8 tuvo mayor actividad transcripcional. Además, la expresión de genes relacionados con el proceso fibrogénico es 7 veces más en la etapa terminal de la enfermedad hepática, independientemente de la etiología y la edad del paciente.

**Patrocinio:** Apoyo financiero por: UNAM-PAPIIT: IA203113 y TA 200515.

## ID 604

### Relación entre desapego a consulta médica y complicaciones en pacientes con cirrosis del Centro de Investigación de Enfermedades Hepáticas y Gastroenterología de Pachuca, Hidalgo

Stephany Téllez-Jaén, Raúl Contreras-Omaña. Centro de Investigación de Enfermedades Hepáticas y Gastroenterología. Pachuca de Soto, Hgo. México. centro\_investigacion\_ehg@hotmail.com

**Antecedentes:** La cirrosis hepática es uno de los principales problemas de salud en México; se trata de una condición progresiva en la que es importante establecer el estadio y pronóstico. Entre las principales complicaciones que presentan los pacientes descompensados se encuentran principalmente las relacionadas con hipertensión portal, como ascitis, hemorragia variceal o encefalopatía hepática (EH). En México no existe evidencia de la relación entre tiempo de consulta y complicaciones que pueden existir en pacientes con cirrosis en el medio privado.

**Objetivo:** Determinar la relación entre el desapego a la consulta y las complicaciones de los pacientes con cirrosis en el Centro de Investigación de Enfermedades Hepáticas y Gastroenterología (CIEHG) de Pachuca de Soto.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal en el cual se revisaron y recolectaron datos de expedientes de pacientes con cirrosis atendidos en el CIEHG entre 2014 y 2016 con el fin de determinar el número de pacientes con esta patología que mantienen un control y relacionar el tiempo de desapego a la consulta y la descompensación. Se contó con 74 expedientes, de los cuales se excluyeron 10 por no contar con datos suficientes. El análisis estadístico de los resultados se realizó mediante pruebas de tendencia central y dispersión, media, mediana, moda, porcentaje y desviación estándar

**Resultados:** De 64 expedientes de pacientes con hepatopatía crónica en fase de cirrosis, 59.38% (n=38) son mujeres y 40.62% (n=26) hombres, con una media de 61.6 años, mediana de 61 años y moda de 60. Se encontraron como etiologías: EHNA 48.4% (n=31), alcohol 20.3% (n=13), infección crónica por VHC 14% (n=9), colangitis biliar primaria 9.4% (n=6), hepatitis autoinmune 6.3% (n=4) y colangitis esclerosante primaria 1.6% (n=1). De dichos pacientes 21.9% (n=14) presenta Child-Pugh A, 62.5% (n=40) Child-Pugh B y 15.6% (n=9)

Child-Pugh C. En relación con el apego a seguimiento encontramos que 37.5% (n=24) lo mantiene, mientras que 62.5% (n=40) presenta desapego; 7.5% (n=3) de ellos dejó de acudir tras la primera consulta, 47.5% (n=19) presentó desapego tras un lapso entre consulta mayor de un mes y 45% (n=18) que dejó de acudir al cabo de un lapso mayor de 3 meses reingresó al CIEHG con cirrosis descompensada. De estos últimos, 44.5% (n=8) presentó EH, 22.2% (n=4) hemorragia variceal, 11.1% (n=2) peritonitis bacteriana espontánea y por otras causas acudió 22.2% (n=4).

**Conclusión:** Este estudio muestra que del total de pacientes con cirrosis, 37.5% mantiene apego y 28.1% acude con descompensación tras un desapego mayor de 3 meses; la principal causa de ésta es la EH, seguida de hemorragia variceal y otras causas, entre las que se encuentran ascitis y deshidratación. Dado lo anterior, se requiere mayor cantidad de estudios para validar el resultado y plantear estrategias de apego.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 607

### Asociación entre la serología para CMV en el periodo pretrasplante y la incidencia de infección por CMV postrasplante

Mario René Pineda-de Paz, Rodrigo Joanico-Aguilar, Saraí León-Pérez, Carlos García-García, Iván López-Méndez, Paulino Leal-Villalpando, Alan Gabriel Contreras-Saldívar, Mario Vilatobá-Chapa, Graciela Elia Castro-Narro. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. reazpi@hotmail.com

**Antecedentes:** La infección por citomegalovirus (CMV) es una complicación frecuente después del trasplante hepático (THO). El más importante predictor clínico para el desarrollo de infección por CMV después del THO es el seroestado del donador (D) y del receptor (R), es por eso que se realiza escrutinio con anti-CMV IgG. El mayor riesgo se presenta en receptores CMV IgG seronegativos y/o con injertos seropositivos (D+/R-). En contraste, combinaciones doble negativo donador-receptor (D-/R-) tienen menos riesgo.

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre serología para CMV en el periodo pretrasplante y la incidencia de infección por CMV postrasplante. **Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes postrasplante hepático atendidos en el Instituto Nacional de Nutrición de 2010 a 2015. Se definió como riesgo intermedio: (D+/R+) y como riesgo alto: (D+/R-). A todos los pacientes trasplantados se les siguió con antigenemia pp65/PCR cada semana por 3 meses y todos los pacientes con riesgo alto recibieron profilaxis con valganciclovir por 3 meses. Se midieron variables demográficas, antropométricas y datos de laboratorio. El análisis se hizo mediante el paquete estadístico SPSS v21. La p fue significativa si <0.05.

**Resultados:** Se evaluaron 188 pacientes que fueron a trasplante hepático; 164 (87.2%) tuvieron riesgo intermedio (D+/R+) y 24 (12.8%) riesgo alto para infección por CMV (D+/R-). La prevalencia global de infección por CMV después del trasplante fue de 16% (30 pacientes: 16 hombres y 14 mujeres) y la edad promedio fue menor que la de los no infectados (45 vs. 51 años, p=0.02); 83.3% (n=25) fue de riesgo intermedio y 20.8% (n=5) de riesgo alto al trasplante (OR 0.72, IC 95% 0.29-1.78, p=0.32). Dos pacientes (8%) fallecieron en el grupo de riesgo intermedio que tuvieron infección por CMV postrasplante (OR 1.21, IC 95% 1.02-1.44, p NS). Ningún paciente con riesgo alto falleció.

**Conclusión:** La infección por citomegalovirus es de 16% en pacientes postrasplante hepático. Los pacientes con riesgo alto tuvieron menor asociación con infección por CMV que los de riesgo intermedio. Esto puede ser explicado por la profilaxis con valganciclovir en

los de riesgo alto. Deberá investigarse si los pacientes con riesgo intermedio con otros factores predisponentes podrían recibir profilaxis en casos seleccionados.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 608

### Enfermedad gestacional aloinmune hepática, causa olvidada de falla hepática. Reporte de un caso

Mariana Xail Espriu-Ramírez, Alejandra Consuelo Sánchez, Yunuén Rivera-Suazo. Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Ciudad de México. México. xaillespriu@hotmail.com

**Antecedentes:** La enfermedad gestacional aloinmune hepática (GALD), antes conocida como hemocromatosis neonatal, es un desorden del metabolismo del hierro. El nuevo término refleja el mecanismo aloinmune que es responsable de la enfermedad, que se caracteriza por una sobrecarga masiva de hierro en el hígado y otros órganos de células parenquimatosas debido al paso transplacentario de anticuerpos maternos contra la inmunoglobulina G que se unen a antígenos hepáticos. Se trata de una enfermedad gestacional rara con una alta mortalidad, ya que sin tratamiento el depósito aumentado de hierro conduce a daño progresivo.

**Objetivo:** Describir el caso de dos hermanos con GALD.

**Reporte de caso:** Dos hermanos gemelos masculinos de 3 meses edad, con antecedente de muerte neonatal en gesta previa sin causa determinada. Embarazo normo-evolutivo, nacidos vía vaginal, pretérmino de 35 SDG, con ictericia progresiva desde las 6 horas de vida; manejo con exanguinotransfusión. Referidos a los 3 meses de edad por insuficiencia hepática y ascitis. Laboratorios con anemia grave macrocítica regenerativa, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia directa e indirecta, hipoalbuminemia, GGT y DHL elevados, prolongación de los tiempos de coagulación, Coombs directo negativo, acidosis metabólica con *anion gap* elevada e hiperlactatemia. El abordaje diagnóstico con tamiz neonatal ampliado con reporte de deficiencia de 6 fosfato deshidrogenasa, ferritina 5,780 ng/mL, alfa-fetoproteína 45,135.09 ng/mL. Sin evidencia serológica de infección viral. Estado clínico con deterioro progresivo por sangrado de tubo digestivo, encefalopatía, coagulopatía y sepsis, hasta su muerte. Se confirmó diagnóstico de GALD en la necropsia.

**Discusión:** Estos pacientes fueron referidos de forma tardía cursando desde su ingreso con insuficiencia hepática, sin oportunidad de completar estudio diagnóstico, recibir tratamiento farmacológico o enlistarse para trasplante hepático.

**Conclusión:** Si bien la GALD aún se cataloga como una enfermedad rara, debemos siempre recordar que es la causa más común de falla hepática en la etapa neonatal y sospecharla. Su rápida evolución a insuficiencia hepática marca la importancia del diagnóstico prenatal para brindar terapia gestacional con inmunoglobulina intravenosa, la cual, de acuerdo con reportes de literatura actual, es más eficaz que las terapias convencionales con antioxidantes o quelantes del hierro.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 610

### Duplicación y vólvulo ileal en preescolar con dolor abdominal crónico. Reporte de caso

Maura Torres-Aguilera, José Antonio Chávez-Barrera, Evelyn Juárez-Naranjo, Leticia del Pilar Bilbao-Chávez, Miriam Sosa-Arce, Senén Marino Téllez-Salmerón, Edith González-Aguirre, Belén Araiza-Ramírez, Guillermo Antonio Arguello-Arévalo. Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza",

Centro Médico Nacional La Raza, IMSS. Ciudad de México. México. gpmaura@gmail.com

**Antecedentes:** Las duplicaciones intestinales son malformaciones congénitas con baja incidencia en la población pediátrica; habitualmente cursan con sintomatología variable que simula otras entidades clínicas más frecuentes.

**Objetivo:** Reportar el caso clínico de un preescolar con dolor abdominal crónico refractario a manejo médico, con diagnóstico de duplicación intestinal.

**Reporte de caso:** Masculino que inicia a los 9 meses con sangrado de tubo digestivo alto y dolor abdominal tipo cólico posterior a introducción de fórmulas lácteas. Tratado con fórmula extensamente hidrolizada y luego con fórmula de aminoácidos, sin mejoría. Hospitalizado en 4 ocasiones por dolor abdominal intenso. A los 2 años 11 meses inicia con exacerbación de la intensidad y frecuencia del dolor abdominal, tipo cólico, durante 2 semanas con anorexia, distensión y vómitos persistente; se realizó tomografía de abdomen con datos de vólvulo intestinal. Se efectúa laparotomía exploradora con hallazgo de malrotación intestinal tipo III A, vólvulo intestinal secundario a tumoración intestinal de 7 x 5 cm en borde antimesentérico y tumoración mesentérica de 2 cm localizada a 20 cm de la válvula ileocecal, con reporte histopatológico de duplicación intestinal intramural con calcificación distrófica extensa intraluminal. La evolución quirúrgica del paciente fue favorable.

**Discusión:** El diagnóstico de duplicación intestinal raramente es realizado previo al evento quirúrgico ya que suele presentarse un amplio espectro de síntomas inespecíficos. Se cuenta con pocos casos reportados de duplicación intestinal como causa de vólvulo en íleo.

**Conclusión:** Un lactante con dolor abdominal crónico con mala respuesta a tratamiento debe ser abordado de forma oportuna para descartar alteraciones congénitas en el tracto gastrointestinal.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 615

### Esofagitis eosinofílica en el servicio de gastroenterología pediátrica del Centro Médico Nacional La Raza. Reporte de casos

Miriam Sosa-Arce, José Antonio Chávez-Barrera, Evelyn Juárez-Naranjo, Marino Téllez-Salmerón, José Luis Cortez-Montes de Oca, Maura Torres-Aguilera. Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS. Ciudad de México. México. gpmaura@gmail.com

**Antecedentes:** La esofagitis eosinofílica se caracteriza por una marcada acumulación de eosinófilos en la mucosa esofágica; es una enfermedad con un fuerte componente inmunoalérgico. Los criterios diagnósticos incluyen evidencia histológica de 15 eosinófilos por campo de alto poder y ausencia de infiltrado eosinofílico en otras zonas del tracto digestivo, así como sintomatología sugestiva de disfunción esofágica. Hay pocos estudios que reporten las características de esta enfermedad en población pediátrica en nuestro medio.

**Objetivo:** Reportar las características demográficas, clínicas, endoscópicas e histológicas de pacientes pediátricos con esofagitis eosinofílica del Centro Médico Nacional La Raza, en el periodo de 2008 a 2016.

**Reporte de casos:** Se realizó un análisis retrospectivo de 5 pacientes con esofagitis eosinofílica, con una edad media de 9 (2-13) años al diagnóstico, 3 del género masculino; 2 con antecedentes heredo-familiares alérgicos. Tres con antecedente personal de atopia, de los cuales 2 tenían asma-rinitis alérgica y 1 alergia a la proteína de la leche de vaca. Los síntomas iniciales fueron: dolor abdominal y piro-sis (3), seguidos de disfagia, reflujo (2), dolor torácico, náusea y falla de crecimiento (1). En 2 pacientes la endoscopia mostró afección

esofágica; en 1 traquealización con placas blanquecinas y en otro pliegues longitudinales con placas blanquecinas. La media del número de eosinófilos por campo de alto poder en la biopsia esofágica fue de 28.60 (20-38); en un paciente se encontraron conglomerados de eosinófilos. Al momento del diagnóstico 3 pacientes presentaron inmunoglobulina E elevada para la edad, con una media de 669 mg/dL (13-985). Las pruebas cutáneas de alimentos resultaron positivas en 2 pacientes (uno a manzana, leche y otro a camarón). Todos los pacientes recibieron previo a la toma de biopsia inhibidor de bomba de protones a dosis alta, al confirmar diagnóstico recibieron esteroide deglutido; tres ameritaron restricción alimentaria, uno de ellos ameritó dieta elemental con fórmula a base de aminoácidos. La evolución clínica de los pacientes hasta el momento es favorable.

**Discusión:** La disfagia es un síntoma predominante en adolescentes y en preescolares la falla de crecimiento. La evolución clínica en nuestros casos fue favorable a mediano plazo; sin embargo, es necesario realizar estudios a largo plazo para valorar complicaciones y apego a tratamiento.

**Conclusión:** La esofagitis eosinofílica es una afección poco frecuente en nuestro medio; el manejo dietético tiene un rol importante en el control de la enfermedad.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 617

### Diferencias antropométricas en pacientes con enfermedad de hígado graso de origen no alcohólico de acuerdo al grado de esteatosis

Georgina Gutiérrez-Martínez, Scarlett Dávila-Bonilla, Lucero Magnolia Román-Cuevas, Sophía Eugenia Martínez-Vázquez. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. gimage@live.com.mx

**Antecedentes:** En la enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA) hay alteraciones morfológicas relacionadas con la acumulación de grasa a nivel hepático que muestran la gama de modalidades histológicas que van desde la esteatosis simple hasta la cirrosis hepática. El 19% de pacientes con esteatosis con IMC >30 kg/m<sup>2</sup> podría progresar a esteatohepatitis, mientras que con un IMC >40 kg/m<sup>2</sup> la progresión podría aumentar hasta 47%. Los parámetros antropométricos como IMC, circunferencia de cintura y porcentaje de grasa pueden ser indicadores de riesgo para la progresión de la enfermedad debido a su alta correlación con el sobrepeso y la obesidad, pero se sabe poco al respecto de su contribución en el desenlace.

**Objetivo:** Evaluar las diferencias antropométricas en individuos con EHGNA de acuerdo con el grado de esteatosis.

**Material y métodos:** Estudio transversal en pacientes con EHGNA a quienes se realizaron mediciones del grado de enfermedad por elastografía (Fibroscan) así como antropometría (IMC, pliegues cutáneos, circunferencias) dentro del protocolo de búsqueda de factores de riesgo en EHGNA en la primera consulta nutricional. Las variables continuas se reportaron en medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas, y para las variables cualitativas se utilizaron percentiles. Se corrió un análisis de correlación considerando una  $p \leq 0.05$  para aceptar la relación entre las variables propuestas a través del paquete estadístico SPSS v20.

**Resultados:** Se reclutaron 69 pacientes con algún grado de esteatosis, 48 (69.5%) tuvieron grado severo y 21 grado leve. Los del grupo de esteatosis severa mostraron mayor correlación con indicadores antropométricos (pcb  $r=0.295$ ,  $p=0.046$ ; pcsí  $r=0.459$ ,  $p=0.001$ ; pcse  $r=0.364$ ,  $p=0.013$ ; imc  $r=0.329$ ,  $p=0.027$ ; cintura  $r=0.488$ ,  $p=0.001$ ; % de grasa corporal  $r=0.409$ ,  $p=0.005$ ), mientras que el grupo de esteatosis leve tuvo mayor correlación con algunos parámetros antropométricos (pcsí  $r=0.685$ ,  $p=0.001$ ; pcb  $r=0.438$ ,  $p=0.047$ ; % de grasa

corporal  $r=0.756$ ,  $p=0.000$ ) así como con la edad ( $r=0.702$ ,  $p=0.000$ ).  
**Conclusión:** Parece ser que la edad es un factor asociado a los estadios iniciales de la enfermedad, mientras que la composición corporal tiene un papel relevante para estadios avanzados. Se sugiere considerar tanto la edad en el diagnóstico de la enfermedad como la composición corporal en el seguimiento de este tipo de paciente.  
**Patrocinio:** Este trabajo no fue patrocinado.

## ID 621

### Hipertransaminasemia persistente secundaria a miopatía

Ana Ivonne Ballinas-Yáñez, Jorge Antonio Galindo-Martínez. Hospital para el Niño Poblano/Hospital General de Zona No. 20, IMSS. Puebla, Pue. México. ballinasdoc@hotmail.com

**Antecedentes:** La distrofia muscular tipo Becker (DMB) es una enfermedad neuromuscular ligada al cromosoma X, caracterizada por debilidad muscular progresiva con evolución variable, con afección del músculo estriado sobre todo en tronco y extremidades, así como alteraciones cardíacas y hepáticas. La hipertransaminasemia es su forma de presentación, una entidad frecuente en la consulta de pediatría ya sea como causa secundaria a enfermedad hepática y en la mayoría de los casos como hallazgo casual en estudio analítico.

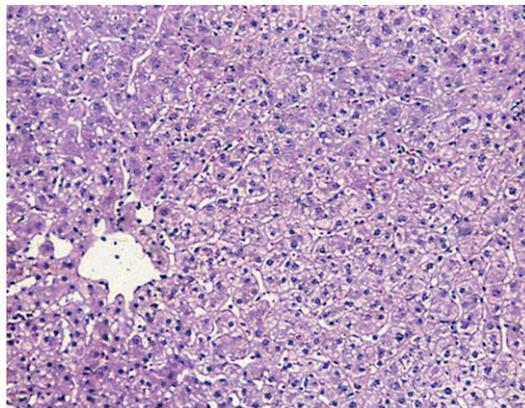
**Objetivo:** Describir los hallazgos clínicos y bioquímicos de un paciente con distrofia muscular tipo Becker que se manifestó con elevación de transaminasas.

**Reporte de caso:** Presentamos el caso de un niño de 5 años de edad que fue remitido por presentar hipertransaminasemia persistente de 1 año de evolución. Se realizó un estudio completo, encontrándose en la exploración física marcha en punta de pies que se había manejado con tratamiento ortopédico (Figura 1A). Los estudios bioquímicos incluyeron: CH, PFH, GGT, CPK, perfil de lípidos, serología de hepatitis A, B y C, CMV, Epstein Barr, alfa 1-antitripsina, gasometría venosa; se demostró: AST 184 UI/L, ALT 132 UI/L, CPK 1.054 UI/L, FA 344 UI/L, DHL 622 UI/L, USG hepático y de vías biliares con reporte normal, así como toma de biopsia hepática por punción guiada por USG que muestra hígado normal sin alteraciones (Figura 1B). Ante hipertransaminasemia prolongada, con biopsia

Figura 1A. (ID 621).



Figura 1B. (ID 621).



hepática normal y aumento de enzimas musculares está indicada la realización de biopsia muscular con diagnóstico de miopatía con distrofinopatía leve, variante fenotípica de enfermedad de Becker. Ecocardiograma normal. En la actualidad el paciente acude periódicamente a consulta y se encuentra estable.

**Discusión:** Las miopatías son entidades que pueden pasar desapercibidas en muchos de los casos. En nuestro paciente el hallazgo fue secundario a una evaluación bioquímica persistente que ameritó su estudio; los controles analíticos demostraron alteración de la CPK, que, aunada a la elevación de transaminasas, hizo posible integrar el diagnóstico final.

**Conclusión:** La elevación sérica de las transaminasas de forma persistente amerita evaluación integral. Es cierto que suele atribuirse a anomalías hepáticas, pero debemos ser cuidadosos en su valoración por la gran diversidad de causas que esto representa.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 622

### Factores pronósticos de mortalidad en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática descompensada

Karla Rocío García-Zermeño, Francisco Álvarez-López, Abraham Guzmán-Lepe, Eliana Carolina Morel-Cerda, José Antonio Mora-Huerta, Edgar Santino García-Jiménez, Laura Ofelia Olivares-Guzmán, Ileana Baltazar-Alba, Diana Karen Tapia-Calderón, José Antonio Velarde-Ruiz Velasco. Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal. México. karla\_rocio15@hotmail.com

**Antecedentes:** La cirrosis hepática (CH) es responsable de más de un millón de muertes cada año en todo el mundo. El riesgo de mortalidad aumenta en pacientes descompensados. Existen factores para predecir la supervivencia en pacientes con cirrosis avanzada; sin embargo, no se ha logrado predecir con precisión. Por lo tanto, a pesar del aumento de la mortalidad, los pacientes presentan diversos factores que podrían ser identificados como predictores de muerte durante su hospitalización.

**Objetivo:** Describir factores pronósticos de mortalidad en pacientes hospitalizados con CH descompensada.

**Material y métodos:** Se realizó estudio transversal y observacional que incluyó a pacientes ingresados al Departamento de Gastroenterología del Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde" de enero a junio de 2016 con diagnóstico de CH descompensada. Los datos fueron extraídos del expediente clínico y procesados con medidas de frecuencia y tendencia central para obtención de porcentajes y promedios en base de datos electrónicos.

**Resultados:** Se analizaron 103 pacientes, con una media de edad de 53.3. La mortalidad fue de 33% (34) y de éstos 82.3% fue Child-Pugh C. Los predictores encontrados asociados con mayor mortalidad fueron: lesión renal aguda (LRA) presente en 79.4% (27) de muertes, intervalo de confianza 95% (IC 95%) 0.6290-0.8995,  $p < 0.005$ ; 58.8% de los pacientes que murieron presentaron encefalopatía hepática (EH) tipo C, IC 95% 0.3944-0.7113,  $p < 0.005$ , con un 57.8% grado III según la clasificación de West-Haven; así como la presencia de proceso infeccioso, con un porcentaje de 55.8% (19), IC 95% 0.3944-0.7113,  $p = 0.013$ .

**Conclusión:** En resumen, los pacientes con CH descompensada presentan mayor riesgo de mortalidad durante su estancia hospitalaria cuando se asocian diversos factores como LRA, EH e infecciones.

**Patrocinio:** Este trabajo no ha sido patrocinado por ninguna industria farmacéutica ni apoyo gubernamental.

## ID 624

### Asociación entre ferritina sérica y mortalidad en pacientes hospitalizados por cirrosis hepática descompensada en el occidente de México

Jorge Casal-Sánchez, Josué Francisco Ramírez-Lugo, Francisco Álvarez-López, José Antonio Velarde-Ruiz Velasco. Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal. México. jorge\_casal@hotmail.com

**Antecedentes:** La ferritina sérica es actualmente conocida como un marcador de necrosis e inflamación hepática. Se ha estudiado como un predictor de mortalidad a 1 año y de sobrevida en pacientes postrasplantados en cirrosis descompensada. En fecha reciente está estudiándose como predictor de mortalidad temprana. La cirrosis hepática es una causa importante de mortalidad en México, por lo cual su estudio es importante debido al impacto socioeconómico que representa en nuestro sistema de salud.

**Objetivo:** Describir la asociación entre los niveles de ferritina sérica y la mortalidad en pacientes hospitalizados por cirrosis descompensada.

**Material y métodos:** El estudio incluyó a 57 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática (CH) descompensada. Se utilizó estadística descriptiva para representar las características demográficas, clínicas y bioquímicas de los pacientes. Como medidas de tendencia central, las variables cualitativas se presentan como número y porcentajes; para variables continuas se estableció la media y desviación estándar. Para la diferencia entre variables continuas se utilizó la prueba t de Student y para las cualitativas la prueba *Ji cuadrada* o exacta de Fisher. Se usó la prueba de correlación de Pearson para establecer las asociaciones.

**Resultados:** El promedio de edad de los pacientes fue de 52 años y más de 75% fueron hombres. Más de la mitad de los pacientes se encontraba en estadio Child-Pugh C de la enfermedad; 30 (52.6%) tenían un puntaje de MELD igual o mayor a 21 y 27 (47.4%) contaban con MELD menor de 21 puntos. La prevalencia de la etiología etilica de la CH llega casi a 74% de los pacientes, en los cuales la media de ingesta de alcohol fue de 176.7 g. Ocho (14%) pacientes que fallecieron durante la hospitalización presentaron estadio C de la clasificación Child-Pugh y solamente dos de ellos tuvieron puntaje de MELD menor de 21. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la mortalidad y los niveles elevados de ferritina en el grupo de pacientes analizados, con valor de rho de Pearson de 0.57 (intervalo de confianza o IC al 95% de 0.36 a 0.72,  $p = 0.001$ ).

**Conclusión:** El incremento de la ferritina sérica se correlaciona con la mortalidad intrahospitalaria de pacientes con CH descompensada, sobre todo con valores por arriba de 400 mcg/L y podría utilizarse como complemento pronóstico.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 625

### Hallazgos en la pH-impedanciometría en niños con síntomas respiratorios y sospecha de reflujo gastroesofágico

Erick Manuel Toro-Monjaraz, Laura Flores-Fong, Roberto Cervantes-Bustamante, Flora Zárate-Mondragón, Ericka Montijo-Barrios, José Cadena-León, Monserrat Cázares-Méndez, Martha López-Ugalde, Jaime Ramírez-Mayans. Unidad de Motilidad Gastrointestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Pediatría. Ciudad de México, México. emtoromonjaraz@hotmail.com

**Antecedentes:** El reflujo gastroesofágico es el paso retrógrado del contenido gástrico hacia el esófago, situación que se convierte en enfermedad cuando hay signos y síntomas así como complicaciones secundarias al mismo. Es una de las causas más frecuentes de consulta en pediatría y gastroenterología; el diagnóstico puede ser sencillo si se presenta con manifestaciones típicas digestivas, pero cuando los síntomas son silentes o extradigestivos, constituye un reto. En pacientes con síntomas respiratorios inexplicados tradicionalmente se ha buscado alguna asociación con reflujo gastroesofágico, sobredigastriéndolo e iniciando tratamientos médicos o quirúrgicos innecesarios. La pH-impedanciometría es un método que permite el diagnóstico de reflujo ácido, débilmente ácido y no ácido mediante un abordaje más preciso y de esta forma se evalúa objetivamente si los síntomas respiratorios son secundarios al reflujo gastroesofágico.

**Objetivo:** Describir los hallazgos encontrados en la pH impedanciometría en niños enviados con síntomas respiratorios y sospecha de reflujo gastroesofágico.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes de 1 mes a 17 años con sospecha clínica de reflujo gastroesofágico y síntomas respiratorios enviados a la consulta externa del Servicio de Gastroenterología y Nutrición de un hospital pediátrico de tercer nivel, entre el 1 de enero de 2013 y el 30 de mayo de 2016. A estos pacientes se les realizó pH-impedanciometría para confirmar la sospecha diagnóstica. Del expediente clínico se obtuvieron los siguientes datos: edad, sexo, síntomas respiratorios (tos crónica, infección de vías aéreas superiores de repetición, neumonías de repetición, eventos que aparentan amenazar la vida, estridor, cianosis), índice de reflujo, reflujo ácido (pH <4), débilmente ácido (pH 4-7) y no ácido (pH >7), y probabilidad de asociación de síntomas; también se registró el diagnóstico final, independientemente de si presentaban reflujo patológico o no. Los hallazgos generados en el estudio fueron registrados en una base de datos creada *ex profeso* para el estudio. Para el análisis estadístico de las variables se utilizó estadística descriptiva, frecuencias para variables categóricas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Para comparar al número de pacientes diagnosticados con reflujo mediante pHmetría vs. impedanciometría se utilizó prueba de *Ji cuadrada*.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 45 pacientes, 24 fueron mujeres (53.3%), con una edad promedio de 39.5 meses, 20 pacientes presentaban tos crónica, 11 infecciones de vías aéreas superiores de repetición, 14 neumonías de repetición, 8 ALTE, 11 sibilancias y 1 cianosis, cabe mencionar que un mismo paciente podría presentar varios síntomas. Los hallazgos de la pH-impedanciometría se resumen en la *Tabla 1*.

Del total de pacientes sólo 24 tuvieron reflujo ácido o débilmente ácido; de éstos, 21 tuvieron reflujo ácido y 3, reflujo débilmente ácido. Al comparar el número de pacientes diagnosticados con RGE por pHmetría vs. impedanciometría se obtuvo una *p* no significativa (0.073).

Se evaluó por síntoma los hallazgos de la pH-impedanciometría de acuerdo con los síntomas. Estos hallazgos se describen en la *Tabla 2*.

**Conclusión:** Si bien los síntomas respiratorios pueden ser secundarios a reflujo gastroesofágico, sólo 53% de nuestra población tuvo

esta asociación. Por otra parte, sólo 3 pacientes fueron diagnosticados con RGE mediante la impedanciometría, lo que refuerza el valor de la pHmetría sola para el diagnóstico de reflujo y sobre todo el costo-beneficio.

*Patrocinio:* Ninguno.

**Tabla 1.** Hallazgos de pH-impedanciometría en los 45 pacientes. Los valores se representan en medias y desviaciones estándar. (ID 625).

Variable	Media	Desviación estándar
Episodios ácidos totales medidos por pHmetría	75.9	99.7
Índice de reflujo	12.7	16.7
Tiempo de aclaramiento total	170.5	179.7
Tiempo de aclaramiento de pie	70.6	89.2
Tiempo de aclaramiento acostado	191.7	246.9
Episodio más largo (minutos)	51.5	88.3
Episodio superior a 5 minutos	5.7	8.2
Reflujo ácido medido por impedanciometría	19.7	29.2
Reflujo débilmente ácido (pH 4-7)	19.3	20.1
Reflujo no ácido (pH >7)	0.78	2.6

## ID 628

### Tumor neuroendocrino primario de hígado. Reporte de caso

Alejandro Arreola-Cruz, Gabriel Jesús Romero-García, Laura Esthela Cisneros-Garza. Hospital de Especialidades Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25, IMSS. Monterrey, N. L. México. arreola.cruz88@gmail.com

*Antecedentes:* Los tumores neuroendocrinos (TNE) tienen una incidencia anual de 2 casos por cada 100,000 entre todos los tumores del tracto gastrointestinal (GI); surgen principalmente en el tejido broncopulmonar o GI. Ambos representan 70% de todos los TNE. Son frecuentes los TNE con metástasis hepáticas aunque el hígado en sí rara vez se describe como el sitio primario, se han reportado menos de 100 casos hasta el momento. Las características clínico-patológicas de los TNE primarios de hígado (TNEPH) revelan que se presentan a una edad relativamente joven, sin un predominio de sexo y asintomáticos. El diagnóstico patológico requiere inmunohistoquímica y se cuenta con diversos enfoques terapéuticos con intención curativa y ablativa.

*Objetivo:* Compartir la experiencia de nuestra unidad en el diagnóstico y manejo de un TNEPH y la discusión de los diferentes enfoques terapéuticos disponibles.

*Reporte de caso:* Se trata de un hombre de 63 años, referido a nuestra unidad por una tumoración hepática. Tabaquismo y alcoholismo activo. Inicia hace 3 años posterior a un hallazgo en USG abdominal con presencia de lesión en hígado de 2.5 × 3.8 cm en lóbulo hepático izquierdo (LHI), sin seguimiento hasta 2016, cuando inicia con dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, opresivo, sin irradiación, con un nuevo USG abdominal con persistencia y aumento de tamaño de lesión. Se realiza una TAC trifásica, con una lesión focal en LHI de 5.6 × 5 cm delimitada, con realce arterial e isodensa en fase tardía, sin fenómeno de lavado. Se toma biopsia guiada con reporte histopatológico de TNE, positivo para sinaptofisina y cromogranina A, negativo para CK. Se realizó gammagrafía corporal sin evidencia de lesiones metastásicas.

*Discusión:* En la mayoría de los casos, los TNE se detectan en el hígado como una enfermedad metastásica; los TNEPH continúan siendo muy raros y la sospecha y el diagnóstico resultan difíciles. Los estudios de gabinete de extensión son cruciales para una evaluación adecuada. No existen criterios diagnósticos o enfoques terapéuticos validados dada la poca experiencia global en casos similares.

*Conclusión:* Los TNEPH son raros, especialmente en personas de edad avanzada. La inmunohistoquímica es clave para el diagnóstico con precisión. La cirugía es la única opción curativa, pero la TACE puede considerarse un enfoque alternativo en caso de TNEPH reseccionables.

*Patrocinio:* Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 630

### El consumo de fructosa y su asociación con el grado de esteatosis hepática en pacientes con enfermedad de hígado graso de origen no alcohólico

Scarlett Dávila-Bonilla, Georgina Gutiérrez-Martínez, Lucero Magnolia Román-Cuevas, Sophia Eugenia Martínez-Vázquez. Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. scarlett.davila.bonilla@hotmail.com

*Antecedentes:* La enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA) conocida también como la manifestación hepática del síndrome metabólico está relacionada con una vida sedentaria e inadecuados hábitos nutricionales. Estudios en humanos muestran que un consumo de fructosa mayor de 25% de la ingestión calórica diaria durante 10 semanas puede aumentar la adiposidad visceral, la resistencia a la insulina, la dislipidemia y el riesgo de desarrollar esteatosis hepática. Estudios recientes describen que un elevado consumo de fructosa, independientemente del origen, es un

**Tabla 2.** Hallazgos de pH-impedanciometría de acuerdo con el síntoma presentado. IVASR=infecciones de vías aéreas de repetición; ALTE: aparent life threatening events. (ID 625).

Variable	Tos crónica (DE)	Neumonías de repetición (DE)	IVASR (DE)	ALTE (DE)
índice de reflujo	8.08 (± 2.2)	9 (3.83)	14.9 (5.7)	14.93 (5.08)
Número de reflujo ácidos	13 (± 2.44)	15 (3.24)	38.6 (12.1)	12.3 (3.78)
Número de reflujo débilmente ácidos	16 (± 3.76)	20.7 (6.2)	25.43 (7.2)	18.6 (6.5)
Número de reflujo no ácidos	1 (± 1.2)	1.82 (1.43)	0.57 (0.5)	0.13 (0.12)
Probabilidad de asociación síntomas (número de pacientes)	8	4	2	0

factor que está relacionado con la EHGNA; sin embargo, la cantidad de fructosa dietética segura para este tipo de pacientes no está establecida.

**Objetivo:** Identificar el porcentaje de consumo de fructosa en la dieta habitual de pacientes con EHGNA según los diferentes grados de esteatosis.

**Material y métodos:** En una cohorte de pacientes con diagnóstico establecido de EHGNA de cualquier fase (n=134) se cuantificó al inicio el consumo habitual de fructosa diaria ingerida de todas las fuentes nutricionales comunes a través de una frecuencia de consumo de alimentos para determinar la cantidad de fructosa ingerida al día por medio del paquete SNUT. También se midió el grado de esteatosis y fibrosis mediante elastografía. Se evaluó la normalidad de los datos y se aplicaron medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas con distribución normal, así como cuartiles para las de distribución libre. Un análisis univariado y bivariado se realizó para determinar el porcentaje de fructosa que se asoció con grados de esteatosis leve y posteriormente, a través de una regresión logística, se evaluó si el síndrome metabólico pudiera interactuar con dicha asociación. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v20.

**Resultados:** Se evaluaron 134 sujetos (52.2% mujeres), con una edad promedio de  $49 \pm 10.5$  años. Las comorbilidades identificadas fueron diabetes mellitus (37.3%), dislipidemia (51.5%) e hipertensión (41.0%). Se encontró que 66.1% de los sujetos presentaba grado de esteatosis leve y 33.9% grado de esteatosis moderado-severo. El consumo de fructosa se dividió en 3 percentiles: p25=11% de fructosa en la dieta, p50=17% de fructosa en la dieta y p75=22% de fructosa en la dieta. Ninguno de los valores en las percentiles se asoció con grados moderados o severos de esteatosis hepática.

**Conclusión:** En este estudio se señala que el consumo de fructosa por debajo de 25% en la dieta habitual, independientemente de su origen, se asocia con grados leves de esteatosis en individuos con EHGNA. Es necesario cuantificar el consumo de fructosa en la dieta con instrumentos válidos. Se sugiere realizar mayor investigación para determinar el porcentaje de consumo de fructosa que se relaciona con estadios más avanzados de esteatosis en estos pacientes. **Patrocinio:** Este trabajo no ha sido patrocinado.

## ID 631

### Índice de neutrófilos/linfocitos como predictor de severidad y de mortalidad en sepsis abdominal

Noé Isaías Gracida-Mancilla, Lina Rodríguez-Barrera, Jorge Luis de León-Rendón, Lizbeth Alarcón-Barnés, Gabriela Elaine Gutiérrez-Uvalle, Sandra Cecilia López-Romero. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Ciudad de México, México. noeigracida@hotmail.com

**Antecedentes:** La sepsis de origen abdominal se asocia con tasas de morbilidad y mortalidad significativas; el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la previsión de la evolución tienen impacto directo sobre el pronóstico. El índice neutrófilo/linfocito (INL), o índice de Zahorec, es un marcador obtenido del cociente entre la relación del conteo de neutrófilos absolutos sobre el de linfocitos absolutos; tomando en cuenta su accesibilidad y bajo costo podría servir para predecir el pronóstico del paciente con sepsis abdominal. **Objetivo:** Evaluar la variación del INL como consecuencia del tratamiento quirúrgico en la severidad y mortalidad de pacientes con sepsis abdominal.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, relacional, transversal y analítico de los pacientes ingresados y operados, con diagnóstico de sepsis abdominal (SA). Se recolectaron

las características clínicas y demográficas de cada paciente, así como la cuenta total de neutrófilos y linfocitos con la finalidad de determinar si hay variación del INL con la cirugía y evaluar si estos cambios se correlacionan con la severidad y mortalidad de los pacientes con SA. La severidad de los pacientes se midió con la escala de APACHE II; se agruparon como leves los que obtuvieran una puntuación de APACHE II  $\leq 14$  y como severos aquellos con una puntuación  $\geq 15$ . Los datos obtenidos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 22.

**Resultados:** En una muestra de 92 pacientes operados por sepsis abdominal, 47% mujeres y 53% hombres, se obtuvo un INL preoperatorio medio de  $19 \pm 16.6$  y a las 24 horas posoperatorias INL de  $16.5 \pm 17$ , con una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.03$ ). Al evaluar el INL con base en la severidad obtenida por la escala de APACHE II, se obtuvo que para los casos leves en el preoperatorio la media del INL fue de  $14.3 \pm 10.2$ , mientras que para los casos severos la media del INL fue de  $29.1 \pm 22.6$  ( $p=0.002$ ). En el posoperatorio se obtuvo un INL medio de  $12.9 \pm 9.5$  para los casos leves y  $24.4 \pm 25.4$  para los severos ( $p=0.025$ ). Con un punto de corte del INL en 17, se observó que de los casos con INL  $\geq 17$  falleció 17.1%, mientras que de aquellos con INL  $\leq 17$ , falleció 9.8% ( $p=0.036$ ).

**Conclusión:** El INL se modifica y disminuye en el posoperatorio, y tanto en el pre como en el posoperatorio se relaciona con el nivel de severidad del paciente, medida por APACHE y con base en la mortalidad.

**Patrocinio:** Sin patrocinio.

## ID 633

### Detección oportuna de lesiones preneoplásicas de colon. Variaciones en 15 años

Mario Arturo Ballesteros-Amozurrutia, Rodrigo Soto-Solís, Irma Tezilli Barrón-Villanueva, Norma González-Urbe, Karina Santana-de Anda, Ricardo Palma, Paula Weinberger, David Barney. Hospital Ángeles Pedregal. Ciudad de México. México. maballamo@yahoo.com, rodrigosotomd@icloud.com

**Antecedentes:** La detección de lesiones neoplásicas de colon [adenomas/lesiones aserradas (PNC)] ha mejorado con la endoscopia de alta resolución. Más allá de ello, ha mejorado el reconocimiento médico de lesiones planas y aserradas (SSAP) en Europa y Estados Unidos con una mejor técnica de colonoscopia, lo que incluye una mejor preparación, un mayor tiempo de exploración, la retroflexión en el colon ascendente, la evaluación sistemática del íleon como marcaje de colonoscopia completa, así como la capacitación y evaluación continua de los endoscopistas. Por ello, hoy debe procurarse una mejor y más amplia detección de PNC, y su resección completa para prevenir el desarrollo del cáncer colorrectal.

**Objetivo:** Evaluar la tasa de detección de PNC, adenomas (ADR) y SSAP en el curso de 15 años en colonoscopia inicial de escrutinio analizando cuatro bienios durante los cuales un mismo gastroenterólogo con 30 años de experiencia ha incorporado tecnología de alta resolución e implementado las técnicas universales de calidad en colonoscopia.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y comparativo de la detección general de PNC, y de ADR/SSAP durante los bienios: A) 2000-2002, cuando se empleaba un colonoscopio Olympus GIF 100; B) julio 200-junio 2009, cuando se utilizó un colonoscopio Olympus CF 180, C) julio 2012-junio 2014, cuando se implementó la preparación de limpieza colónica fragmentada y una técnica pormenorizada de la colonoscopia como se señala arriba, y D) julio 2014-junio 2016. Análisis estadístico por t de Student y Ji cuadrada.

**Resultados:** Se documentó un aumento significativo del número de colonoscopias de escrutinio: A) 212, B) 282, C) 371 y D) 378. La

edad promedio de los pacientes fue semejante: A) 60.2, B) 64.7 y C) 60.9 y D) 60.3 años ( $p=0.36$ ). La tasa de detección de PNC aumento de A) 13.2 a B) 23.7, C) 26.6 y D) 19.8% respectivamente ( $p<0.01$ ). Más importante aún, el ADR aumento de A) 8.6 a B) 20.1, C) 23.7% y D) 31.4% ( $p<0.0001$ ). La detección de SSAP aumento de 0 en A y B a 2 en C y 6 en D. La ADR concuerda con la del 24% de Hospital (12-30%).

**Conclusión:** La detección de pólipos neoplásicos del colon (PNC) en pacientes mexicanos puede aumentar al triple (9 a 31%) con endoscopios de alta definición; sin embargo, se requiere también una capacitación adecuada que conlleva al aumento en la detección de lesiones planas y aserradas (SSAP), tal como ha sucedido en Estados Unidos y Europa durante este periodo de tiempo.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 634

### Endometriosis Intestinal: Una presentación inusual de abdomen agudo en mujeres

Mario César Peralta-Mateo, Jesús Gerardo López-Gómez, Tomás Cortés-Espinosa, Moisés Salamanca-García, Lourdes Guadalupe Pedroza-Terán, Eduardo Ramos-Raudry, Fanny Flores-Rentería, Hugo Javier Albores-Velázquez. CMN 20 de Noviembre, ISSSTE. Ciudad de México. México. m\_cesar\_p@hotmail.com

**Antecedentes:** De 8 a 12% de pacientes con endometriosis presenta afección intestinal y 48% coincide con endometriosis de ovario. El tracto gastrointestinal es el sitio de afección extrapélvica más común, puede cursar asintomática o manifestarse con dolor abdominal, distensión, diarrea, constipación, hematoquecia y/o perforación; los implantes ectópicos suelen encontrarse a nivel rectovaginal (13-53%), sigmoides (18-47%), íleon (2-5%) y apéndice (3-18%), y generalmente son un hallazgo quirúrgico.

**Objetivo:** Reportar un caso y revisión del tema de una patología con baja prevalencia, y reconocer esa entidad y sus complicaciones como una posibilidad diagnóstica al enfrentarnos con casos similares.

**Reporte de caso:** Femenino de 42 años con antecedentes de endometriosis a los 12 años, ciclo menstrual 15x8, dismenorrea 10/10, nulípara, PAP 1 año normal, FUM 41 años. Hipotiroidismo, diarrea de 6 meses de evolución sin mejoría al tratamiento. Hace 2 años intervención quirúrgica por piosalpinx derecha y fibroma en útero. Hace 1 año histerectomía total por miomatosis uterina y quiste de ovario hemorrágico. Ingresa a urgencias con diagnóstico de probable enfermedad inflamatoria intestinal, con cuadro de dolor abdominal tipo cólico, de 24 horas de evolución, intensidad 10/10, localizado en meso-hipogastrio, evacuaciones Bristol 5-6, sin moco ni sangre; niega esteatorrea, lentería o pérdida de peso. A la exploración física con datos de irritación peritoneal, por lo que se realizó laparotomía exploratoria, encontrando perforación en íleon y recto. Laboratorios: leucos 15.64, Hb 14.9, Hto 43%, plaq 325, VSG 30, PCR 18; resto dentro de parámetro normales. Reporte histopatológico: recto con tejido endometrial en pared muscular externa que condiciona serositis fibrosa y cambios isquémicos secundarios con erosión focal de mucosa, obliteración secundaria de la luz. Íleon con serositis fibrino-purulenta y cambios isquémicos secundarios, edema submucoso y obliteración secundaria de la luz.

**Discusión:** Paciente con antecedentes de múltiples intervenciones quirúrgicas y endometriosis de ovario, la cual se presenta con cuadro de diarrea crónica y abdomen agudo complicado con perforación intestinal; se diagnostica endometriosis de íleon y recto por histopatología, con remisión de sintomatología posterior a manejo quirúrgico. Esta entidad afecta la serosa y subserosa, pero puede involucrar la muscular propia, mucosa o submucosa y producir sintomatología

variable. La tasa de remisión de síntomas en pacientes con endometriosis intestinal es mayor de 85% posterior a cirugía, con recurrencia de 50% a 2 años, más común en mujeres jóvenes <31 años, IMC >23 y biopsias con márgenes positivos.

**Conclusión:** La endometriosis intestinal es un reto diagnóstico para el gastroenterólogo clínico, ya que puede cursar asintomática o con manifestaciones inespecíficas y degenerar en complicaciones en algunos casos, por lo que es de vital importancia sospechar la entidad en mujeres con dolor abdominal crónico recurrente. El ultrasonido endoscópico identifica lesiones rectales hipocoicas o heterogéneas, "quistes de chocolate", con sensibilidad y especificidad de 97-100%. Las biopsias son indispensables para el diagnóstico definitivo; se observan glándulas y tejido endometrial en el intestino. El manejo quirúrgico conservador es el tratamiento de elección en estos casos.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio

## ID 638

### Causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta en el Servicio de Gastroendoscopia del Hospital General de México

César Fernando Tróchez-Mejía, Yuridia Macías-Ángeles, Alejandro Bonilla-Ramos, Mónica Rocío Zavala-Solares, Viridiana López-Ladrón de Guevara, María de Fátima Higuera-de la Tijera. Hospital General de México. Ciudad de México. México. trochez48@hotmail.com

**Antecedentes:** Los reportes de frecuencia de las causas específicas de hemorragia digestiva (HDA) alta varían con el tiempo. En México hay pocos estudios epidemiológicos de las causas de hemorragia de tubo digestivo alto; consideramos que existe una estadística importante en el Hospital General de México ya que es un centro de referencia.

**Objetivo:** Determinar las causas más frecuentes que condicionan hemorragia digestiva alta en el Servicio de Gastroendoscopia del Hospital General de México.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de las endoscopias realizadas de enero de a julio de 2016 en el Servicio de Gastroendoscopia por motivo de hemorragia digestiva alta. Se determinó la frecuencia estadística descriptiva utilizando el paquete estadístico Stata versión 11. Se realizó prueba U de Mann-Whitney para comparación de la edad de los pacientes durante el evento hemorrágico de acuerdo con el género, encontrando diferencias entre los grupos, con una  $p<0.05$ .

**Resultados:** Se realizaron 2,662 endoscopias en este periodo, de las cuales 800 (30%) fueron indicadas por HDA. La edad media fue de 55.8 años (13-96), 401 (50.13%) eran mujeres. Los diagnósticos endoscópicos encontrados fueron, por orden de frecuencia: hemorragia variceal esofagagástrica 213 (26.63%), úlcera gástrica 117 (14.63%), gastritis erosiva 107 (13.38%), úlcera duodenal 89 (11.13%), no lesión identificable 82 (10.25%), lesión tumoral 75 (9.38%), esofagitis erosiva 30 (3.75%), angiodisplasia 16 (2%), duodenitis erosiva (1.75%), ectasia vascular antral gástrica 13 (1.63%), gastropatía hipertensiva portal 12 (1.5%), Mallory-Weiss 9 (1.13%), lesión de Dieulafoy 9 (1.13%), varices ectópicas 8 (1%), lesión de Cameron 5 (0.63%) y úlcera posligadura 1 (0.13%).

**Conclusión:** La hemorragia digestiva alta es un problema común cuya gravedad varía desde cuadros agudos que ponen en peligro la vida del paciente hasta la pérdida crónica de escasa cantidad de sangre. Se observa que en el Hospital General de México la principal causa es hipertensión portal en sus diferentes presentaciones, varices esofágicas, gástricas, a diferencia de otras estadísticas internacionales en las que sigue siendo úlceras pépticas.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 639

## Una extraña presentación del virus de hepatitis A: Encefalomielitis diseminada aguda

Jorge Casal-Sánchez, José Antonio Velarde-Ruiz Velasco, Francisco Álvarez-López, Alma E. de la Mora-González. Servicio de Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal. México. jorge\_casal@hotmail.com

**Antecedentes:** Las manifestaciones extrahepáticas de la infección de hepatitis A son poco comunes. El *rash* y las artralgias son las más frecuentes y raramente se observan otras como glomerulonefritis, artritis, crioglobulinemia, miocarditis; la encefalomielitis diseminada aguda (EMDA) es menos común. En la EMDA se muestra el antecedente en 70% de una infección previa. Entre los agentes más comunes que producen esta patología son: citomegalovirus, Epstein-Barr, varicela, rubéola, herpes simple y raramente se asocia con hepatitis A.

**Objetivo:** Reportar la asociación extremadamente rara del virus de hepatitis A y EMDA (actualmente solo dos en diferentes bases de datos), teniendo en cuenta tres puntos importantes: el patógeno desencadenante, la edad de nuestro paciente y la evolución favorable que tuvo.

**Reporte de caso:** Estudiante de medicina de 23 años que acude a Urgencias del Hospital Civil de Guadalajara por retención urinaria y paraplejía. A la exploración física se detecta nivel sensitivo en T8 (supraumbilical), disminución de reflejos osteotendinosos en extremidades inferiores +/-, con el antecedente de presentar fiebre de 2 semanas de evolución de forma intermitente, a lo que se aúna astenia, anorexia, coluria e ictericia. Por este motivo se solicitan estudios de laboratorio que evidencian transaminasas elevadas, ALT 467, AST 266, GGT 434, BT 3.9 y linfopenia; posteriormente muestra estudios de serologías IgM positivo para hepatitis A, resto de serologías para hepatitis B, C, CMV y VIH negativas, además de reacciones febriles negativas. Se realiza resonancia magnética de cráneo y médula espinal mostrando lesiones desmielinizantes en zona occipital, puente y lesión longitudinal de C6-C2; después se efectúa punción lumbar, la cual descarta proceso infeccioso, serologías para Epstein-Barr, anticuerpos antinucleares negativos, anti SSA-Ro y anti SSB-La negativos, complemento C3, C4, IgG anti-aquaporina 4 negativos. Se establece el diagnóstico de EMDA y se decide instituir terapéutica a base de dosis altas de metilprednisolona intravenosa (1000 mg) en intervalos de 24 horas en tres ocasiones. La clínica mejora de forma aguda y posteriormente la sintomatología remite por completo.

**Discusión:** El 80% de los casos de EMDA se presenta en niños menores de 10 años y raramente en adultos, como en nuestro caso. Por otra parte, se han descrito múltiples virus que ocasionan esta patología y muy pocas veces el virus de la hepatitis A, por lo cual no debemos descartar el solicitar el estudio serológico bajo la sospecha de esta enfermedad.

**Conclusión:** Debido a que las manifestaciones extrahepáticas son poco comunes a excepción de artralgias y rash, al tener una patología como la mielitis transversa o EMDA no se debe descartar la posibilidad de que esté implicado este patógeno.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 642

## Colitis ulcerativa corticorresistente en adolescente con lupus eritematoso sistémico. Reporte de caso

Miriam Sosa-Arce, Adriana Ivonne Céspedes-Cruz, Marcela Cervantes-Garduño, Marino Téllez-Salmerón, José Antonio Chávez-Barrera,

Maritza Zeferino-Cruz, Alfonso Ragnar Torres-Jiménez, María Guadalupe Rodríguez-Maldonado, Maura Torres-Aguilera. Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS. Ciudad de México. México. gpmaura@gmail.com

**Antecedentes:** Casi siempre los síntomas gastrointestinales en sujetos con lupus se deben a afecciones propias de la enfermedad. La mayoría de los casos reportados involucra un diagnóstico de colitis ulcerativa inicial y un lupus eritematoso secundario a fármacos empleados en estos pacientes, con 0.4% de prevalencia de esta asociación, hay pocos casos de colitis ulcerativa en sujetos con diagnóstico previo de lupus eritematoso sistémico.

**Objetivo:** En nuestra unidad se diagnostican en promedio 15 casos nuevos de lupus eritematoso sistémico en población pediátrica cada año. Se reporta el primer caso de colitis ulcerativa en un paciente con lupus eritematoso sistémico registrado en la unidad.

**Reporte de caso:** Femenino de 16 años de edad. Antecedentes de importancia: a los 13 años apendicitis complicada, 1 mes después laparotomía exploradora por oclusión intestinal por bridas en herida quirúrgica y otra a 40 cm de la válvula ileocecal. A los 14 años presenta edema, baja ponderal de 20 kilos, albuminuria y enteropatía perdedora de proteínas con reporte de biopsia renal, de nefropatía lúpica clase II de la OMS, afección serológica y gastrointestinal. Tratado con ciclofosfamida, micofenolato y prednisona. A los 15 años 8 meses abandona el tratamiento por 2 meses e inicia con lesiones dérmicas sugestivas de lupus activo, derrame pericárdico y derrame pleural, además de evacuaciones disminuidas de consistencia, melena al cursar con sepsis; ante datos de lupus con actividad serológica, renal, serosa, se trata con pulsos de metilprednisolona y la actividad de lupus eritematoso remite, con persistencia de dolor abdominal y hematoquecia con choque secundario. Panendoscopia con gastropatía erosiva y colopatía ulcerativa. Por histopatología se diagnosticó colitis ulcerativa severa, se clasificó como corticorresistente y se inició tratamiento con infliximab, con remisión progresiva del sangrado. Actualmente en tratamiento con prednisona, azatioprina y mesalazina. Buena evolución de ambas patologías.

**Discusión:** La incidencia de colitis ulcerativa en pacientes con lupus eritematoso sistémico es baja; se ha descrito una adecuada evolución de los pacientes para controlar ambos padecimientos con esteroides. En este caso, el infliximab tuvo una eficacia adecuada y no representó un factor de riesgo para el descontrol del lupus eritematoso.

**Conclusión:** El lupus eritematoso sistémico y la colitis ulcerativa comparten mecanismos autoinmunes. La combinación de estas enfermedades puede ser un reto diagnóstico por la superposición de síntomas y complicaciones asociadas en ambas patologías.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## ID 645

## Características clínicas de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico diagnosticados mediante pHmetría y prevalencia de reflujo no ácido detectado mediante impedancia en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Daniel Agraz-Ortiz, Karla Miranda-Barbachano, Judith Flores-Calderón. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Ciudad de México, México. daoagraz@gmail.com

**Antecedentes:** El reflujo gastroesofágico (RGE) es el paso de contenido gástrico al esófago sin importar su etiología. Puede ser separado en dos categorías: reflujo fisiológico y reflujo patológico. La pHmetría se considera el estándar de oro en las pruebas diagnósticas,

aunque mediante ésta se registran sólo eventos de reflujo ácido y queda excluida la detección de reflujo no ácido. El rendimiento diagnóstico mejora al combinar la pHmetría con la impedancia intraluminal multicanal. Por lo anterior, se planteó este estudio en pacientes con reflujo gastroesofágico con mala respuesta al tratamiento, síntomas atípicos y persistencia de la sintomatología a pesar del tratamiento quirúrgico.

**Objetivo:** Describir las características clínicas de los pacientes con persistencia de reflujo a pesar de suministrar un tratamiento médico adecuado y determinar la prevalencia de reflujo no ácido en este grupo de pacientes.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal y observacional en el que se describieron los resultados de pHmetría y impedanciometría, además de los hallazgos clínicos de pacientes con persistencia de reflujo gastroesofágico después de haber descartado alteraciones anatómicas en el periodo comprendido de junio de 2015 a junio de 2016. A todos los pacientes se realizó la medición de pH intraesofágico durante 24 horas y se determinó con la escala de Demister la presencia de reflujo no ácido.

**Resultados:** Se incluyeron 32 pacientes, de los cuales 21 (65.6%) fueron masculinos y 11 (34.3%) femeninos, con una media de edad de  $7 \pm 2.3$  años. Se documentó reflujo no ácido en 13 pacientes (40.6%), reflujo ácido patológico en 10 (31.2%), negativo en 8 (25%) y no concluyente en 1 (3.1%). La sintomatología predominante fue pirosis, dolor epigástrico y sintomatología respiratoria (broncoespasmo e infecciones recurrentes). Dieciséis pacientes (50%) tenían algún grado de desnutrición. La mayoría de los pacientes (23, esto es, 71%) recibió tratamiento médico a base de inhibidor de bomba de protones y procinético.

**Conclusión:** Fue posible asociar la sintomatología de los pacientes con reflujo gastroesofágico ácido o no ácido y se encontró alta prevalencia de reflujo no ácido en pacientes con sintomatología persistente, lo que permitirá determinar si ameritan la suspensión de tratamiento médico, así como enviar oportunamente la cirugía a otros que no la requieran.

**Patrocinio:** Este trabajo no tiene conflicto de intereses y no recibió ningún tipo de patrocinio.

## ID 647

### Enteropatía hemorrágica posradiación. Un caso poco común

Marisol Gálvez-Martínez, Mario Zárate-Guzmán, Rosario Valdés-Lías, María de Fátima Higuera-de la Tijera. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Ciudad de México, México. marygama84@hotmail.com

**Antecedentes:** La terapia con radiación ionizante es un tratamiento común para diferentes tipos de cáncer. Algunas complicaciones potencialmente serias son inevitables, las gastrointestinales son las más comunes y tienen un impacto importante en la calidad de vida.

**Objetivo:** Describir el caso de un paciente con sangrado de tubo digestivo secundario a lesiones posradiación localizadas en el intestino medio.

**Reporte de caso:** Femenino de 69 años de edad con antecedente de tabaquismo por 7 años, además de hipertensión y diabetes con 15 años de diagnóstico. Antecedente quirúrgico de resección anterior baja secundaria a un adenocarcinoma moderadamente diferenciado en recto sigmoides con invasión a peritoneo visceral. Recibe 5 ciclos de quimioterapia con esquema XELOX (capecitabina y oxaliplatino) y 28 sesiones de radioterapia con 50.4 Gy en 28 fracciones, técnica 2D. Dos meses después ingresa por evacuaciones melénicas de 3 días de evolución, HB 4.4, HTO 16. Se inicia abordaje por sangrado de tubo digestivo alto con endoscopia que reporta gastropatía crónica de antro, colonoscopia sin evidencia de actividad

tumoral ni sitio de sangrado, así como enteroscopia a 25 cm de yeyuno con puntillero hemorrágico extenso, confluyente, el cual tiende a hacerse circunferencial con mucosa friable que abarca la totalidad del intestino delgado. Las biopsias reportan proliferación de la íntima, infiltrado inflamatorio mixto y criptitis. La paciente se sometió a sesiones de cámara hiperbárica, con lo que se controló parcialmente el sangrado.

**Discusión:** Las lesiones por radiación se observan después de recibir radioterapia pélvica; ésta causa inicialmente cambios en la mucosa caracterizados por inflamación y muerte celular, que conduce a isquemia progresiva y fibrosis. Factores como la técnica de radiación, dosis total, antecedente de cirugías previas, quimioterapia simultánea o la presencia de comorbilidades incrementan la sensibilidad del tejido al daño por radioterapia. La presencia de dichas lesiones en sitios distales a la localización primaria del tumor, lugar donde se enfoca la radiación, es un hallazgo poco común. De ahí la importancia de reportar este caso.

**Conclusión:** Las lesiones por radiación tienen una importante repercusión clínica y afectan mucho la calidad de vida del paciente. Los síntomas se pueden presentar de forma aguda o después de un largo periodo de tiempo. Actualmente, el diagnóstico y tratamiento oportuno de las lesiones por radiación es un reto para el médico ya que aún se desconoce su fisiopatología exacta; de ahí que un tratamiento estandarizado puede incluir terapia médica, uso de argón plasma o cámara hiperbárica.

**Patrocinio:** Este trabajo no contó con ningún tipo de financiamiento.

## ID 648

### Experiencia en el tratamiento endoscópico de 52 pacientes con terapia argón plasma

Orestes de Jesús Cobos-Quevedo, Shareni Gálvez-Ríos, Martha Gabriela Rojas-Loureiro, Fausto Daniel García-García, Enrique Pérez-Luna, Xaira Jimena Rivera-Gutiérrez, Yolopsi de Jesús Sánchez-Maza, Job Reyes-Huerta, José María Remes-Troche, Arturo Meixueiro-Daza. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver. México. iimbgiastro@gmail.com

**Antecedentes:** La coagulación con argón plasma es un método terapéutico que se conoce desde hace algunas décadas gracias al desarrollo de un electrodo específico diseñado para ingresar a través del canal de trabajo del endoscopio; éste produce una quemadura térmica superficial de 2 a 3 mm de profundidad de acuerdo con la energía de salida, el flujo y el tiempo aplicados. Ha sido muy útil en el tratamiento de lesiones vasculares y una de sus principales aplicaciones, que no la única, es la proctitis posradiación.

**Objetivo:** Presentar la experiencia acumulada en el tratamiento de 52 pacientes mediante la terapia de coagulación con argón plasma, así como describir las características generales de los pacientes y el curso evolutivo de la patología de base.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal, descriptivo y retrospectivo en el periodo comprendido entre octubre de 2010 y mayo de 2016, donde se evaluó a un grupo de 52 pacientes referidos al Departamento de Endoscopia del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Previa firma de consentimiento informado, bajo sedación endovenosa y monitorización, un gastroenterólogo endoscopista realizó la valoración de los pacientes con equipo Olympus CV-160 de forma basal. Luego de identificar lesiones susceptibles de ser tratadas con terapia argón plasma, se procedió a utilizar una unidad electro-quirúrgica SS-200E con coagulador por plasma de argón marca WEM; al término del procedimiento se individualizaron las indicaciones y citas subsecuentes. Las variables de edad, sexo, IMC, indicación de estudio, hallazgos, número de sesiones, energía de salida y flujo empleado se incluyeron en una base de datos.

Tabla 1. (ID 648).

	TOTAL	Pacientes de alta	Pacientes con abandono al tratamiento	Pacientes que continúan en seguimiento
n=	52	24	16	11
Porcentaje	100	46.1	30.7	21.1
Número de sesiones (X)	2.9	4.2	1.6	1.7
DS	(1.75)	(1.53)	(0.71)	(0.78)
Rango de sesiones	1-7	2-7	1-3	1-3
Promedio de watts	28.8	28.1	32.1	25.9
Promedio de L	2	2	2	2

El análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central y estadística descriptiva.

**Resultados:** De un total de 52 pacientes (media de edad: 63.07 años, con un rango de 45 a 87 años y DS de 9.82), 92.3% fueron del sexo femenino (48 pacientes). Se reportó IMC promedio de 24.7 kg/m<sup>2</sup> con un rango de 17 a 36 kg/m<sup>2</sup> y DS de 4.2. La indicación más frecuente fue proctitis posradiación en 51 casos y síndrome de Osler-Weber en 1 caso. Se clasificaron en 3 grupos, 24 se consideraron dados de alta con base en criterios como ausencia de lesiones sangrantes, presencia de úlceras cubiertas de fibrina y mejoría clínica (48.08%). El promedio de sesiones fue de 4.2 con rango de 2 a 7. El promedio de watts utilizados fue de 28.1. Se consideró que 16 (30.7%) pacientes abandonaron, debido a que no continuaron el seguimiento. El promedio de sesiones fue de 1.6 con rango de 1 a 3. El promedio de watts usados fue de 32.1. Continúan en tratamiento 11 (21.1%) pacientes. El promedio de sesiones fue de 1.7 con rango de 1 a 3. El promedio de watts empleados fue de 25.9. En todos los grupos se utilizó un promedio de flujo de 2 L como se muestra en la **Tabla 1**. Uno de los pacientes presentó falla al tratamiento y se sugirió desfuncionalización, por lo cual se excluyó del total.

**Conclusión:** La terapia de coagulación con argón plasma es efectiva para el tratamiento de lesiones vasculares, principalmente en el caso de proctitis posradiación; la media de sesiones requeridas para considerar el tratamiento satisfactorio fue de 4.2 con una media de energía de salida de 28.1 watts y media de flujo de 2 L; no se reportaron complicaciones con este procedimiento y la falla al tratamiento es mínima de acuerdo con la experiencia del presente estudio.

**Patrocinio:** Este trabajo no requirió de ningún tipo de financiamiento.

## ID 649

### Trastornos funcionales digestivos. Del conocimiento de la enfermedad, ¿qué tan cerca estamos?

Gildardo Alfonso Hernández-Ramírez, Marco Guillermo Aja-Cadena, Xaira Jimena Rivera-Gutiérrez, Paulo César Gómez-Castaños, Mercedes Amieva-Balmori, Federico Roesch-Dietlen, José María Remes-Troche. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver. México. jose.remes.troche@gmail.com

**Antecedentes:** Los trastornos digestivos funcionales (TDF) se encuentran entre las principales causas de consulta médica, y la dispepsia funcional, el ERGE y el SII son los más representativos de este grupo. Aunque los criterios de diagnóstico se encuentran definidos por consenso, el conocimiento del público general respecto de los trastornos no ha sido estudiado.

**Objetivo:** Comparar el nivel de conocimiento en la población abierta con la adecuada asociación de los principales síntomas gastrointestinales con dispepsia funcional, ERGE y SII.

**Material y métodos:** De forma prolectiva, transversal y analítica se evaluó a población abierta. Se aplicó (de forma anónima, aleatorizada y sesgada) un cuestionario de 34 preguntas mediante el cual se valoraron tanto datos socioculturales (nivel socioeconómico, grado escolar, tiempo empleado para ver televisión) como el conocimiento de ERGE, dispepsia funcional y SII, y síntomas asociados. Cuando se requirió, se realizó una estadística descriptiva y comparativa con prueba de U Mann-Whitney. Se utilizó SPSS v22 para Mac. **Resultados:** De un total de 540 encuestas se obtuvieron 516 (tasa de respuesta 95%), 308 de mujeres (59.7%) y 208 de hombres (39.9%), con una edad promedio 34.15 ± 14.18 (18-83 años). Al comparar el conocimiento de los síntomas de cada TDF con los datos socioculturales resultó que de la población encuestada con base en la sintomatología, 461 (89%) identificaron correctamente ERGE, 347 (67%) dispepsia y 398 (77%) SII. Sólo se encontró significancia estadística al comparar el grado escolar con dispepsia (U=0.017) y SII (U=0.049). Asimismo se comparó el adecuado conocimiento de los TDF con la opinión sobre tipos de alimentos y condiciones asociadas con síntomas, si padecer un TDF es motivo de consulta médica y si han practicado la automedicación. Los resultados se observan en la **Tabla 1**.

**Conclusión:** A pesar de ser entidades comunes y que más de la mitad de la población encuestada identifica cuáles son sus síntomas principales, es muy poca la proporción que reconoce la causa de sus síntomas, sin importar el nivel sociocultural. El nivel de automedicación fue más bajo de lo que se esperaba; sin embargo, es importante destacar el desconocimiento del tratamiento adecuado.

**Patrocinio:** El presente trabajo no tuvo ningún tipo de financiamiento.

## ID 650

### Impacto en la calidad de vida en pacientes en lista de espera (LE) de trasplante hepático ortotópico (THO) después de una intervención nutricional

Josué Homero Chávez-Velázquez, Elisa Gómez-Reyes, Sara Sixtos-Alonso, Joel Alfredo Torres-Vanegas, Mario Vilatobá-Chapa, Paulino Leal-Villalpando, Alan Gabriel Contreras-Saldívar, Graciela Elia Castro-Narro. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México, México. Injhcv@hotmail.com

**Antecedentes:** Las enfermedades hepáticas crónicas tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Los síntomas son fatiga, dolor muscular y articular, pérdida de apetito, trastornos digestivos, ansiedad, depresión y otras alteraciones emocionales que influyen en su calidad de vida.

Tabla 1. (ID 649).

	ERGE	Dispepsia	SII
Condición predisponente asociada	Horas inadecuadas de alimentación: 149 (32%)	Horas inadecuadas de alimentación: 86 (25%)	Estrés: 192 (48%)
Alimentos asociados	Picante: 310 (67%) Grasas: 294 (64%) Condimentos: 226 (49%)	Picante: 302 (87%) Café: 240 (70%)* Grasas: 220 (63%)	Picante: 256 (64%)* Grasas: 246 (62%) Condimentos: 191 (48%)
Acudieron al médico	Sí: 122 (27%) No lo padeció: 28 (6%)	Sí: 122 (35%) No lo padeció: 26 (7%)	Sí: 127 (32%) No lo padeció: 20 (5%)
Automedicación y medicamento más utilizado	Sí: 200 (43%) Omeprazol: 134 (61%)	Sí: 158(46%) Omeprazol: 172 (73%)	Sí: 106 (27%) Omeprazol: 72 (53%)
Considera que es un padecimiento grave	Sí: 206 (45%)	Sí: 229 (70%)	Sí: 207 (52%)*

\*p&lt;0.05

**Objetivo:** Evaluar el impacto en la calidad de vida en pacientes con cirrosis hepática (CH) en LE de THO después de una intervención.

**Material y métodos:** Pacientes en LE, quienes fueron valorados en una consulta nutricional, se asignaron en dos grupos. El primero recibió un plan de alimentación estandarizado y suplemento a base de BCAA (500 kcal, 18.6 g/Ps, 71 g/Hc). El segundo se sometió a un plan de alimentación estandarizado y una mezcla polimérica estándar casera (480 kcal, 19 g/Ps, 63 g/Hc). Los criterios de inclusión fueron: ángulo de fase <5.4° mediante impedancia bioeléctrica, dinamometría de mano no dominante <30 kg/F hombres, <20 kg/F mujeres. La calidad de vida se analizó mediante el cuestionario SF36v.2. Se hicieron mediciones y se aplicó el cuestionario tanto al inicio como 60 días después de la suplementación. La descripción y comparación entre los grupos se realizó con base en el paquete estadístico con SPSS v.20 con una p<0.05

**Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes; de éstos, 18 pacientes se integraron en el grupo de BCAA y 17 en el grupo control. Las etiologías más frecuentes fueron CBP: 8 (22.9%) y VHC: 7 (20%). La edad media fue 50 años (23-67) con preeminencia femenina: 19 (54%). En la **Tabla 1** se muestran los resultados de calidad de vida y antropometría.

**Conclusión:** La calidad de vida aumentó de manera favorable en ambos grupos después de las intervenciones, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas.

**Patrocinio:** Industria farmacéutica.

## ID 652

### Causa de encefalopatía como predictor de requerimiento de medidas antiamonio

José Luis Pérez-Hernández, César Fernando Tróchez-Mejía, Jorge Alberto Meléndez-Andrade, Eduardo Alzua-Pichardo, María de Fátima Higuera-de la Tijera. Hospital General de México. Ciudad de México, México. josluiperez@hotmail.com

**Antecedentes:** La encefalopatía hepática (EH) es una complicación que se presenta en los cirróticos. Sus factores desencadenantes son, entre otros, infecciones, estreñimiento, hemorragias y transgresión dietética. El tratamiento es con diferentes medidas antiamonio: antibióticos (rifaximina), laxantes osmóticos, L-ornitín L-aspartato, etc. No existe hasta ahora un estudio que evalúe el número de medidas antiamonio necesarias para tratar la encefalopatía hepática que considere el factor desencadenante.

**Objetivo:** Evaluar el número de medidas antiamonio necesarias para tratar la encefalopatía hepática de acuerdo con la causa desencadenante.

**Material y métodos:** Es un estudio retrospectivo, retrolectivo, analítico, observacional. Se revisaron expedientes de cirróticos que ingresaron con diagnóstico de encefalopatía hepática clínica con base en las variables siguientes: edad, género, Child-Pugh, grado de encefalopatía al ingreso, factor desencadenante, número de medidas antiamonio (1. LOLA, 2. Lactulosa, 3. Rifaximina, 4. Lactosa), grado de encefalopatía al egreso y días de hospitalización.

**Resultados:** Se revisaron 25 expedientes, 15 de hombres y 10 de mujeres; edad:  $58 \pm 9.2$ , 12 por alcohol, 4 NASH, 1 VHC, 1 HAI, 7 idiopáticas. Child-Pugh B: 11, C: 14. Causas desencadenantes: estreñimiento: 4, hemorragia tubo digestivo: 11, Infección: 10. Días de hospitalización:  $5 \pm 3.7$ , rango 2 a 20. Se realizó correlación bivariada de Pearson, la cual mostró una  $p=0.696$  para factor desencadenante y requerimiento de medicamentos, y para hospitalización,  $p=0.510$  (no significativas).

Tabla 1. Resultados de calidad de vida y antropometría. (ID 650).

	Medición basal 0 días	Medición final 60 días	p		
	Grupo 1 (fórmula a base de BCAA) n=18	Grupo 2 (fórmula polimérica casera) n=17	Grupo 1 (fórmula BCAA) n=18	Grupo 2 (fórmula polimérica casera) n=17	
Peso	58.16 ± 11.94	59.62 ± 8.50	59.10 ± 11.17	59.97 ± 8.70	0.8
PcT	13.47 ± 7.15	14.38 ± 5.02	13.68 ± 7.17	14.82 ± 4.96	0.59
Ángulo de Fase	4.17 ± 0.95	4.60 ± 0.85	4.38 ± 1.26	4.57 ± 0.79	0.65
*Función física	400 ± 261.21	614.71 ± 273.72	497.22 ± 283.60	576.47 ± 245.66	0.38
*Vitalidad	168.89 ± 95.60	185.88 ± 107.18	194.44 ± 74.45	209.41 ± 72.84	0.55
*Función social	111.11 ± 60.76	125 ± 61.87	129.17 ± 55.73	135.29 ± 55.94	0.74
* Dolor	102.78 ± 59.61	110.59 ± 64.07	140.00 ± 49.76	118.53 ± 62.41	0.27

t de Student, significancia p<0.05 [\*SF-36, PcT (pliegue cutáneo tricípital)]

**Conclusión:** El tamaño de la muestra no permite obtener resultados estadísticamente significativos, pero en forma observacional aquellos pacientes con infección como factor desencadenante fueron los que requirieron un número mayor de medidas anti-inflamatorias.

**Patrocinio:** Este trabajo no obtuvo financiamiento.

## ID 653

### Hepatitis autoinmune vs. enfermedad de Wilson. Reporte de un caso

Mirolava Cabrera-Pérez. Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Ciudad de México. México. dramiroslavcabrera@gmail.com

**Objetivo:** Identificar la dificultad del diagnóstico diferencial entre hepatitis autoinmune y enfermedad de Wilson.

**Reporte de caso:** Paciente femenino de 13 años de edad con datos de falla hepática aguda con base en elevación de transaminasas, coagulopatía irreversible con administración de vitamina K y ausencia de hepatopatía crónica. Padecimiento actual: hiporexia y pérdida ponderal de 1 mes de evolución, náusea de 3 semanas de evolución, ictericia de 2 semanas de evolución, dolor abdominal de 2 semanas de evolución, coluria de 2 semanas de evolución. Hospitalizada durante 1 semana presentando hiperbilirrubinemia directa de 21.3, indirecta de 11.6, transaminasemia AST de 1422, ALT de 167, GGT de 197, glucemia de 34, coagulopatía TP de 20.4, TTP de 44.3, INR de 1.66, serologías para hepatitis A, B y C negativas, USG hepático sin alteraciones.

A su ingreso muestra aún criterios de falla hepática aguda con el siguiente abordaje: infeccioso: serologías para hepatitis A con memoria inmunológica, B sin seroconversión y C negativo. CMV IgG+, VEB VCAG y EBNA+, toxoplasma IgM indeterminado, rubeola IgG e IgM+, herpes I IgG+, herpes II IgG-, parvovirus B19 IgG e IgM-, HIV-. Inmunológico: ANA patrón homogéneo: 1:640, filamentos intermedios: 1:80, anti-DNA: <1:10, ASMA: 1:80, LKM: 72, ANCA-, anticuerpos irregulares-, inmunoglobulinas IgG: 3170, IgM: 212, IgA: 23.3, IgE: 106. Metabólico: Cu urinario 6.6, ceruloplasmina 16, Cu sérico 69.3, amonio 81. Toxicológico: niveles de acetaminofén 2.1. Estructural: TAC toracoabdominal simple y contrastada con imágenes regulares bien definidas hiperdensas en parénquima hepático. Biopsia hepática: nódulos de regeneración, puentes neuroinflamatorios, necrosis submasiva, hepatocitos con cuerpos de Mallory-Denk, aumento de proteína transportadora asociada a cobre, tapones de bilis en colangiolo, colestasis celular. Con criterios de síndrome hepatorenal y necesidad de terapia sustitutiva de función renal con hemodiálisis por criterios de urgencia dialítica. Pancreatitis por dolor abdominal epigástrico, lipasa 2229, sin evidencia ultrasonográfica de alteración de la morfología de páncreas; ascitis sin respuesta a restricción de sodio, líquido y administración de diurético, requiriendo paracentesis, con líquido peritoneal no patológico. Se inicia terapia con prednisona a dosis plena con base en criterios para hepatitis autoinmune, 2 sesiones de plasmaféresis sin mejoría clínica, biopsia sugestiva de enfermedad de Wilson, hasta el momento sin prueba con D-penicilamina, con evolución tórpida.

**Discusión:** Ante un paciente previamente sano con datos de falla hepática aguda se deberá hacer un abordaje diagnóstico integral; por grupo etario en adolescentes incluye causas tóxicas, infecciosas, metabólicas, inmunitarias, neoplásicas y vasculares.

**Conclusión:** La enfermedad de Wilson y la hepatitis autoinmune son dos entidades que pueden coexistir; realizar un diagnóstico diferencial es de vital importancia terapéutica: en ambas se deberá completar protocolo para trasplante hepático.

**Patrocinio:** Este trabajo no recibió financiamiento.

## ID 657

### ALT y GGT como marcadores de hígado graso no alcohólico en pacientes pediátricos con obesidad

P. A. Verdeja-Padilla<sup>1</sup>, L. Mejía<sup>2</sup>, Z. Medina-Ávila<sup>1</sup>, R. Cruz-Bautista<sup>2</sup>, L. Suárez<sup>2</sup>, N. Arellano<sup>1</sup>, D. Rosique-Oramas<sup>1</sup>, M. Galicia-Moreno<sup>1</sup>, P. Cordero<sup>3</sup>, L. Muñoz<sup>3</sup>, G. Gutiérrez-Reyes<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Laboratorio HIPAM, Unidad de Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM. Hospital General de México. <sup>2</sup>Hospital Pediátrico de Iztapalapa, Sedesa, GDF. <sup>3</sup>Universidad Autónoma de Nuevo León. Ciudad de México, México. liberinde@outlook.com

**Antecedentes:** En la actualidad el hígado graso no alcohólico (HGNA) es considerado una de las principales causas de morbilidad hepática en nuestro medio, el cual guarda una relación estrecha con el síndrome metabólico y la obesidad. Estudios recientes destacan el alarmante incremento del sobrepeso y la obesidad en niños mexicanos.

**Objetivo:** Determinar si ciertos parámetros bioquímicos pueden funcionar como marcadores para el HGNA en pacientes pediátricos con obesidad.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal en el cual se incluyeron pacientes de 1 a 17 años. Se estableció sobrepeso y obesidad mediante el cálculo del índice de masa corporal (IMC) y de las tablas de IMC por edad. A los pacientes incluidos se les realizó medición de glucosa, hemoglobina glucosilada (HbA1c), colesterol total (COL), triglicéridos, HDL, LDL, AST, ALT, GGT, DHL, bilirrubinas totales (BT), índice HOMA y de funcionalidad de células beta (FCb). El diagnóstico de HGNA se llevó a cabo mediante ultrasonido hepático (UH).

**Resultados:** Se incluyeron 82 pacientes durante el periodo de marzo de 2014 a junio de 2016. La media de edad fue de 10.65 años (DE 2.89), con predominio del sexo masculino (62.2%). Se diagnosticó sobrepeso en 4% de los pacientes y obesidad en 96%. En 18 pacientes se encontró UH normal, mientras que en 64 se diagnosticó HGNA. Los resultados bioquímicos se describen a continuación: en el grupo sin HGNA, glucosa:  $97.42 \pm 13.95$ , HbA1c:  $5.33 \pm 0.50$ , insulina:  $17.19 \pm 11.1$ , HOMA:  $4.39 \pm 3.83$ , FCb:  $184.74 \pm 90.16$ , COL:  $160.42 \pm 24.97$ , triglicéridos:  $165.11 \pm 88.89$ , HDL:  $44.19 \pm 20.22$ , LDL:  $104.76 \pm 24.64$ , AST:  $26.99 \pm 7.53$ , ALT:  $21.5 \pm 9.0$ , GGT:  $13.5 \pm 3.98$ . En el grupo con HGNA, glucosa:  $94.48 \pm 14.88$ , HbA1c:  $5.33 \pm 0.46$ , insulina:  $21.43 \pm 13.7$ , HOMA:  $5.19 \pm 3.78$ , FCb:  $271.42 \pm 222.77$ , COL:  $169.84 \pm 28.67$ , triglicéridos:  $175.31 \pm 84.31$ , HDL:  $38.1 \pm 8.65$ , LDL:  $104.74 \pm 24.46$ , AST:  $30.59 \pm 10.58$ , ALT:  $36.04 \pm 23.43$ , GGT:  $20.23 \pm 11.9$ . Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney hubo diferencias significativas en ALT ( $p=0.006$ ) y GGT ( $p=0.024$ ).

**Conclusión:** Los pacientes pediátricos con obesidad y HGNA presentan niveles más altos de ALT y GGT en comparación con los pacientes sin HGNA. Por tanto, consideramos que las mediciones de ambas enzimas pueden apoyar al diagnóstico de HGNA en la población pediátrica con sobrepeso y obesidad.

**Patrocinio:** Se recibió financiamiento por parte de UNAM-PAPIIT IA203113 y TA 200515 PROMEP-SEP: CA302

## ID 659

### Impacto del trastorno del ritmo circadiano en trabajadores de turnos rotatorios medido en pruebas para encefalopatía hepática mínima

María Auxiliadora Barragán-Valarezo, María del Carmen Ávila-Langarica, Alexis Gilberto Avilés-González, Sheila Carolina Ramírez-

Escobar, Alberto González-Angulo Rocha, Felipe Zamarripa-Dorsey. Hospital Juárez de México. Ciudad de México. México. dramabarragan\_v@hotmail.com

**Antecedentes:** Cuando la luz solar activa el núcleo supraquiasmático (NSQ), se proyecta hacia zonas adyacentes del hipotálamo relacionadas con los ritmos de la temperatura corporal y circadiano, hacia la glándula pineal y hacia la zona de orexinas/hipocretinas. Al acercarse las horas habituales de sueño, decae el estímulo del NSQ y así la actividad circadiana y aumenta la necesidad homeostática de dormir. La desincronización de este ritmo de vigilia-sueño que ocurre en los trabajadores nocturnos y a turnos puede ocasionar alteraciones diversas del sueño: excesiva somnolencia diurna, biológicas a nivel celular y molecular, cambios en la actividad cerebral, alteraciones funcionales, cambios hormonales-endocrinos, etc. Las necesidades de sueño difieren según la edad y otros factores como las estaciones del año (más necesidad de sueño en invierno y menos en verano), los cambios fisiológicos (adolescencia o menopausia). A las edades de 16 a 65 años, la necesidad promedio de sueño es de 7 horas y media.

**Objetivo:** Analizar la probable asociación entre los turnos laborales nocturnos o rotatorios y la capacidad de respuesta a pruebas psicométricas (PHES) y neurofisiológica (frecuencia crítica de parpadeo, FCP). **Material y métodos:** Se escogió un grupo de 15 trabajadores de turno rotatorio a quienes se les descartó enfermedad hepática crónica. Criterios de inclusión y exclusión: >18 años, sin antecedente de enfermedades crónicas degenerativas, no discapacidad cerebral, no consumo de medicamentos psicoactivos, no consumo de alcohol en los últimos 6 meses. Variables analizadas: género, edad, escolaridad, Hz (punto de corte >38), PHES (diagnóstico de EHM <-4 puntos). Análisis estadístico: medidas de tendencia central y dispersión; funciones en porcentajes.

**Resultados:**

N	Género	Edad	Escolaridad
15	F: 7, M: 8	40.53 ± 10.18	11.6 ± 3
N=15	PRETURNO	POSTURNO	
FCP (Hz)	44.54 ± 4.16	40.61 ± 3.96	
PHES	1 trabajador (<-4 puntos)	6 trabajadores (<-4 puntos)	

**Conclusión:** Este estudio preliminar demuestra que en más de 50% de las personas estudiadas existieron alteraciones en las pruebas psicométricas y de frecuencia crítica de parpadeo después de 24 horas de trabajo continuo. Resulta recomendable la vigilancia de los trabajadores con turno rotatorio o nocturno y su posible asociación con ciertas enfermedades.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 660

### Utilidad de la caminata de 6 minutos como predictor de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática descompensada

Ernesto Márquez-Guillén, Sergio Gabriel Muñoz-Martínez, Ignacio García-Juárez. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México. México. ernesto47mx@hotmail.com

**Antecedentes:** Tanto la clasificación de Child-Pugh como la escala MELD son ampliamente usadas para evaluar el pronóstico de pacientes con cirrosis. Aunque esta última es más precisa para predecir supervivencia tiene limitantes conocidos, como son la masa

muscular, género, edad y el balance de líquidos corporales. La prueba de caminata de 6 minutos es una herramienta sencilla que mide la función física global y se ha demostrado su utilidad para predecir mortalidad en paciente con enfermedades cardíacas y pulmonares.

**Objetivo:** Investigar la distancia recorrida en la prueba de caminata de 6 minutos y su relación con la supervivencia en pacientes con cirrosis descompensada.

**Materiales y métodos:** Los datos clínicos de 189 pacientes cirróticos descompensados con prueba de caminata de 6 minutos fueron retrospectiva y consecutivamente colectados entre 2011 y 2016. Los pacientes fueron seguidos a partir de la fecha de la caminata hasta su fallecimiento, trasplante hepático o el fin del periodo del estudio. **Métodos estadísticos:** se realizó estadística descriptiva para variables continuas reportada como medias para variables de distribución normal ± desviación estándar (DE) y las variables con distribución anormal presentadas con medianas y rango intercuartil (RIQ). Se muestra la frecuencia y porcentaje para variables categóricas. Se realizó correlación de Pearson para valorar relación entre la distancia caminata y otras variables clínicas. La relación entre la distancia recorrida y variables seleccionadas con supervivencia fue estimada con modelo de riesgos proporcionales de Cox.

**Resultados:** 189 pacientes con cirrosis descompensada con una mediana de edad de 53 años (RIQ de 42 a 58 años), la mayoría mujeres (55%). La principal etiología de la cirrosis fue la infección por virus de hepatitis C en 33% de los casos, seguida de enfermedades hepáticas autoinmunes y etiología criptogénica en 25 y 16% respectivamente. La media del IMC fue de 25.5 kg/m<sup>2</sup> ± 4.3. La mediana del puntaje de MELD al momento de la caminata fue de 14 (RIQ 12 a 17). En cuanto a resultados de la caminata, la distancia media recorrida fue de 386 m ± 72 m (significativamente menor a la referencia para adultos mexicanos sanos). No hubo correlación entre distancia recorrida y edad, IMC, presión arterial media, mientras que hubo correlación positiva baja entre distancia recorrida y talla (r=0.26, p<0.001), distancia recorrida y hemoglobina (r=0.24, p=0.001) y una correlación negativa baja con el puntaje de MELD (r=-0.2, p=0.006). La mediana del seguimiento fue de 10.7 meses (RIQ 5.2 a 21.8 meses); 47 de los pacientes fallecieron en el seguimiento (25%). En el análisis de riesgos proporcionales de Cox, la distancia recorrida no fue un factor de riesgo para mortalidad.

**Conclusiones:** La distancia recorrida en la prueba de caminata de 6 minutos es significativamente menor en pacientes con cirrosis hepática descompensada en comparación con población sana; sin embargo, a diferencia de lo reportado en otros escenarios clínicos, en nuestro estudio no hubo asociación entre distancia recorrida y mortalidad.

## ID 661

### Pancreatitis autoinmune. Un reto diagnóstico

Arturo Solano-Urrusquieta, Eira Cerda-Reyes, Joseph Abraham Arce-Ayala, Patricia Amanda. Hospital Central Militar. Ciudad de México. México. doctorurrusquieta@gmail.com

**Antecedentes:** Mujer 16 años de edad. Madre con cáncer de mama metastásico y tía con esclerosis sistémica progresiva. Grupo RH "O" negativo. Niega tabaquismo, etilismo y toxicomanías. Transfusiones negadas. Antecedentes médico-quirúrgicos personales negados.

**Objetivo:** Reportar un caso de pancreatitis autoinmune.

**Reporte de caso:** Cuadro clínico de 48 horas de evolución que inicia con dolor en epigastrio intensidad 4/10 EAD, acompañado de náusea, vómito de contenido gástrico, evacuaciones diarreicas sin moco o sangre y picos febriles no cuantificados, lo que condicionó su ingreso en agosto de 2015. Estudios de laboratorio a su ingreso (28 de agosto 2015): biometría hemática con leucocitos 11,900, hemoglobina 13.7,

hematocrito 40.1, plaquetas 213,000. Química sanguínea: amilasa 226, lipasa 220, bilirrubina total 1.13, bilirrubina directa 0.47, bilirrubina indirecta 0.66, ALT 159, AST 113, fosfatasa alcalina 359, albúmina 4.0. US de hígado y vías biliares a su ingreso con vesícula  $7 \times 1.3 \times 1.5$  pared engrosada de hasta 1 cm, edematosa, afecta el cístico, abundante lodo biliar, sin litos; páncreas  $3 \times 1.2 \times 2.3$ , colédoco 0.8, pancreatitis focal, dilatación de vía biliar extrahepática sin identificar sitio de obstrucción. Durante la hospitalización con mejoría clínica parcial con estudios de laboratorio el 31 de agosto de 2015: biometría hemática: leucocitos 6,370, hemoglobina 12.4, hematocrito 39.1%, plaquetas 189,000, neutrófilos 52.3% y 3,330. Química sanguínea: glucosa 101, urea 8.6, BUN 4.0, creatinina 0.6, ácido úrico 4.0, amilasa 227, lipasa 2113, bilirrubinas totales 0.79, bilirrubina directa 0.77, bilirrubina indirecta 0.02, ALT 232, AST 248, albúmina 3.1. 03-09-2015: TC de abdomen simple y contrastada con reporte de hepatomegalia a expensas de lóbulo izquierdo, dilatación de la vía biliar intrahepática sin identificar causa, hidrocolecisto y líquido perivesicular; pancreatitis Baltazar B, pancolitis. El día 04-09-2015 se realizó colangiografía con reporte de colecistitis con lodo biliar, microlitiasis asociada con colección heterogénea perivesicular, irregularidad de la vía biliar intrahepática y extrahepática sin dilatación, que sugiere colangitis; páncreas edematoso de predominio en cola. El día 05-09-2015 con progresión de la alteración bioquímica por lipasa 2,253 U/L, IgA 331.01 mg/dL, IgE 46.57 U/mL, IgG 2,031 mg/dL, IgM 285.92 mg/dL, IgG anticardiolipinas 0, IgM anticardiolipinas 0, VDRL negativo, IgG anti-B2 glucoproteína 0, IgM anti-B2 glucoproteína 0. Se egresa a la paciente con plan de colonoscopia como paciente externa. Se da seguimiento en la consulta externa donde se obtuvieron los siguientes resultados de estudios con fecha 05-10-2015: lipasa 2,253, C3 126 mg/dL, C4 30.4 mg/dL, factor reumatoide  $<9$  U/L, ANA positividad+, IgG anti-SMITH 7.64, IgG anti-RNP 2.67, IgG anti-SS-A 2.14, IgG anti-SS-B 1.62, IgG anti-Scl-70 4.69, ac antimitocondriales MIT3 5.44, IgG anti-LKM1 8.5, ac antimúsculo liso 59.1, IgG4 positivas. Colonoscopia con hallazgos compatibles con colitis ulcerativa crónica inflamatoria (mayo 3) corroborados con estudio histopatológico. Se decide hospitalización por mal control clínico con el plan de realizar estudios complementarios y tratamiento. Durante internamiento con resultados de fecha 16-10-2015: C4 16.6 mg/dL, IgG 1,523.94 mg/dL, IgM 232.99 mg/dL, lipasa 5,10U/L, GGT 1,49U/L. *Discusión:* Por reumatología se inicia tratamiento con adalimumab a dosis de 40 mg subcutáneos cada 2 semanas.

*Conclusión:* La paciente tiene factores de riesgo para enfermedades autoinmunes como género y familiar de segunda línea con ESP. Se diagnosticó con AIP con colitis ulcerativa asociada con IgG4 y colangitis asociada con IgG4. Se encuentra bajo tratamiento biológico con adalimumab con moderado control clínico y bioquímico. *Patrocinio:* Sin patrocinio.

## ID 662

### Prevalencia de serología positiva para hepatitis C en bancos de sangre del estado de Coahuila

Francisco Alfonso Solís-Galindo, Jesús Alberto Ramírez-Torres, Olga Favela-Hernández, María del Socorro Cortez-Ruiz, Xiomara Hernández-Razo. Departamento de Gastroenterología, UMAE 71, IMSS. Torreón, Coah. México. francisco.solis@imss.gob.mx

*Antecedentes:* En todo el mundo hay entre 130 y 150 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis C. Un número considerable de esas personas con infección crónica desarrollará cirrosis o cáncer de hígado. Aproximadamente 700,000 pacientes mueren cada año por enfermedades hepáticas relacionadas con la hepatitis C (OMS, 2016). En México la prevalencia en población mayor de 20 años es de 1.4% (Encuesta Nacional de Salud, 2011). En el norte del país es mayor que la media nacional:

2%. Con esta información se puede estimar que más de un millón de personas podrían estar infectadas con virus de la hepatitis C.

*Objetivo:* Determinar la prevalencia de serología positiva para virus C en bancos de sangre en el estado de Coahuila de Zaragoza.

*Material y métodos:* Descriptivo, analítico, transversal. Se revisaron los análisis de reportes mensuales que de manera obligatoria recibe la Subsecretaría de Regulación Sanitaria de la Secretaría de Salud de cada banco de sangre y servicio de transfusión del estado en el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2014. Los datos se agruparon por ciudad y se incluyeron las donaciones altruistas y dirigidas. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS versión 23.

*Resultados:* Se analizaron 65,461 resultados de marcadores para determinación de anticuerpos contra hepatitis C de donadores de sangre, 349 pacientes fueron positivos, con una razón de prevalencia puntual de 0.53. La ciudad del estado en que se encontró un odds ratio de prevalencia mayor para hepatitis C fue Piedras Negras con 1.04, en segundo lugar Saltillo con 0.73 y en tercero Ciudad Acuña con 0.48.

*Conclusión:* La prevalencia de anticuerpos contra virus C en Coahuila es de 0.53. La ciudad que con la más alta prevalencia es Piedras Negras (frontera con Estados Unidos), con 1.04. La región norte que abarca todos los municipios fronterizos con Estados Unidos es la región de mayor prevalencia contra virus C en el estado. Por institución de salud, el IMSS es el que más porcentaje de donadores positivos presenta.

*Patrocinio:* Ninguno.

## ID 664

### Seguridad y eficacia de mesalazina en pacientes embarazadas con CUCI

Francisco Alfonso Solís-Galindo, Jesús Alberto Ramírez-Torres, Olga Favela-Hernández, María del Socorro Cortez-Ruiz, Xiomara Hernández-Razo. Departamento de Gastroenterología, UMAE 71, IMSS. Torreón, Coah. México. francisco.solis@imss.gob.mx

*Antecedentes:* La colitis ulcerativa tiene una alta prevalencia en personas en edad reproductiva. La atención de la embarazada con CUCI representa un reto multidisciplinario. El embarazo debe ocurrir en un periodo libre de actividad.

*Objetivo:* Investigar, analizar y describir los resultados perinatales en pacientes con colitis ulcerativa y embarazo en tratamiento con mesalazina.

*Material y métodos:* Estudio de cohorte, analítico, prospectivo, no intervencional. Se incluyeron 8 pacientes con colitis ulcerativa, embarazadas, del Servicio de Gastroenterología de la UMAE 71 (01 de enero de 2010 a 30 de junio de 2016). Se evaluaron: epidemiología, diagnóstico clínico, histológico, endoscópico, evolución de la enfermedad, complicaciones médicas y obstétricas, y resultados perinatales. Inclusión: pacientes con CUCI con confirmación histológica, embarazadas que estaban recibiendo mesalazina a dosis de 1 a 3 g al día. La extensión de la enfermedad se agrupó con la clasificación de Montreal 2005. Exclusión: ausencia de estudio histopatológico. Análisis estadístico: porcentajes, dispersión, análisis no paramétrico con coeficiente de correlación de Pearson (CC), U de Mann-Whitney y Ji cuadrada empleando el programa SPSS versión 23. El intervalo de confianza (IC) y la seguridad de cometer error de tipo I se calculó a 95% ( $\alpha = 0.05$ )  $Z = 1.96$ , el poder estadístico (error tipo II, 1-B) en  $Z = 1.28$ .

*Resultados:* La edad materna promedio fue de 30 (SD  $\pm 2.6$ ) años, el desembarazo a las 38 semanas (SD  $\pm 1.31$ ), el peso de los productos al nacer de 2,712 gramos (SD  $\pm 579.78$ ) y la talla de 48 cm (SD  $\pm 1.9$ ). Se encontró un coeficiente de correlación negativo entre edad materna mayor de 25 años y número de gestaciones ( $r = -1.36$ ). Hubo

significancia ( $p < 0.01$ , IC 99%) en las pacientes en periodo de remisión con tratamiento (no suspendieron mesalazina) y las que iniciaron el embarazo con brote de actividad y término de la gestación ( $p = 0.006$ ). Las pacientes que la iniciaron embarazadas tuvieron un CC de 1.15, de acuerdo con el grado de severidad de la enfermedad (igual que las no embarazadas). La extensión de la enfermedad clasificación no afectó edad gestacional, peso ni talla ( $p = 0.039$ ). El brote de actividad en mujeres diagnosticadas durante el embarazo en dos pacientes ( $p = 0.58$ ) requirió el uso de esteroides. No se reportaron abortos ni malformaciones congénitas.

**Conclusiones:** La mesalazina es segura durante el embarazo, mejora la sobrevida del producto, sin afectar peso y talla. La vía de des-embarazo fue por indicaciones obstétricas absolutas. El 38% de las pacientes fueron primigestas, el 62% secundigestas. La capacidad de llevar la gestación a término con seguridad para el binomio evita complicaciones agudas y tardías para ambos, como la permanencia del producto en unidad de cuidados intensivos neonatales (distrés respiratorio/hipoxia cerebral) y reduce las complicaciones maternas secundarias a intervención quirúrgica, lo que se traduce en una significativa disminución de la morbilidad y la mortalidad materna.

**Patrocinio:** Ninguno.

## ID 671

### La enfermedad hepática alcohólica produce daño oxidativo a nivel de proteínas

Zaira Medina-Ávila<sup>1</sup>, Marina Galicia-Moreno<sup>1</sup>, Dorothy Rosique-Oramas<sup>1</sup>, José Luis Pérez-Hernández<sup>2</sup>, David-Kershenobich<sup>1</sup>, Gabriela Gutiérrez-Reyes<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Lab.HIPAM, Unidad de Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM. <sup>2</sup>Clinica de Hígado, Departamento de Gastroenterología, Hospital General de México. Ciudad de México. México. gabgurey@yahoo.com.mx

**Antecedentes:** La participación de los radicales libres y el estrés oxidativo generado juegan un papel importante en la patogénesis de la enfermedad hepática por alcohol. Esto ha sido demostrado por diversos marcadores de la peroxidación lipídica y el desbalance de las defensas antioxidantes en modelos animales; sin embargo, poco se conoce de este proceso en el humano.

**Objetivo:** Evaluar la participación del estrés oxidativo mediante la cuantificación de carbonilos proteicos oxidados en muestras de pacientes con enfermedad hepática alcohólica.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con criterios de alcoholismo según la OMS y un grupo control con AUDIT  $\leq 8$  y consumo de alcohol  $\leq 10g$  EtOH/día. La determinación de carbonilos proteicos se realizó por métodos espectrofotométricos. A todos los grupos se les hizo una historia clínica y se obtuvo consentimiento informado.

**Resultados:** (Tabla 1).

La concentración de carbonilos se incrementó de manera significativa en los pacientes alcohólicos con daño hepático ( $p < 0.01$ ) en comparación con el grupo control; esto no se observó al comparar el grupo de pacientes alcohólicos sin daño con el grupo control.

**Conclusión:** Nuestro estudio muestra que en pacientes cirróticos por alcohol, el estrés oxidativo participa en la fisiopatología de esta enfermedad. Cuantificar estas moléculas en suero puede servir como herramienta diagnóstica de esta enfermedad, pero es necesario incrementar el número de pacientes sin daño hepático para hacer más evidentes estas respuestas.

**Patrocinio:** UNAM-PAPIIT IA203113 y TA 200515.

## ID 681

### Características clínicas y epidemiológicas del colangiocarcinoma en una cohorte de pacientes mexicanos

Nahúm Méndez-Sánchez, Karen K. Hernández-Alejandro, Nancy E. Aguilar-Olivos, Fredy Chablé-Montero, Daniel Motola-Kuba, Misael Uribe. Fundación Clínica Médica Sur. Ciudad de México. México. nmendez@medicasur.org.mx

**Antecedentes:** El colangiocarcinoma (CCA) es un tumor maligno primario de las vías biliares. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes con condiciones inflamatorias crónicas de las vía biliares tales como enfermedad de Caroli y colangitis esclerosante primaria, así como enfermedad inflamatoria intestinal. Desde el punto de vista anatómico se divide en intrahepático y extrahepático. La incidencia es alta en Asia Oriental, aunque en los Estados Unidos de Norteamérica se ha observado un incremento en la variedad intrahepática, paralelamente con el incremento del carcinoma hepatocelular (HCC). Es importante señalar que el comportamiento biológico de ambas variedades anatómicas es diferente. En México no existe información relacionada con la epidemiología del CCA.

**Objetivo:** Investigar las características clínicas y epidemiológicas del CCA en una cohorte de pacientes mexicanos.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo realizado del 29 de octubre de 2005 al 01 de enero de 2016 en la Unidad de Hígado del Hospital Médica Sur. Se revisaron los expedientes clínicos y de anatomía patológica de los pacientes con diagnóstico de CCA. Se incluyeron las siguientes variables: edad, género, índice de masa corporal, factores de riesgo, tipo histológico, localización anatómica y estadio según la clasificación TNM. Análisis estadístico: fueron analizadas con medidas de frecuencia relativas y centrales para obtención de porcentaje y desviación estándar.

**Resultados:** Se estudiaron 23 pacientes con diagnóstico de CCA. De ellos 18 con tumor intrahepático y 5 extrahepático. El 80% de los casos fue en el género masculino. La edad promedio en los casos con CCA-intrahepático fue de 62 años y 55 años en los CCA-extrahepáticos. Dentro de los factores de riesgo el consumo alcohol estuvo presente en 66%, el tabaquismo en 62%, la colangitis esclerosante primaria en 28% y la diabetes mellitus en 17%. En cuanto a tipo histológico: 69% tiene adenocarcinoma, carcinoma 21.7% y hepatocarcinoma 8.7%. Estadios de acuerdo con TNM: IV (65.2%), III (13.0%) y II (8.7%). Grado histológico predominante: G2 (60.9%), G3 (34.8%) y G1 (4.3%).

Tabla 1. (ID 671).

	Control	Alcohólicos	Cirróticos
Sexo F/M	15/21	1/4	2/50
Edad (años)	39.6	60.2	48.9
IMC	27.5	19.7	27.8
Consumo OH (g/día)	4.7	140.8	320.5
Carbonilos OH (nmol Carb OH/mg proteína)	0.10 $\pm$ 0.02	0.57 $\pm$ 0.21	0.74 $\pm$ 0.18 <sup>a</sup>

Valores expresados como el valor promedio  $\pm$  error estándar. <sup>a</sup>  $p < 0.01$ , respecto al grupo control.

*Conclusión:* El CCA intrahepático fue el más frecuente en esta cohorte de pacientes mexicanos. Predominó en el género masculino y los factores de riesgo que se asociaron con más frecuencia fueron el consumo de alcohol y el tabaquismo. Dado que el CCA intrahepático

es la variedad más frecuente, el diagnóstico diferencial con HCC es mandatorio, así como el tamizaje en pacientes con enfermedades crónicas del hígado.

*Patrocinio:* Ninguno.