



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 19 de noviembre de 2018

Endoscopia gastrointestinal

Lun143

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL ESÓFAGO DE BARRETT CON RADIOFRECUENCIA: UNA SERIE DE CASOS

C. F. Tróchez-Mejía, E. Beltrán-Campos, L. S. Suder-Castro, E. Ramírez-Solís, A. Hernández-Guerrero, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: El esófago de Barrett (EB) es una alteración premaligna que se relaciona con el desarrollo de adenocarcinoma esofágico. El riesgo de progresión al cáncer sin displasia es del 0.5% por año y de displasia de alto grado (DAG) de 7% por año. La ablación con radiofrecuencia (ARF) es segura y efectiva para la erradicación de EB con DAG sin lesiones nodulares. Para EB con lesiones nodulares, la resección endoscópica de la mucosa (REM) es indicación para realizar antes de la ARF. La ARF logra una erradicación completa de la DAG y la metaplasia intestinal (MI) como principal objetivo, que alcanza 92% y 84%, respectivamente.

Objetivo: Presentar la experiencia inicial del tratamiento con ARF de pacientes con diagnóstico de EB y DAG mediante ARF tipo halo, focal o radial.

Material y Métodos: Se incluyeron seis casos de DAG tratados con ARF en un periodo de tres años; todos los pacientes se sometieron a aplicaciones de ARF focal o radial a 12 J/cm² hasta lograr la erradicación completa de MI y DAG con intervalo mínimo de ocho semanas y hasta de 12 semanas.

Resultados: Seis pacientes (cinco hombres; con edad media de 64 años) se trataron con ARF y presentaron longitud media de Barrett de 5 cm en su extensión máxima (PRAGA). Todos los pacientes presentaron DAG (6/6). Dos se trataron con ARF radial y continuaron con ARF focal y cuatro recibieron sólo ARF focal con necesidad de una media de tres sesiones de ablación hasta su remisión completa de DAG y MI endoscópica e histológica (5/6 pacientes). No hubo efectos adversos ni estenosis y ninguna biopsia notificó EB enterrado. El periodo de

seguimiento fue de 16 meses (6-36 meses); sólo un paciente mostró falla al tratamiento con signos endoscópicos de EB y lesión nodular (se realizó REM).

Conclusiones: La ARF focal es segura para erradicación completa de EB y DAG; sólo un paciente presentó falla al tratamiento con ARF radial probablemente por esófago dilatado y tortuoso; se trató después con REM (lesión nodular) más ARF focal sin lograr su remisión completa.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun144

COMPARACIÓN DE ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS ENTRE EL USO DE PICOSULFATO SÓDICO Y POLIETILENGLICOL PARA PREPARACIÓN INTESTINAL EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD

F. E. Tovar- García, J. I. Vinageras-Barroso, L. F. De Giau-Triulzi, A. García-Menéndez, E. Suárez-Morán, Hospital Español de México

Introducción: Una buena preparación intestinal se ha vuelto indispensable para optimizar las capacidades diagnósticas y terapéuticas de la colonoscopia. En el medio de los autores, el polietilenglicol es el que se utiliza con mayor frecuencia por su seguridad clínica y los buenos resultados que ha demostrado, aunque tiene la desventaja de que su administración no siempre es bien tolerada. El picosulfato sódico también ha demostrado ser eficiente para una preparación adecuada, con la ventaja de que los pacientes tienen una mejor tolerancia a este comparado con otro tipo de preparaciones. Sin embargo, se ha descrito que en adultos mayores esta preparación puede incrementar el riesgo de hospitalizaciones por hiponatremia.

Objetivo: Describir las diferencias hidroelectrolíticas en los pacientes que recibieron una preparación intestinal con picosulfato

sódico/citrato de magnesio atendidos de enero del 2014 a diciembre del 2017 en el Hospital Español de México en comparación con aquellos pacientes que recibieron una preparación con polietilenglicol en el mismo periodo.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, y se analizó la base de datos del Servicio de Endoscopia y el archivo clínico del Hospital Español en el periodo comprendido entre enero del 2014 y diciembre del 2017. Se incluyó a los pacientes mayores de 65 años sometidos a colonoscopia, preparados con polietilenglicol o picosulfato y contaran con exámenes de laboratorio (electrolitos séricos, creatinina y nitrógeno de urea) antes de la preparación y después de efectuar el procedimiento.

Resultados: Se incluyó a un total de 45 pacientes, 19 preparados con picosulfato sódico y 26 con polietilenglicol. La edad promedio fue de 77 ± 8 ; la comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial (82%), seguida de diabetes mellitus (29%); el 44% de la muestra se hallaba bajo tratamiento diurético al momento del estudio y 22% consumía AINE. La indicación más común para la realización del estudio fue la hemorragia del tubo digestivo con 47%, seguida de diarrea crónica en un 13%. No hubo diferencias estadísticas entre las características basales de la población de las dos preparaciones. Los laboratorios no mostraron una diferencia significativa entre los dos grupos en los niveles de azoados y electrólitos. Tampoco hubo diferencia estadística posterior a la preparación entre los dos grupos. Se realizó un análisis multivariado con los valores de electrólitos y azoados para determinar las medias ajustadas tomando en cuenta los valores basales. Se determinó que hubo una diferencia significativa entre los valores de sodio entre el grupo de PEG y el grupo de PSCM ($138.3 \text{ vs } 136.8 \text{ meq/L}$, $p < 0.045$) posterior al procedimiento. El resto de los parámetros bioquímicos no mostró una diferencia significativa.

Conclusiones: Se identificó que sí hubo una diferencia estadísticamente significativa en las cifras de sodio sérico después de una preparación intestinal entre PEG y PSCM, lo cual coincide con las publicaciones médicas previas. Cabe mencionar que, al contrario de lo que se ha observado en otros estudios, esta diferencia no parece tener relevancia clínica al ser de 1.5 meq/L , además de que nunca se alcanzaron concentraciones séricas para entrar en hiponatremia. Sin embargo, estos resultados podrían no ser tan representativos en otro tipo de poblaciones; además, la naturaleza retrospectiva y la muestra pequeña de este estudio atenúan el poder estadístico de estos resultados.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun145

UTILIDAD DE UNA DOSIS DE PRUCALOPRIDA MÁS 2 L DE POLIETILENGLICOL (PEG) CONTRA 4 L DE POLIETILENGLICOL PARA LA PREPARACIÓN COLÓNICA DE PACIENTES SOMETIDOS A COLONOSCOPIA: ESTUDIO PILOTO.

J. A. Guardado-Vindiola, H. Soria-Rivera, A. Tamayo-Leyva, J. A. Camacho-Escobedo, A. R. Flores-Rendón, J. M. Avendaño-Reyes, Hospital General de Mexicali/Facultad de Medicina, Mexicali, UABC

Introducción: La colonoscopia es un procedimiento indicado para el estudio de diversas enfermedades del colon y se considera la norma de referencia para el diagnóstico del cáncer de colon. Otra de sus ventajas es la posibilidad de identificar y tratar lesiones premalignas, como los pólipos colónicos. Su eficacia depende no sólo de la capacidad del operador y equipo endoscópico, sino de una adecuada preparación del colon antes del estudio.

Objetivo: Comparar la eficacia en la preparación colónica con la utilización de una dosis de 2 mg de prucaloprida más 2 L de polietilenglicol (PEG) contra la preparación habitual de 4 L de PEG.

Material y Métodos: Estudio piloto, prospectivo, aleatorizado, ciego simple y unicéntrico realizado en el Hospital General de Mexicali y la Facultad de Medicina Mexicali, UABC. Se incluyó a sujetos mayores de 18 años, con indicación para colonoscopia, que aceptaran participar y otorgar su consentimiento informado por escrito, durante el periodo comprendido entre febrero del 2015 y diciembre del 2017. Se asignaron de manera aleatoria en dos grupos: A (PEG de 4 L el día antes del estudio) y B (PEG de 2 L + 2 mg de prucaloprida oral). A través de entrevista se obtuvo información de las características demográficas, así como de los efectos adversos relacionados con la preparación. Se aplicó la escala de Boston para evaluar la calidad de la limpieza colónica. Se utilizó una comparación de medias con prueba de t para las variables etarias y escala de Boston. Para variables categóricas se realizó comparación de proporciones en matriz 2×2 con χ^2 y prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se incluyó a 38 pacientes que se sometieron a limpieza colónica y colonoscopia, 21 en el grupo A y 17 en el grupo B. La media de edad fue de 52 años en el grupo A y 46 en el grupo B. No existieron diferencias en las características basales y demográficas de ambos grupos. La eficacia de la preparación colónica medida con la escala de Boston tuvo un valor de 6.45 en el grupo A y de 6.41 en grupo B ($p=0.95$). Hubo una mayor proporción de efectos adversos relacionados con la preparación de mayor volumen (náusea y otros) y un mayor porcentaje de pacientes del grupo de volumen reducido que aceptaría una nueva preparación en el futuro (82.4% vs 61.9%, $p=0.28$).

Conclusiones: Los resultados de este estudio piloto indican que no existe diferencia en la eficacia de la limpieza colónica entre la preparación de volumen reducido (2 L) acompañada de un procinético y la preparación convencional de 4 L. La preparación de volumen reducido mostró mejor tolerancia sin alcanzar diferencia estadísticamente significativa. El estudio sugiere que la preparación de volumen reducido + procinético puede ser una alternativa viable a la preparación convencional, pero se requiere completar con el tamaño de muestra calculado ($n=120$) para incrementar la solidez de la evidencia y la potencia estadística del trabajo.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Lun146

EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DEL ENTRENAMIENTO EN SIMULADORES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA PARA LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES MANUALES BÁSICAS EN EL RESIDENTE DE GASTROENTEROLOGÍA

J. Basilio-Solís, V. Paz-Flores, E. Maldonado-Alcaraz, T. Vinisa, M. R. Domínguez-García, R. Soria-Rodríguez, O. Jaime-Leal, N. X. Ortiz-Olvera, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

Introducción: El entrenamiento basado en simuladores de endoscopia gastrointestinal ha sido impulsado por cuatro aspectos: 1) declaración del Helsinki, 2) seguridad para los pacientes en los procesos educativos, 3) criterios de calidad, atemporalidad de los procesos y demostración de competencias objetivas, y 4) las nuevas tecnologías de computación, electrónica y realidad virtual. Los simuladores virtuales son una herramienta prometedora debido a que ofrecen una experiencia de endoscopia similar a la humana por combinar imágenes virtuales del tracto gastrointestinal y realismo táctil con el uso de un endoscopio personalizado.

Objetivo: Evaluar la adquisición de habilidades manuales básicas en un modelo de simulación virtual de endoscopia gastrointestinal alta (EGIA) por el residente de gastroenterología, considerando la exploración completa del tubo digestivo alto y el tiempo total para realizar el procedimiento completo.

Material y Métodos: Estudio longitudinal y retrospectivo. Se revisaron las bitácoras electrónicas de los procedimientos de EGIA básica realizados por los residentes de gastroenterología del Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI, en el centro de entrenamiento en simulación de la UNAM, y se incluyó a todos los residentes de gastroenterología que realizaron al menos seis procedimientos de EGIA básica entre abril de 2017 y mayo de 2018. Los residentes se dividieron en tres grupos: 1) novato (sin entrenamiento previo con simulador o pacientes); 2) intermedio (sin entrenamiento previo con simulador, con ayudantía en 20 procedimientos endoscópicos en pacientes); y 3) avanzado (sin entrenamiento previo con simulador, con entrenamiento asesorado en al menos 20 pacientes). Se tomaron como desenlace primario a evaluar el tiempo promedio total para realizar el procedimiento completo y el porcentaje de mucosa del tubo digestivo alto evaluada.

Resultados: Durante el periodo de evaluación se realizaron 111 EGIA y se entrenaron 15 residentes (151 min/residente). El 73% correspondió a hombres, con edad promedio de 30.8 años (± 2.3). Todos los grupos mejoraron significativamente sus habilidades, respecto de los basales, como se muestra en la **Tabla 1**.

Conclusiones: El entrenamiento de los residentes de gastroenterología en simuladores de EGIA tiene un efecto directo en las habilidades básicas al mejorar el tiempo total del procedimiento, incremento en la visualización de la mucosa del tubo digestivo alto, y disminución de las complicaciones, después de haber realizado seis procedimientos en el simulador de EGIA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun147

USO DE IMAGEN DE BANDA ESTRECHA (NBI) PARA PREDICCIÓN DE LESIONES NEOPLÁSICAS DE COLON CON LAS ESCALAS NICE Y JNET (NBI INTERNATIONAL COLORECTAL ENDOSCOPIC CLASSIFICATION Y NBI INTERNATIONAL COLORECTAL ENDOSCOPIC CLASSIFICATION)

J. Casal-Sánchez, A. Hernández-Guerrero, M. E. Ramírez-Solis, J. G. De La Mora-Levy, J. Sánchez-Del Monte, M. Herrera-Servín, E. Beltrán-Campos, B. Balderas-Garcés, S. Suder-Castro, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: Es importante el uso de nuevas tecnologías para la prevención del cáncer colorrectal. Para la detección de lesiones premalignas que causan el cáncer colorrectal es de utilidad la

croemodoscopia digital con imagen de banda estrecha (NBI) que ayuda a identificar las características de la lesión y su concordancia con su histología. Hay múltiples escalas de detección de estas lesiones; las dos más utilizadas son NICE y JNET, que incluyen en sus categorías la coloración, el patrón vascular y el patrón de superficie de la lesión. El uso de esta nueva tecnología ayudará a aumentar el diagnóstico de lesiones neoplásicas, su pronto tratamiento y seguimiento.

Objetivo: El objetivo primario fue identificar la precisión, valores diagnósticos (Sn, Sp, VPP, VPN) y la concordancia diagnóstica interobservador e intraobservador entre endoscopistas de las escalas de croemodoscopia digital NICE y JNET.

El objetivo secundario fue describir las características epidemiológicas de los pacientes y lesiones encontradas.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de concordancia diagnóstica, en el cual se recabaron imágenes de pólipos de colon con luz blanca y NBI. Estas imágenes se colocaron en un test. Este último se realizó a dos grupos (grupo 1: endoscopistas con >1 000 colonoscopias; grupo 2 con <1 000); los participantes clasificaron cada pólipo de acuerdo con las escalas de NICE y JNET, se comparó su resultado con la histología de la lesión, se midió la concordancia interobservador e intraobservador con kappa, se calculó Sn, Sp, VPP, VPN y la certeza diagnóstica de las diferentes categorías de las escalas NICE y JNET.

Resultados: Se obtuvieron 125 pólipos, 39 de histología hiperplásica, 45 adenomas, 21 adenomas de alto grado/carcinoma *in situ*, 20 con cáncer invasor. De éstos se incluyeron en el test 60 pólipos distribuidos según la histología y la imagen con NBI. Los resultados del test en cuanto a concordancia y certeza diagnóstica fueron los siguientes: NICE 1: grupo 1 (1) .72 y 80%, grupo 2 (2) .70 y 72%; NICE 2 (1) .61 y 79%, (2) .52 y 74%; NICE 3 (1) .94 y 88%, (2) .92 y 88%. JNET 1 (1) .80 y 83.3%, (2) .71 y 68%; JNET 2A (1) .52 y 60%, (2) .52 y 60.5%, JNET 2B (1) .50 y 69.5%, (2) .41 y 65%, JNET 3 (1) .98 y 94.2%, (2) .88 y 89.7% ($p < .05$). La concordancia y certeza diagnóstica global para las categorías de los extremos de las escalas (NICE 1-3 y JNET 1-3) fueron buenas a excelentes; las categorías intermedias (NICE 2, JNET 2A-2B) presentaron resultados moderados a buenos, con menor concordancia en JNET 2B. Aunque el grupo 1 (>1 000 procedimientos) presentó mejores resultados, no tuvo diferencia relevante en comparación con el grupo 2.

Conclusiones: El uso de escalas de croemodoscopia digital fue adecuado para predecir la histología de lesiones de colon; su mayor utilidad es el diagnóstico de pólipos hiperplásicos y carcinoma (su uso es más discreto para detectar adenoma de alto grado y carcinoma intramucoso). El número de procedimientos no fue un factor relevante para aumentar la certeza y concordancia diagnóstica con el uso de escalas de NBI.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Mejoría en las habilidades básicas con el simulador en los sujetos evaluados (Lun146)

	Avanzado (n=4)			Intermedio (n=4)			Novato (n=7)		
	Inicial	Final	p	Inicial	Final	p	Inicial	Final	p
Tiempo total de procedimiento, media (DE) [#]	14.95 (4.73)	13.12 (4.17)	0.009	20.64 (1.75)	16.04 (7.89)	0.009	32.95 (11.17)	21.17 (9.06)	0.009
Tiempo de evaluación esofágica, media (DE)	3.32 (3.3)	1.52 (0.50)	0.005	3.13 (1.37)	1.10 (0.50)	0.005	5.66 (2.2)	3.10 (1.85)	0.005
Tiempo de intubación del píloro, media (DE)	4.19 (1.04)	5.23 (1.97)	0.06	10.03 (2.95)	6.7 (3.20)	0.06	22.66 (12.21)	13.34 (8.40)	0.069
Mucosa visualizada, %*	100	100		90	100		100	100	
Complicaciones, %*	3(75%)	1(25%)	0.6	4 (100%)	1 (25%)	0.5	7 (100%)	2 (29%)	0.04

Nota: para las comparaciones estadísticas se utilizó la prueba de Wilcoxon. * Para evaluar la diferencia entre proporciones se utilizó prueba de Z. [#] Tiempos medidos en minutos