



Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 18 de noviembre de 2018

Dom028

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA RELACIÓN PCR ULTRASENSIBLE/ALBÚMINA COMO PREDICTOR DE COLECTOMÍA EN PACIENTES CON RECAÍDA GRAVE POR COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

K. E. Bozada-Gutiérrez, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El tratamiento para pacientes con recaída grave por colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) se basa de manera inicial en esteroides intravenosos y como tratamiento de rescate la ciclosporina y el infliximab. Sin embargo, la colectomía es todavía una opción para pacientes que no pueden recibir algún tipo de tratamiento de rescate. Es importante identificar predictores tempranos para colectomía con el fin de instituir un tratamiento apropiado de manera oportuna. No se ha evaluado esta relación de proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us)/albúmina como predictor de colectomía.

Objetivo: Determinar la utilidad diagnóstica como predictor de colectomía de la relación PCR ultrasensible/albúmina como predictor de colectomía en pacientes con CUCI grave.

Material y Métodos: Estudio retrolectivo y transversal que incluyó a 150 pacientes que requirieron hospitalización por CUCI grave durante el periodo de enero del 2012 a febrero del 2018. Se recolectaron variables demográficas, clínicas y bioquímicas al ingreso para calcular la relación PCR-us/albúmina. Se realizó análisis estadístico con el programa estadístico SPSS versión 24.

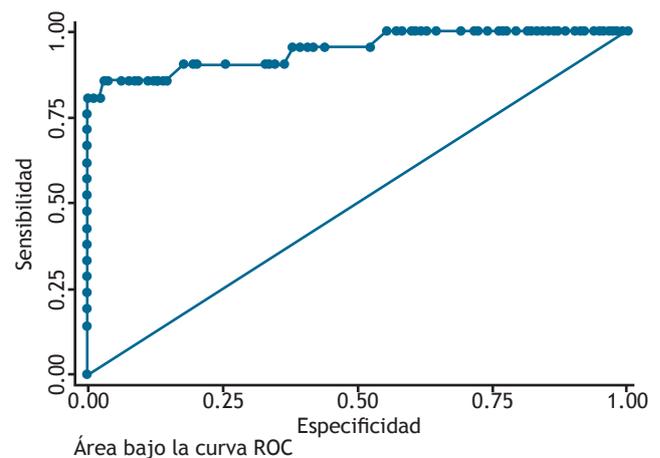
Resultados: Un total de 150 pacientes se hospitalizó por recaída grave de CUCI y recibió tratamiento inicial con esteroides intravenosos y de todos los casos el 26% tuvo falla a la respuesta a esteroi-

des intravenosos al tercer día. Del grupo de pacientes que fallaron al tratamiento inicial, 6 (15.38%) requirieron colectomía y 33 (84.6%) recibieron ciclosporina por vía oral a dosis de 4 mg/kg tras mantener cifras séricas de 200 a 250 pg/ml. De éstos, 22 sujetos (66.6%) respondieron a la ciclosporina y 11 (33.3%) se sometieron a colectomía. Se evaluó el rendimiento diagnóstico de la relación PCR-us/albúmina al ingreso que mostró que el área bajo la curva (ROC) fue de 0.9438, con un punto de corte de la relación PCR-us/albúmina de 0.37, con sensibilidad de 85.71%, especificidad de 96.92%, valor predictivo positivo de 78.3% y valor predictivo negativo de 97.7%. Véase la **Figura 1**.

Conclusiones: La relación PCR-us/albúmina con punto de corte de 0.37 al ingreso tiene buena utilidad diagnóstica en la predicción de colectomía en pacientes con recaída grave por CUCI.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Curva ROC con área bajo la curva de la relación PCR/albúmina como predictor de colectomía en pacientes con CUCI grave.



Dom029

EL TRANSPORTADOR ABCC7/CFTR ESTÁ DISMINUIDA Y ASOCIADA CON EL CURSO CLÍNICO DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)

M. A. Villeda-Ramírez, J. Furuzawa-Carballeda, R. Barreto-Zúñiga, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) se caracteriza por inflamación crónica e intermitente del colon y es de causa desconocida. Los genes que codifican a proteínas transmembranales de la familia de los transportadores ABC (*ATP binding cassette family*) se han relacionado con la falta de respuesta al tratamiento farmacológico. El CFTR (*cystic fibrosis transmembrane-conductance regulator*) es miembro de la subfamilia de proteínas ABCC y es un canal iónico que participa activamente en la regulación de la absorción y secreción de cloro, lo cual sugiere que el CFTR participa en el desarrollo de inflamación, ya que interviene en la actividad del factor de transcripción NF- κ B y la liberación de citocinas proinflamatorias.

Objetivo: Determinar la expresión génica y proteica del CFTR en pacientes con CUCI y un grupo control, así como evaluar su nexo con resultados clínicos.

Material y Métodos: Se estudió a 41 pacientes con diagnóstico histopatológico de CUCI (21 con CUCI activa y 20 en remisión), así como 21 individuos incluidos en el grupo control sin inflamación. De todos los individuos se obtuvieron biopsias de mucosa de colon y se conservaron en RNA; con posterioridad se extrajo RNA de acuerdo con el protocolo del estuche de extracción de RNA (*high pure RNA tissue kit*) y se realizó síntesis de DNA complementario con la técnica de transcripción reversa y al final se determinó la expresión génica del CFTR e IL-6 como marcador de inflamación mediante la reacción en cadena de la polimerasa de tiempo real (PCR-RT) y b-actina como gen de referencia. La expresión proteica se realizó mediante determinación *in situ* de la proteína de CFTR con la técnica de inmunohistoquímica en tejido colónico proveniente de colectomías de pacientes con CUCI grave y como control de áreas sanas de pacientes con cáncer de colon. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS versión 20. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como significativo.

Resultados: La expresión génica de CFTR estuvo disminuida en pacientes con CUCI activa comparada con remisión y el grupo control sin inflamación ($p=0.004$ y $p < 0.001$, respectivamente). La expresión génica de la IL-6 se observó incrementada en la CUCI activa respecto de CUCI en remisión y grupo control ($p < 0.001$). La expresión proteica de CFTR estuvo incrementada en el epitelio en controles sin inflamación en comparación con la CUCI grave. La menor expresión génica de CFTR se vinculó con un curso clínico caracterizado por actividad continua de la enfermedad ($p=0.030$). La edad promedio de los pacientes con CUCI fue de 44 ± 14 años, 57% hombres y 43% mujeres. El 82% tuvo más de tres años de evolución de la enfermedad. El 34% presentó manifestaciones extraintestinales y en cuanto a la extensión el 53% tuvo pancolitis y 47% CUCI distal (E3 y E2). El 75% mostró un curso clínico inicialmente activo y después inactivo; 10% mostró un curso intermitente y 15% uno continuo.

Conclusiones: Existe disminución de la expresión génica y proteica de CFTR en pacientes con CUCI activa y se relacionó con curso clínico manifestado por actividad continua.

Financiamiento: Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Dom030

¿LA SOBREENPRESIÓN GÉNICA DE LOS TRANSPORTADORES DE FÁRMACOS MRP1 Y MRP4 ESTÁ INDUCIDA POR EL ESTÍMULO INFLAMATORIO DE LA INTERLEUCINA 1 EN LÍNEAS CELULARES DE COLON?

M. A. Villeda-Ramírez, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los transportadores MRP (*multidrug resistant proteins*) se describieron como causantes de la resistencia a fármacos y se emplean en el tratamiento del cáncer, ya que transportan gran cantidad de moléculas y se expresan en diversos tejidos, incluido el intestino. Los MRP forman parte de una subfamilia de proteínas transportadoras dependientes de ATP denominadas ABCC, las cuales dan lugar a la resistencia farmacológica. Los transportadores MRP1, MRP2 y MRP4 participan en el transporte de fármacos administrados en el tratamiento de la CUCI, como 5-aminosalicilatos, esteroides y tiopurinas. Estudios recientes en modelos animales e *in vitro* han notificado la modulación de la expresión de los MRP por interleucinas proinflamatorias como la IL-6, IL-8 e IL-1b, lo cual puede repercutir en la efectividad del tratamiento farmacológico.

Objetivo: Estudiar la regulación de la expresión de los genes MRP1, MRP2 y MRP4 en células epiteliales de colon provenientes de cáncer de colon HT29 estimuladas con recombinantes de IL-1b.

Material y Métodos: Se utilizaron células epiteliales de colon HT29 cultivadas en placas de seis pozos e incubadas a 37°C con 90% de humedad y 5% de CO_2 . Los cultivos celulares con una confluencia al menos del 80% se estimularon con la recombinante de interleucina 1b (IL-1b) a una concentración de 10 ng/ml a las 1, 6 y 12 h. Se realizó extracción del RNA mensajero y síntesis de DNA complementario mediante retrotranscripción (RT-PCR). La determinación de la expresión relativa de los genes de MRP1, MRP2 y MRP4 e IL-8 como marcador de inflamación se realizó por PCR en tiempo real, con el uso de la b-actina como gen de referencia. El análisis estadístico se llevó a cabo con pruebas no paramétricas tipo Kruskal-Wallis para determinar la diferencia de la expresión génica entre todos los grupos y la prueba de Spearman para la correlación entre la expresión génica de los genes evaluados. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como significativo.

Resultados: En líneas celulares de colon tipo HT29 estimuladas con IL-1b se encontró incremento de la expresión génica del MRP1 a las 12 h ($p < 0.05$) y por otro lado la expresión génica de MRP2 se encontró disminuida de manera significativa a las 6 horas ($p=0.04$). Por último, la expresión de MRP4 estuvo aumentada de manera significativa a las 12 horas ($p=0.03$) posterior al estímulo con IL-1b. Existe correlación positiva entre los grados de expresión génica de MRP1 y MRP4 con IL-8 ($R=0.580$, $p=0.04$ y $R=0.707$, $p=0.10$, respectivamente). No se encontró correlación significativa entre la expresión génica de MRP2 e IL-8.

Conclusiones: La expresión génica de MRP1 y MRP4 en líneas celulares de colon tipo HT29 estimuladas con IL-1b se halló aumentada de manera significativa y se correlacionó con los grados de expresión génica de IL-8, lo cual sugiere que el proceso inflamatorio induce su sobreexpresión y ello podría modificar la respuesta al tratamiento farmacológico utilizado en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Financiamiento: Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Dom031

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DE CROHN POR MEDIO DEL ÍNDICE MaRIA A TRAVÉS DE ENTERORRESONANCIA MAGNÉTICA

K. E. Bozada-Gutiérrez, M. Licano-Zubiarte, M. Chapa-Ibargüengoitia, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es un proceso inflamatorio crónico que afecta a todo el tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano. Debido al carácter penetrante y transmural de la EC, es insuficiente evaluar la actividad de la enfermedad tan sólo por medio de métodos endoscópicos y bioquímicos, ya que es necesario utilizar un método de imagen que permita valorar todas las capas del intestino afectado como la enterorresonancia magnética (ERM). En México no se ha evaluado el índice MaRIA (*magnetic resonance index of activity*) para medir actividad de la enfermedad por ERM en pacientes con EC.

Objetivo: Evaluar la actividad de la EC a través del índice MaRIA por enterorresonancia magnética.

Material y Métodos: Estudio retrolectivo que incluyó a un total de 75 pacientes con diagnóstico histopatológico confirmado de enfermedad de Crohn del periodo comprendido entre marzo del 2012 y marzo del 2018. Se recolectaron las variables sociodemográficas, clínicas y bioquímicas, así como datos de la enterorresonancia magnética para calcular la actividad por medio del índice MaRIA, la cual incluye las siguientes variables: engrosamiento mural, RCE (*relative contrast enhancement*), edema y presencia de úlceras. Se utilizaron curvas ROC para calcular el área bajo la curva y se comparó con los dos índices clínicos: CDAI (*Crohn's disease activity index*) y Harvey-Bradshay. Se calculó la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo y negativo. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 24.

Resultados: Se evaluó a 75 pacientes con EC, de los cuales el 62.2% correspondió a mujeres y el 37.8% a hombres. Respecto de los años de evolución, el 32% tenía menos de cinco años de evolución, el 27% entre 5 y 10 años y el 40% más de 10 años, con una media de 9.6 años. En relación con la localización, el 36% tuvo afectación ileal, 15% colónica, 39% ileocolónica y 8% gastrointestinal alta. Todos los pacientes se encontraban bajo algún tratamiento farmacológico: 91.9% con esteroides, 8% con azatioprina y 9% con tratamiento biológico anti-TNF. De acuerdo con la curva ROC para el índice MaRIA, se utilizó como punto de corte 7, el cual mostró ser el mejor para diferenciar a pacientes con actividad radiológica. Se evaluó la utilidad diagnóstica del índice MaRIA al tomar en cuenta los índices de actividad clínicos de Harvey-Bradshay y CDAI. El área bajo la curva con Harvey-Bradshay fue de 0.66, con una sensibilidad de 83.33% y especificidad de 50.0%, valor predictivo positivo de 81% y negativo de 52%, mientras que para el CDAI el área bajo la curva fue de 0.69%, con una sensibilidad de 89.13% y especificidad de 50%, valor predictivo positivo de 74% y negativo de 73%.

Conclusiones: El índice MaRIA es útil para evaluar la actividad de la EC por medio de enterorresonancia magnética en esta población.

Financiamiento: Ninguno.

Dom032

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA INESPECÍFICA (CUCI) EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

J. H. Moreira-Alcívar, E. I. Juárez-Valdés, F. Zamarripa-Dorsey, Hospital Juárez de México

Introducción: La colitis ulcerativa crónica inespecífica afecta a la mucosa del colon en extensión variable; el paciente puede presentar los síntomas típicos de la enfermedad (diarrea, rectorragia y dolor abdominal). El cuadro clínico depende de la extensión de la enfermedad y del grado de actividad. El síntoma más característico es la diarrea con sangre y puede presentarse acompañada o no de síntomas sistémicos. Para establecer un diagnóstico definitivo suele ser necesaria la combinación de hallazgos clínicos, biológicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos indicativos de la entidad. Se consideró necesario valorar las características clínicas y el tratamiento de los pacientes y verificar su respuesta al tratamiento.

Objetivo: Determinar las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de colitis ulcerativa crónica inespecífica atendidos en el Hospital Juárez de México.

Material y Métodos: Es un estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de CUCI sin distinción de sexo, edad, género, grado de enfermedad, tratamiento administrado y respuesta terapéutica, atendidos en el servicio de consulta externa en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2017 y el 30 de julio del 2018.

Resultados: Se incluyeron 32 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de CUCI, con una edad promedio de 48 años, de los cuales 17 eran mujeres (53%) y 15 hombres (47%). Características clínicas: entre los síntomas evidenciados de mayor a menor frecuencia figuraron diarrea mucosanguinolenta en 34% (11); diarrea crónica en 25% (8); dolor abdominal más diarrea en 16% (5); hematoquecia en 13% (4); enterorragia en 6% (2) y proctorragia en 6% (2). Los diagnósticos iniciales en la consulta externa fueron diarrea crónica en 40% (13), sangrado del tubo digestivo bajo en 30% (10), síndrome de intestino irritable en 6% (3), enfermedad inflamatoria intestinal en 12% (4), enfermedad diverticular complicada en 3% (1) y proctitis en 3% (1). Hallazgos de laboratorio: anemia en 47%, elevación de reactantes de fase aguda en 28%, leucocitosis en 8% e hipoalbuminemia en 3%. El 14% no tuvo alteraciones. Las comorbilidades previas fueron: hipertensión arterial sistémica en 12%, diabetes mellitus tipo 2 en 6%, enfermedad diverticular en 6%, hipertiroidismo en 6%, artritis reumatoide en 3%; el 43% no presentó antecedentes patológicos personales. Luego de los estudios de colonoscopia y confirmación con biopsias se estadificó a los pacientes según la clasificación de Montreal en E3 con 53% (17); E2 con 31% (10); E1 con 16% (5). En relación con la mejoría clínica se informó un 78% (25) con respuesta favorable al tratamiento administrado. Del total de pacientes, han requerido ingreso hospitalario siete.

Conclusiones: Se determinaron los siguientes datos: edad promedio de 48 años, leve prevalencia en el sexo femenino, diarrea mucosanguinolenta como síntoma más frecuente, diagnóstico inicial de diarrea crónica seguida de sangrado de tubo digestivo bajo, anemia como hallazgo de laboratorio más frecuente, hipertensión como comorbilidad más prevalente, E3 como mayor presentación en la estadiificación de Montreal y respuesta favorable de los pacientes al tratamiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom033

COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS CON EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

J. L. De León-Rendón, R. Y. López-Pérez, N. I. Gracida-Mancilla, M. A. Recalde-Rivera, B. Jiménez-Bobadilla, D. A. Vargas-Velásquez, L. Alarcón-Bernés, J. A. Villanueva-Herrero, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Se tiene evidencia de un aumento de la incidencia de la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) en México, pero ésta varía de acuerdo con el estado e incluso entre hospitales de una misma región. Es importante conocer las características clínicas de los pacientes con CUCI, así como su curso clínico, necesidad de tratamiento quirúrgico y resultados.

Objetivo: Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con CUCI atendidos en un servicio de coloproctología de un centro de tercer nivel en la Ciudad de México, con énfasis en los factores relacionados con la necesidad de tratamiento quirúrgico.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyó a 60 pacientes con diagnóstico de CUCI confirmado por histopatología. Se recolectaron los datos demográficos, clínicos y bioquímicos de cada individuo. La gravedad se midió con base en las escalas de Truelove y Witts, escala endoscópica de Mayo e índice histológico de Riley. La significancia estadística se determinó con un valor de $p < 0.05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 23.0.

Resultados: Se incluyó a 60 pacientes (30 hombres y 30 mujeres). La media de edad fue de 40.6 ± 13.3 años. La extensión de la enfermedad fue proctitis en 61.7%. Diecinueve pacientes (31.8%) presentaron manifestaciones extraintestinales. El 55% tenía como tratamiento único 5-ASA. Catorce enfermos (23.3%) requirieron medidas quirúrgicas principalmente por falta de respuesta al tratamiento médico. En los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico, el curso clínico de la enfermedad fue intermitente en 42.9% y con actividad persistente en 57.1% de los casos (OR 19.11, IC95% 3.9 - 92.60, $p < 0.0001$). La extensión de la enfermedad más frecuente fue la pancolitis (OR 24.44, IC95% 5.2 - 113.81, $p < 0.0001$). Diez pacientes (71.4%) se encontraban en tratamiento con esteroides (OR 13.71, IC95% 2.70 - 69.53, $p < 0.0001$). El 28.6% de los individuos se catalogó con actividad grave por TW (OR 4.22, IC95% 0.89 - 19.74, $p = 0.77$). Sin embargo, cuando se analizó el mismo grupo con la escala endoscópica de Mayo, se elevó a 64.3% (OR 5.1, IC95% 11.4 - 118.27, $p = 0.01$) y con la actividad histológica (índice de Riley) hasta 57.1% (OR 19.11, IC95% 3.94 - 92.60, $p < 0.0001$). Todos los pacientes operados requirieron por lo menos una hospitalización durante el curso de la enfermedad (OR 1.8, IC95% 1.41 - 2.39, $p < 0.0001$).

Conclusiones: Las características clínicas de la CUCI son útiles para identificar a los pacientes que pueden presentar una evolución tórpida de la enfermedad y que podrían requerir tratamiento quirúrgico.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Dom034

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Y ENFERMEDAD DE CROHN: INFORME DE CASO

M. C. Martínez-Soto Holguín, J. E. Alfaro-Bolaños, E. Liquidano-Pérez, J. M. Cázares-Méndez, E. Toro-Monjaraz, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La enfermedad de Crohn se caracteriza por una inflamación granulomatosa transmural, que afecta cualquier parte del tracto gastrointestinal, con incremento de la frecuencia en edades pediátricas en los últimos años. Posee una amplia gama de manifestaciones intestinales y extraintestinales. Como tratamiento se han propuesto fármacos como esteroides, tiopurinas, metotrexato, aminosalicilatos y anti-TNF, entre otros.

Objetivo: Describir la relación entre el síndrome de Guillain-Barré y la enfermedad de Crohn.

Informe de casos: Paciente masculino de 3 años y 9 meses con diagnóstico de enfermedad de Crohn tratado con prednisona, azatioprina y mesalazina con buena respuesta. A los 3 años y 7 meses

consultó a urgencias por antecedentes de 17 días con dificultad para deambular, caídas desde plano de sustentación en repetidas ocasiones, debilidad progresiva, necesidad de ayuda para deambular y sedestación con apoyo; la madre niega diarrea, fiebre u otro síntoma que sugiera causan infecciosa; niega debilidad de miembros superiores o dificultad respiratoria. Sin datos de alarma gastrointestinal, se calcula PCDAI en 0. Exploración física con marcada debilidad de miembros inferiores, arreflexia y sensibilidad conservada. Se sospechó Guillain-Barré y se inició abordaje; se realizó punción lumbar: microproteínas, 246; glucosa, 61, agua de roca, sin película y 8 células. Velocidad de conducción nerviosa: polineuropatía motora de tipo mixto desmielinizante y axonal en las extremidades inferiores y superiores. Cultivo y frotis de líquido cefalorraquídeo negativos. Se confirma síndrome de Guillain-Barré.

Discusión: La enfermedad de Crohn puede presentar complicaciones extraintestinales en el 50% de los casos y son más frecuentes las manifestaciones cutáneas y articulares; la frecuencia de las complicaciones neurológicas varía entre 3% y 33.2% de los casos, entre ellas neuropatía periférica, disfunción vestibular, hipertensión intracraneal, miastenia grave y trastornos cerebrovasculares. La fisiopatología de las complicaciones neurológicas es poco conocida, algunas tienen mediación inmunológica y otras son complicaciones secundarias a deficiencia nutricional o inducidas por el tratamiento. Rara vez la EII puede desarrollar una polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda o síndrome de Guillain-Barré; la aparición de éste como manifestación extraintestinal se ha notificado en pacientes durante una recaída, concurrentemente o después del diagnóstico e incluso durante tratamiento con anti-TNF en informes aislados en pacientes adultos. Modelos animales de colitis han sugerido el papel de la flora entérica que activa al sistema inmunitario relacionado con el intestino contra antígenos bacterianos, y por tanto contra la mucosa del colon por similitud molecular. Algunos de estos antígenos colónicos los comparten otros órganos y aportan una base patogénica inmunológica de las manifestaciones extraintestinales en individuos genéticamente predisuestos. Se cree que el desarrollo tanto del síndrome de Guillain-Barré como de la enfermedad de Crohn implica un aumento sistémico o local de las citocinas inflamatorias acompañadas de desequilibrio Th1/Th2, lo que resulta en síndromes autoinmunitarios.

Conclusiones: Son pocos los casos pediátricos comunicados en las publicaciones médicas de dicha relación, pero ante la presencia de datos indicativos se debe buscar de modo intencionado con el fin de contar con un diagnóstico y tratamiento oportunos y evitar así las secuelas de largo plazo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom035

EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN Y EFECTOS ADVERSOS ENTRE PICOSULFATO SÓDICO MÁS CITRATO DE MAGNESIO Y ÁCIDO CÍTRICO CONTRA POLIETILENGLICOL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

R. M. Miranda-Cordero, A. M. Ganado-Escobar, A. A. Rosales-Solís, R. Romero-Fierro, Centro Médico ISSEMYM Lic. Arturo Montiel Rojas

Introducción: La información en relación con la preparación intestinal bajo condiciones inflamatorias es limitada. Algunos autores registran bajas tasas de satisfacción y tolerancia en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), e incluso algunos sujetos sufren recaída después de la colonoscopia. El polietilenglicol (PEG) requiere la ingestión de 4 L y se acompaña de náusea, vómito y

distensión; algunos estudios han utilizado 2 L y observado una menor limpieza de colon derecho. Algunos metaanálisis que comparan PEG contra preparaciones con fosfato de sodio comunican mejores índices en el apego y satisfacción con preparaciones de mejor sabor y menor volumen.

Objetivo: Evaluar el grado de satisfacción y efectos adversos entre picosulfato sódico más citrato de magnesio y ácido cítrico (picoprep) respecto del PEG en una cohorte de EII.

Material y Métodos: Cohorte de pacientes con diagnóstico de EII que participaron en un estudio de no inferioridad, prospectivo, aleatorizado, controlado y ciego sencillo para evaluar la eficacia en la preparación intestinal entre picoprep y PEG. Un día antes de la colonoscopia, los pacientes recibieron líquidos claros y PEG/picoprep. El día del estudio se realizó un cuestionario de evaluación de satisfacción global (bueno, regular, malo), sabor de la preparación e intención de volver a tomar la preparación. Asimismo, se evaluaron los efectos adversos: náusea, vómito, mal sabor de boca, dolor abdominal y cefalea. Análisis estadístico con χ^2 de Pearson.

Resultados: Se incluyó a 97 pacientes. 35.1% (n=34) fueron hombres y 64.9% (n=63) mujeres, con una edad media en el grupo de picoprep de 46.66±11.01 años y de PEG de 51.30±9.50 años. En 84.5% (n=82) había colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) y en 15.5% (n=15) enfermedad de Crohn. Hasta 49.5% (n=48) recibió PEG y 50.5% (n=49) picoprep. Con respecto al grado de satisfacción, 66% (n=64) lo refirió como bueno para ambas preparaciones, el 6.2% (n=6) como malo (3/picoprep y 3/PEG) y el 27.8% como regular (9/picoprep y 18/PEG). En cuanto al sabor de la preparación, 6.2% (n= 6) lo calificó como malo (todos recibieron PEG). En relación con la intención de repetir la preparación, 3.1% (n=3) de los pacientes no volvería a tomar picoprep y 11.3% (n=11) no lo haría con PEG. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los que sí utilizarían otra vez picoprep y los que no lo consumirían ($p=0.019$). Ningún paciente suspendió la preparación. Los efectos adversos fueron náusea, 50.5% (n=49) para picoprep y 49.5% (n=48) para PEG; vómito, 50.5% (n=49) para picoprep y 49.5% (n=48) para PEG; dolor abdominal, 50.5% (n=49) para picoprep y 49.5% (n=48) para PEG; mal sabor de boca, 50.5% (n=49) para picoprep y 49.5% (n=48) para PEG; y cefalea, 50.5% (n= 49) para picoprep y 49.5% (n=48) para PEG; no hubo diferencias entre ambos brazos de tratamiento ($p=0.663$).

Conclusiones: Se identificó una diferencia estadísticamente significativa entre volver a utilizar picoprep o PEG ($p=0.019$). Algunos estudios registran náusea como el efecto más desagradable con la ingestión de PEG (31%); en esta cohorte se observó sólo en 4.1%. Por último, algunos autores han observado que la mayoría de los pacientes coincide en que el tipo de preparación intestinal es suficiente para decidir si volverían a realizar una colonoscopia.

Financiamiento: El estudio recibió financiamiento de Ferring con la donación de Picoprep; los investigadores y autores de este trabajo no recibieron ningún tipo de remuneración.

Dom036

PREVALENCIA Y FACTORES RELACIONADOS CON DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HE CMN LA RAZA

G. A. Morones-Navarrete, F. Martínez-Silva, M. I. García-Pérez, C. M. Del Real-Calzada, C. A. Erik-Antonio, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una anomalía crónica autoinmunitaria e incurable del tracto gastrointestinal que posee un curso de exacerbaciones y recaídas, las cuales llevan a implicaciones físicas y psicológicas. La EII incluye a la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI), ambas relacionadas con comorbilidades psiquiátricas; la depresión puede afectar al 25% y la ansiedad al 30% de los pacientes con EII a lo largo de su vida. Los trastornos psiquiátricos se acompañan de resultados adversos en la evolución de la EII, entre ellos aumento de recaídas, pobre calidad de vida, falla al tratamiento con infliximab y disminución de la observancia del tratamiento. En pacientes con enfermedad de Crohn, la depresión y la ansiedad pueden relacionarse con un aumento de la necesidad de tratamiento quirúrgico. A pesar de ello, los trastornos de ansiedad y depresión son poco reconocidos. En la población atendida por los autores no existe un estudio que establezca la prevalencia de estos trastornos; luego de conocer la prevalencia y los factores relacionados con éstos se puede incidir en su tratamiento y valorar con posterioridad la implicación que su control tiene sobre la afección de base.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores relacionados con depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de EII de un centro de tercer nivel en México.

Material y Métodos: Estudio observacional, transversal y prospectivo que incluyó a pacientes con diagnóstico de EII pertenecientes a la Clínica de Colon del HE CMNR. Se determinó la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-V y se evaluaron las siguientes variables como probables factores relacionados con depresión y ansiedad: edad, sexo, tipo de EII, actividad de la enfermedad, tiempo de evolución, consumo de esteroides, institución de tratamiento biológico, manifestaciones extraintestinales, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS 22, con un modelo de regresión logística multivariada. La significancia estadística se consideró con los valores de $p<0.05$ a un IC95%.

Resultados: Se incluyó a 96 pacientes con EII. La mediana de edad fue de 46.57 años, con predominio del sexo femenino (52.08%); el 80.20% de los pacientes tuvo CUCI mientras que el 19.79% restante enfermedad de Crohn. La prevalencia de depresión en la CUCI

Tabla 1. Factores relacionados con ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

DEPRESIÓN	B	Error estándar	Wald	gl	Sig	Exp (B)	95% de intervalo de confianza para Exp (B)	
Sexo femenino	-1.067	0.546	3.826	1	0.050	344	0.118	1.002
Actividad leve de la enfermedad	-2.954	1.334	4.902	1	0.027	0.052	0.004	0.713
ANSIEDAD	B	Error estándar	Wald	gl	Sig	Exp (B)	95% de intervalo de confianza para Exp (B)	
Manifestaciones extraintestinales	916	0.575	2.536	1	0.041	2.500	0.809	7.722
Edad 31-50 años	0.671	0.717	5.435	1	0.020	0.188	0.046	0.766
Evolución >10 años	0.877	.933	4.053	1	0.044	0.153	0.025	0.952

fue de 28.57% y la de ansiedad de 25.97%; por su parte, la prevalencia de depresión en la enfermedad de Crohn fue de 36.84% y la de ansiedad de 42.10%. Con el modelo de regresión logística se encontró que el sexo femenino y la actividad leve de la enfermedad se acompañan de menor presencia de depresión ($p < 0.05$, IC95%). Las manifestaciones extraintestinales, el grupo de edad de 31-50 años y el mayor tiempo de evolución se vincularon con la presencia de ansiedad ($p < 0.05$, IC95%). Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: Se encontró una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con EI respecto de la informada en la población general. La prevalencia fue mayor en pacientes con enfermedad de Crohn respecto de la encontrada en pacientes con CUCI. La actividad leve de la enfermedad y el sexo femenino se acompañaron de una menor presencia de depresión, mientras que las manifestaciones extraintestinales, la edad de 31-50 años y el mayor tiempo de evolución se relacionaron con la presencia de ansiedad. La prevalencia de estos trastornos es similar a la notificada en estudios realizados en otras poblaciones con EI, si bien los factores relacionados difieren en esta población.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Dom037

EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

L. G. Pedroza-Terán, E. Ramos-Raudry, N. Gamboa-Piña, D. Morel-Almonte, T. Cortés-Espinosa, M. V. Ramos-Gómez, J. A. Suárez-Cuenca, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tienen dos a tres veces más riesgo de enfermedad vascular temprana. Se han relacionado los valores elevados de proteína C reactiva, calprotectina, homocisteína y polimorfismos del NOD2, entre otros, los cuales favorecen el desarrollo de aterosclerosis subclínica, rigidez arterial y engrosamiento de la íntima media carotídea, mediciones predictoras de riesgo cardiovascular; las calificaciones convencionales no son de utilidad en este grupo de pacientes. Existen resultados controvertidos; la remisión de la enfermedad y el tratamiento biológico pueden reducir el riesgo cardiovascular.

Objetivo: Evaluar el riesgo cardiovascular en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y Métodos: Estudio observacional, transversal, analítico y comparativo. Se comparó a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal con pacientes sanos mediante la medición del grosor de la íntima media carotídea (CIMT) y la vasodilatación mediada por flujo (FMD). Las variables continuas se expresaron en media \pm desviación estándar. Las variables categóricas se expresaron en frecuencia y porcentajes y comparación de medias para evaluar variables cuantitativas entre grupos sin y con enfermedad inflamatoria intestinal. Se realizó análisis de correlación de Pearson entre la gravedad clínica y los valores de los marcadores de riesgo cardiovascular. Se consideró significancia con un valor de $p = 0.05$. El análisis se realizó con el software SPSS 23.0.

Resultados: Se incluyó a 25 pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, 9 con Crohn y edad promedio de 42.6 años (intervalo, 32-52) y 16 con CUCI; la edad promedio fue de 50.9 años (intervalo, 42-60). Para los pacientes con Crohn, la media de PCR fue 17.89 (DE, 24.8) y con CUCI de 10.25 (DE, 20.1). Las escalas de actividad de Truelove fueron de 10.63 (DE, 2.6), mientras que la CDAI fue de 119.7 (DE, 74.1). En la medición del grosor

de la íntima carotídea, los 9 pacientes con Crohn (100%) contaron con la medición y entre ellos la CIMT izquierda fue de 0.84 (DE, 0.15) y la derecha de 0.87 (DE, 0.2); la determinación de la vasodilatación mediada por flujo (FMD) en este grupo mostró un promedio de 11.47 (DE, 9.08), aunque 5 de ellos (55.6%) presentaron una FMD menor de 10%. Para los individuos con CUCI, la media de la íntima carotídea izquierda fue de 0.68 (DE, 0.23) y derecha de 0.75 (DE, 0.21), la media de FMD fue de 16.6 (DE, 12.68) y 4 de ellos (25%) mostraron valor de FMD menor de 10%. En el análisis comparativo con 25 controles sanos en relación 1:1, la media de la íntima carotídea izquierda fue de 0.69 (DE, 0.11) y la derecha de 0.65 (DE, 0.12). La media de FMD fue de 13.9 (DE, 7.3), con cinco de ellos (20%) con una FMD menor de 20%. En el análisis de correlación entre los valores de FMD y la actividad inflamatoria determinada por las escalas de CDAI y Truelove, para Crohn y CUCI respectivamente, así como los valores de PCR y VSG, ninguna mostró correlación y todas señalaron índices de correlación menores de 0.3.

Conclusiones: En este estudio no se encontró correlación entre el índice de actividad de la enfermedad y riesgo cardiovascular, pero sí una ligera tendencia a mayores índices vasculares en la enfermedad de Crohn que en la CUCI, sin alcanzar significancia estadística ni lograr diferencia con el grupo control. Se requiere mayor número de muestras y estudios subsecuentes para demostrarlo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom038

LOS NIVELES DE CREATININA SÉRICA SE ASOCIAN A LA ACTIVIDAD CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. A. Villeda-Ramírez, J. J. Toledo-Mauriño, G. Ramos-Cárdenas, H. Hernández-Ballesteros, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EI) comprende dos entidades clínicas principales, la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), ambas de causa desconocida. Existen diferentes indicadores para evaluar la gravedad y actividad clínica de la EI con base en criterios clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos. La creatinina sérica es un parámetro bioquímico que indica catabolismo proteico, el cual se presenta con frecuencia en pacientes con EI activa de gravedad variable.

Objetivo: Evaluar si los valores de creatinina sérica están relacionados con el desenlace clínico en pacientes mexicanos con EI.

Material y Métodos: Se evaluó a 49 pacientes con EI de la clínica de enfermedad inflamatoria Intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se evaluaron las variables demográficas, antropométricas, clínicas y bioquímicas. La composición corporal se evaluó mediante bioimpedancia eléctrica con el equipo QuantumX de RJL Systems®. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución de los datos. Se usó el paquete estadístico SPSS v. 21 y se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se estudió a 42 pacientes con CUCI y 7 con EC. El promedio de edad actual fue de 44.38 \pm 15.37 años. El 48% correspondió a mujeres y el 52% a hombres. El peso habitual tuvo un promedio de 66.93 \pm 14.12 kg y el peso actual fue de 60.67 \pm 17 kg. El IMC promedio fue de 24.61 \pm 4.76 kg/m². El porcentaje de masa grasa de los pacientes tuvo una media de 33.98 \pm 10.84%. La masa libre de grasa presentada por los pacientes tuvo una mediana de 67.40% (34.80-86.60%). Los pacientes presentaron una masa magra promedio de 15.94 \pm 6. Los valores de creatinina fueron en los pacientes con CUCI de 0.78 \pm 0.16 mg/dl y en los pacientes con EC de 0.72 \pm 0.19 mg/dl. Se encontró correlación positiva entre el grado de actividad clínica y el nivel de creatinina sérica ($R = -0.309$,

$p=0.03$), así como correlación positiva entre la masa libre de grasa ($R=0.357$, $p=0.01$) y el porcentaje de masa magra ($R=0.326$, $p=0.022$). La actividad de la enfermedad estuvo distribuida como sigue: 34% en remisión, 23.4% con actividad leve, 21.3% con actividad moderada y 21.3% con actividad grave de acuerdo con los criterios de Truelove-Witts. El 26% tuvo curso clínico inicialmente activo y después inactivo, 44% actividad intermitente (<2 recaídas por año) y 26% actividad continua (>recaídas por año). En cuanto el tratamiento farmacológico, el 12.2% sin tratamiento, el 42.9% tenía tratamiento con 5-ASA, el 8.2% esteroides, el 4.1% tiopurinas, el 4.1% biológico y el 18.4% combinado (5-ASA/esteroides), el 2% con 5-ASA/tiopurinas, el 2% con 5-ASA/esteroides/tiopurinas, 4.1% con esteroides/tiopurinas y 2% con 5-ASA/tiopurina biológico.

Conclusiones: Los valores de creatinina sérica se correlacionan de manera positiva con la actividad clínica de la EI, la masa libre de grasa y el porcentaje de masa magra, lo cual puede reflejar el grado de catabolismo proteico que existe en los pacientes con actividad de dicha enfermedad.

Financiamiento: Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Dom039

PREDICTORES DE FALLA DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ESTEROIDES INTRAVENOSOS EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA GRAVE

K. E. Bozada-Gutiérrez, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Alrededor del 15% de los pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) sufre recaída grave, lo cual requiere hospitalización y tratamiento intravenoso con esteroides. Estudios en población caucásica han identificado predictores de falta de respuesta a los esteroides intravenosos, pero no existen estudios en la población latinoamericana.

Objetivo: Determinar los factores relacionados con falla de respuesta al tratamiento con esteroides intravenosos (IV) al tercer día de su ingreso en pacientes mexicanos con CUCI grave.

Material y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva que evaluó a pacientes con CUCI grave quienes requirieron hospitalización y tratamiento intravenoso con esteroides (hidrocortisona o metilprednisolona) durante el periodo de enero del 2012 a febrero del 2018. Se definió como falla en la respuesta al tratamiento con esteroides IV a los pacientes que al tercer día continuaban con más de ocho evacuaciones sanguinolentas al día y proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us) elevada >4.5 mg/dl. Se recolectaron variables demográficas, clínicas y bioquímicas al ingreso, tercer día y egreso. Se realizó análisis estadístico con SPSS, versión 24.

Resultados: Un total de 150 pacientes hospitalizados por recaída grave de CUCI que recibieron tratamiento inicial con esteroides intravenosos se evaluó en el presente estudio. El 26% tenía falla a la respuesta con esteroides IV y exigió tratamiento de rescate: 15.38% necesitó colectomía y 84.6% tratamiento con ciclosporina. Los pacientes con falla a la respuesta con esteroides IV presentó mayor frecuencia de tabaquismo activo (89.7%vs61.6%, $p<0.001$), tratamiento previo con azatioprina (71.8%vs42%, $p<0.001$), dependencia a esteroides (56.4%vs31.3%, $p<0.001$) y la presencia de manifestaciones extraintestinales como artralgias (82.1%vs34.8%, $p<0.001$), uveítis (38.5%vs9.8%, $p<0.001$), eritema nudoso (35.9%vs10.7%, $p<0.001$) y sacroileítis (41%vs10.7%, $p<0.001$) en comparación con el grupo respondedor a esteroides IV. Los factores predictores de falla de respuesta a esteroides IV al tercer día fueron en el análisis univariado PCR-us (10vs0.9, $p<0.001$), VSG (100vs14.7, $p<0.001$), albúmina

(1.3vs3.4, $p<0.001$), número de evacuaciones (9vs1.6, $p<0.001$) y cifras de hemoglobina (8.3vs9.4, $p<0.001$). Véase la **Tabla 1**. Sin embargo, en el modelo de regresión logística, los factores que persistieron con significancia estadística fueron: 1) PCR-us >8 mg/dl (RM 5.4, IC95% 1.68-17.81); 2) número de evacuaciones >8 (RM 14.3; IC95% 1.5-43.4) y 3) cifras de hemoglobina <8 g/dl (RM 4.61, IC95% 1.18-17.8).

Conclusiones: Los factores relacionados con la falla en la respuesta a los esteroides intravenosos al tercer día en pacientes con CUCI grave fueron PCR-us mayor de 8 mg/dl, número de evacuaciones >8 y valores de hemoglobina <8 g/dl.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Análisis univariado de predictores de falla en la respuesta al tratamiento con esteroides intravenosos en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática grave.

	Sin respuesta al tratamiento n=39	Respuesta al tratamiento n=112	P
	3 días	3 días	3 días
PCR-us	10.0±2.0	0.9±0.16	<0.001
VSG	100±17.5	14.7±4.3	<0.001
Leucocitos	7.1±1.8	7.5±4.0	0.455
Plaquetas	325 (265-599)	289 (242-342)	0.007
Albúmina	1.3±0.5	3.4±0.5	<0.001
Sin evacuaciones	9.0±0.6	1.6±0.4	<0.001
Temperatura	36.9±0.8	36.3±0.4	<0.001
FC	98±6.8	98.7±6.9	0.785
Hb	8.3±1.8	9.4±1.7	0.002
PCR/albúmina	6.8 (4.8-10.3)	0.2±0.07	<0.001

Dom040

EXPERIENCIA DEL USO DE LA CICLOSPORINA ORAL COMO TERAPIA DE RESCATE EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA GRAVE REFRACTARIA A ESTEROIDES INTRAVENOSOS

J. K. Yamamoto-Furusho, K. E. Bozada-Gutiérrez, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los esteroides intravenosos se utilizan como tratamiento de primera línea en casos de pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) grave. En pacientes resistentes a esteroides intravenosos entre el tercer y quinto días se ofrece tratamiento de rescate con ciclosporina o infliximab. No existen estudios acerca de la experiencia en Latinoamérica acerca del uso de la ciclosporina como tratamiento de rescate en la CUCI grave.

Objetivo: Describir la experiencia de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del INCMNSZ en pacientes que requirieron tratamiento de rescate con ciclosporina por resistencia a esteroides intravenosos en pacientes con CUCI grave.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo que evaluó a todos los pacientes con CUCI grave resistentes a esteroides intravenosos y que requirieron tratamiento de rescate con ciclosporina hospitalizados en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) durante el periodo de enero del 2012 a febrero del 2018. Se recolectaron variables demográficas, clínicas y bioquímicas

al ingreso, al tercer y séptimo días de la hospitalización para evaluar la respuesta al tratamiento de rescate. El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico SPSS, versión 24.

Resultados: Se incluyó a 33 pacientes que recibieron ciclosporina oral a dosis de 4 mg/kg, 19 fueron hombres (57.6%) y 14 mujeres (42.4%), con edad promedio de 36 años (intervalo, 20-68 años). El tiempo promedio de evolución de la CUCI fue de 11+4.5 años. En relación con el tratamiento médico anterior a la hospitalización, consistió en 5-aminosalicilatos (100%), uso previo de esteroides (93.9%) y 69.7% con tiopurinas. En 19 pacientes (57.6%) eran dependientes de esteroides y todos los pacientes presentaron al menos una manifestación extraintestinal (MEI), en especial artralgias en el 81.3%, 63.6% úlceras orales, 60.6% osteoporosis, 42.4% epiescleritis y 33.3% eritema nudoso. Al séptimo día se evaluó la respuesta a la ciclosporina: 22 pacientes (66.6%) respondieron a la ciclosporina oral y 11 (33.3%) requirieron colectomía. Los parámetros clínicos y bioquímicos mejoraron de manera significativa del ingreso al séptimo día de tratamiento con ciclosporina, tal y como se describe a continuación: Hb (7vs10.7, $p<0.001$), PCR ultrasensible (9.3vs0.8, $p<0.001$), VSG (92.9vs19, $p<0.001$), albúmina (1.5vs3.2, $p=0.003$), FC (122vs65, $p=0.003$) y número de evacuaciones (9vs2, $p<0.001$). El tiempo promedio para la respuesta fue de 4 a 14 días. Ningún paciente presentó reacciones adversas a la ciclosporina.

Conclusiones: La experiencia con el uso de la ciclosporina como tratamiento de rescate en la clínica de EII del INCMNSZ es satisfactoria, ya que es un tratamiento efectivo y seguro como rescate a la colectomía en pacientes mexicanos con CUCI grave resistentes a los esteroides intravenosos.

Financiamiento: Ninguno.

Dom041

VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS BMQ Y SEAMS PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

K. E. Bozada-Gutiérrez, J. K. Yamamoto-Furusho, A. Fresán-Orellana, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La adherencia al tratamiento es crucial en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) para evitar recaídas y complicaciones. En México no se cuenta con ninguna herramienta validada para evaluar la adherencia en pacientes con EII.

Objetivo: Traducir los instrumentos *Belief Medicines Questionnaire* (BMQ) y *Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale* (SEAMS), así como determinar su validez, fiabilidad y sensibilidad en pacientes mexicanos con diagnóstico de EII.

Material y Métodos: Se incluyó a 149 pacientes previo consentimiento informado de la Clínica de EII del INCMNSZ con diagnóstico de EII. Se tradujeron los instrumentos SEAMS y BMQ al español y luego se aplicaron durante la consulta médica. Para la SEAMS se realizó un análisis factorial exploratorio, análisis de curva ROC y determinación del alfa de Cronbach; para el BMQ se empleó el coeficiente kappa de Cohen y su capacidad predictiva.

Resultados: Se incluyó a 149 pacientes, 75 mujeres (50.3%) con edad promedio de 44 años. La escala SEAMS mostró un único factor altamente confiable (alfa de Cronbach=0.92) y un punto de corte de 33 para identificar a los pacientes adherentes. Las dimensiones *adherencia* y *barrera de recuerdo* del BMQ fueron adecuados predictores de adherencia en pacientes con EII.

Conclusiones: Los instrumentos SEAMS y BMQ, versión en español, son válidos para medir autoeficacia y barreras para la adherencia al

tratamiento farmacológico en pacientes mexicanos con IBD.

Financiamiento: Ninguno.

Dom042

PREDICTORES TEMPRANOS DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ESTEROIDES INTRAVENOSOS EN PACIENTES CON RECAÍDA GRAVE POR COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

K. E. Bozada-Gutiérrez, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Alrededor del 25% de los pacientes con diagnóstico de CUCI tiene en algún momento del curso clínico una recaída grave. El tratamiento de primera línea son los esteroides intravenosos, los cuales tienen una tasa de respuesta de 70%. Se desconocen los predictores tempranos al ingreso hospitalario para respuesta al tratamiento con esteroides intravenosos en pacientes con CUCI grave.

Objetivo: Determinar los predictores tempranos de respuesta a los esteroides intravenosos en pacientes con recaída grave de CUCI al ingreso hospitalario.

Material y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva que incluyó a pacientes con diagnóstico de CUCI que requirieron hospitalización por recaída grave durante el periodo de enero del 2012 a febrero del 2018. Se evaluaron predictores de respuesta a esteroides intravenosos al ingreso hospitalario con parámetros bioquímicos y clínicos. Se realizó análisis invariado y multivariado con el programa estadístico SPSS, versión 24.

Resultados: Se analizó a 151 pacientes de los cuales el 51% correspondió a hombres. En el análisis multivariado (regresión logística), los factores predictores al ingreso hospitalario para respuesta al tratamiento con esteroides intravenosos fueron PCR ultrasensible <6.5 mg/dl (RR 0.21, IC95% 0.08-0.57), número de evacuaciones <7 (RR 0.18, IC95% 0.06-0.50) y número de plaquetas $<400/\text{mm}^3$ (RR 0.85, IC95% 0.8-0.9).

Conclusiones: Los predictores tempranos al ingreso hospitalario para respuesta a los esteroides intravenosos en pacientes con recaída grave por CUCI fueron: PCR ultrasensible <6.5 mg/dl, número de evacuaciones <7 y número de plaquetas $<400/\text{mm}^3$.

Financiamiento: Ninguno.

Dom043

FRECUENCIA DE ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS EN PACIENTES MEXICANOS CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA Y SU IMPACTO CON DESENLACES CLÍNICOS

J. J. Toledo-Mauriño, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) se caracteriza por la presencia de afección limitada en mucosa y submucosa colónicas. Se ha descrito previamente que los virus causantes de enfermedades exantemáticas pueden persistir en el endotelio microvascular y contribuir al desarrollo de la EII. Se desconoce la frecuencia de antecedentes de alguna enfermedad exantemática y su relación con resultados clínicos.

Objetivo: Determinar la frecuencia de antecedentes de enfermedades exantemáticas en la infancia, así como su relación con resultados clínicos en pacientes mexicanos con CUCI.

Material y Métodos: Estudio de tipo transversal en el que se evaluó a 256 pacientes con diagnóstico definitivo de CUCI. Se recabaron las variables demográficas y clínicas a partir de los expedientes clínicos tales como sexo, edad actual y al diagnóstico, curso clínico, extensión de acuerdo con la clasificación de Montreal, manifestaciones extraintestinales, actividad endoscópica e histológica y tratamiento actual. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para analizar la distribución de los datos y, según fuera la naturaleza de éstos, se utilizaron las pruebas de χ^2 , exacta de Fisher, coeficiente de correlación de Pearson, coeficiente de correlación de Spearman, t de Student y U de Mann-Whitney de acuerdo con cada caso. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS, versión 22.0.

Resultados: La media de edad de los pacientes incluidos fue de 42.02 ± 14.53 años, con 50.8% mujeres y 49.2% hombres. La media de edad al diagnóstico de la CUCI fue de 32.95 ± 13.48 años. La frecuencia fue del 41.4% que tuvieron antecedente de alguna enfermedad exantemática en la infancia: 21.5% padeció sarampión, 33.2% varicela, 4.7% rubeola y 1.2% escarlatina. La edad al diagnóstico de la CUCI de los pacientes con antecedente de sarampión fue mayor que la de aquellos que no contaron con dicho antecedente (36.29 ± 15 años y 32.03 ± 12.93 años, respectivamente, $p=0.018$). No se encontró ninguna relación entre el antecedente de enfermedades exantemáticas con los diversos resultados clínicos. Los pacientes presentaron en promedio 8.65 ± 7.67 años de evolución. La extensión estuvo distribuida de acuerdo con la clasificación de Montreal: 12.5% tuvo E1, 8.2% E2 y 46.9% E3. El 46.1% presentó curso clínico inicialmente activo después inactivo, 46.1% intermitente (<2 recaídas al año) y 7.8% continuo (>2 recaídas por año). Un 28.9% presentó al menos una manifestación extraintestinal. En cuanto a la actividad endoscópica de acuerdo con la clasificación de Mayo: 32% mostró remisión o Mayo 0, 28.1% actividad leve o Mayo 1, 23.4% actividad moderada o Mayo 2 y 16.4% actividad grave o Mayo 3. En el caso de la actividad histológica evaluada por la escala de Riley: 20.7% experimentó remisión; 33.2% actividad leve; 29.3% actividad moderada; y 16.8% actividad grave. En relación con el tratamiento médico: 47.7% sólo tenía 5-aminosalicilatos (5-ASA); 13.7% 5-ASA y esteroide; 18% 5-ASA, esteroide y tiopurina; 1.6% sólo tiopurina; 6.3% 5-ASA y tiopurina; 0.4% adalimumab y 0.4% esteroide con tiopurina.

Conclusiones: La frecuencia de antecedente de enfermedades exantemáticas fue del 41.4%. La presencia de antecedente de sarampión se vinculó con mayor edad al diagnóstico en pacientes mexicanos con CUCI, lo cual sugiere que las enfermedades exantemáticas no parecen jugar un papel relevante en la etiopatogenia de la CUCI.
Financiamiento: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Dom044

LA CONVIVENCIA CON FAUNA DOMÉSTICA SE RELACIONA CON MAYOR RIESGO DE PRESENTAR RECAÍDA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

J. J. Toledo-Mauriño, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una anomalía que se caracteriza por la presencia de afección limitada al colon con periodos alternantes de recaída y remisión. Se ha descrito que en la etiopatogenia intervienen varios factores ambientales. Estudios previos han señalado que la fauna doméstica, en especial gatos y perros, se vincula con mayor riesgo para el desarrollo de enfermedad inflamatoria intestinal. No existen estudios que hayan evaluado la fauna doméstica como factor que influya en el curso clínico de la enfermedad.

Objetivo: Determinar si la presencia de fauna doméstica influye en el curso clínico de pacientes con CUCI.

Material y Métodos: Se evaluó a 230 pacientes con diagnóstico de CUCI confirmado por histopatología. Se recolectaron a partir de expedientes clínicos y entrevistas las características demográficas y clínicas de la CUCI, así como la presencia de convivencia con fauna doméstica. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la presencia de distribución normal en los datos. Se utilizaron las pruebas χ^2 , exacta de Fisher y se informó razón de momios (RM) como medida de relación e intervalos de confianza al 95%. Se consideró como significativo un valor de $p < 0.05$. Se empleó el paquete estadístico SPSS, versión 22, para el análisis de los datos.

Resultados: Los pacientes con CUCI tuvieron un promedio de edad de 42.06 ± 14.6 años. Se encontró convivencia positiva con fauna doméstica en 39.6% de los pacientes con CUCI: 29.6% declaró convivir con perros, 5.7% con gatos, 3.5% con aves no especificadas, 1.3% con pericos, 0.9% con gallinas, 0.4% con canarios y 0.4% con borregos. El antecedente positivo de convivencia con fauna doméstica se vinculó con un mayor riesgo de presentar recaída de la CUCI (RM 2.14, IC95% 1.17-3.92, $p=0.013$). El 73.2% de los pacientes se diagnosticó antes de los 40 años y sólo el 26.8% después de los 40 años. En relación con la evolución de la enfermedad, el 8.7% de los pacientes tuvo diagnóstico reciente, 6.5% menos de 1 año de evolución, 16.5% entre 1 y 2 años de evolución y 68.3% por lo menos 3 años de evolución. En cuanto a la actividad endoscópica por Mayo: 26.1% experimentó remisión endoscópica (Mayo 0); 30.9% actividad leve (Mayo 1); 25.7% actividad moderada (Mayo 2); y 17.4% actividad grave (Mayo 3). En cuanto a la actividad histológica por el índice de Riley: 15.2% presentó remisión histológica; 36.1% actividad leve, 30.9% actividad moderada y 17.8% actividad intensa. La extensión estuvo distribuida como sigue: 50.9% tuvo pancolitis (E3), 9.1% colitis izquierda (E2) y 13.5% colitis distal (E1). El curso clínico se caracterizó por 43% de actividad inicial y después remisión prolongada; 4.1% actividad intermitente (menos de dos recaídas anuales) y actividad continua (más de dos recaídas anuales) con 7.8%. El 29.6% mostró al menos una manifestación extraintestinal. El tratamiento médico consistió en 95% con 5-aminosalicilatos; 33.9% esteroides y 26.9% tiopurinas.

Conclusiones: La frecuencia de convivencia con fauna doméstica fue del 39.6% y se vinculó con mayor riesgo de presentar recaídas.

Financiamiento: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Dom045

EVALUACIÓN DE ANTECEDENTES ALÉRGICOS Y SU POTENCIAL IMPACTO CLÍNICO EN PACIENTES MEXICANOS CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

J. J. Toledo-Mauriño, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) se distingue por la presentación de úlceras en mucosa y submucosa limitadas exclusivamente al colon y recto. Se ha descrito que en los pacientes con CUCI participa de forma predominante una respuesta tipo Th2, por lo cual se ha postulado que existe relación entre dicha respuesta y antecedentes de alergias. Existen informes en los que se han relacionado alergias alimentarias, sobre todo a leche, huevo y trigo en los que dicho hallazgo se vinculó con mayor riesgo para desarrollar CUCI y además con un curso clínico más grave. Actualmente se desconoce si existen otros factores alérgicos de tipo no alimentario que influyan en el curso clínico de pacientes con CUCI.

Objetivo: Evaluar si los antecedentes de alergias de tipo ambiental no alimentario influyen en el curso clínico de la CUCI.

Material y Métodos: Se encuestó a 178 pacientes con diagnóstico de CUCI confirmado por histopatología. Se aplicó un cuestionario que exploró la presencia de antecedente de alergias actuales o del pasado, forma de manifestación, alérgenos más frecuentes en población general y antecedentes heredofamiliares de alergia. Para comprobar la existencia de distribución normal en los datos se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para la realización del análisis estadístico se empleó el software SPSS, versión 22. Se utilizó razón de momios como medida de relación. En caso de las variables paramétricas se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. En el caso de variables no paramétricas se usaron las pruebas de χ^2 , exacta de Fisher y coeficiente de correlación de Spearman. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: El 55.1% correspondió a mujeres y el 44.9% a hombres. La media de edad de los pacientes fue de 41.94 ± 13.52 años y el promedio de edad al diagnóstico fue de 32.72 ± 13.43 años. Se encontró que el 12.9% refirió algún tipo de alergia a lo largo de la vida, el cual se distribuyó de la siguiente forma: 3.9% al pasto, 1.7% al heno, 2.2% al moho, 1.1% a hojas de árboles, 5.1% a gatos, 2.8% a perros, 1.1% a caballos, 1.1% a otros animales, 0.6% a bebidas alcohólicas, 5.1% a cosméticos, 5.6% a aerosoles, 6.2% a perfumes, 0.6% a insecticidas, 6.2% a aromatizantes, 1.7% a borradores, 15.7% a polvo casero, 7.3% a humo, 8.4% a contaminación, 11.8% al aire frío, 8.4% a la humedad y 0.6% al látex. El 55.5% comunicó la presencia de algún antecedente heredofamiliar de alergia. El antecedente de alergia a pasto se relacionó con mayor riesgo de diagnóstico antes de los 40 años (RM 6.20, IC95% 1.20-34.15, $p=0.02$). El antecedente de alergia a polvo casero se acompañó de evolución mayor a 3 años (RM 1.79, IC95% 1.03-3.11, $p=0.04$). La media de años de evolución fue de 8.90 ± 6.61 . En cuanto a extensión, de acuerdo con la clasificación de Montreal: 60.1% de los pacientes presentó colitis extensa (E3), 11.8% colitis izquierda (E2) y 15.1% colitis distal (E1). El curso clínico fue de 15.2% con recaída inicial y después remisión prolongada, 77.5% menos de dos recaídas anuales y 6.7% más de dos recaídas anuales. El 24.2% presentó alguna manifestación extraintestinal. El 91% se hallaba bajo tratamiento a base de 5-aminosalicilato; 27.5% con esteroides, 25.3% con tiopurinas y 4.4% con tratamiento anti-TNF.

Conclusiones: El antecedente de alergia fue del 12.9% y específicamente la alergia al pasto y polvo casero se relacionó con la presentación clínica de pacientes mexicanos con CUCI.

Financiamiento: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Dom046

TABAQUISMO Y ENFERMEDAD DIVERTICULAR: ANÁLISIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

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

Introducción: Se ha planteado en numerosos estudios que existe aumento de la incidencia de enfermedad diverticular y complicaciones relacionadas con los divertículos en pacientes fumadores y exfumadores. Esto representa un factor modificable, el cual ha demostrado alterar la función inmunitaria intestinal y el tiempo de tránsito, reducir el flujo sanguíneo y vincularse con un estado inflamatorio crónico, que pueden favorecer el desarrollo de hemorragia y diverticulitis.

Objetivo: Investigar la relación entre el tabaquismo y el desarrollo de hemorragia por enfermedad diverticular en pacientes diagnosticados con divertículos por colonoscopia.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional, con revisión de 1 406 (38.6%) pacientes diagnosticados con enfermedad diverticular por colonoscopia de un total de 3 635 colonoscopias efectuadas entre enero de 2009 y agosto de 2017 en el Hospital Español de México. Un total de 1 144 pacientes con diverticulosis satisfizo los criterios de inclusión en los que se analizaron características clínicas y demográficas, como el consumo de tabaco, suspensión del tabaquismo, enfermedades crónicas y degenerativas e índice de masa corporal, entre otras. Se obtuvo la información de los expedientes clínicos y endoscópicos de cada paciente y se efectuó un análisis estadístico con media \pm desviación estándar, mediana, frecuencias absolutas y relativas de estas variables. Las variables con significado estadístico se analizaron con regresión logística y se realizó un modelo de regresión logística bivariado y multivariado por medio del programa Stata SE, versión 12.0.

Resultados: De los 1 144 pacientes con una edad media de 72 ± 12 años, 532 eran de sexo masculino (47%), con un IMC de 24.7 ± 3.3 . Hasta 319 (28%) pacientes tenían un consumo activo de tabaco, con promedio de 5-10 cigarrillos/día, 248 pacientes eran exfumadores (22%); el índice de comorbilidad de Charlson global fue de 4.0 ± 1 en promedio para los pacientes con diverticulosis. Sólo 232 (20%) sujetos habían tenido un episodio de STDB de origen diverticular previo y 118 (10%) un suceso previo de diverticulitis; 358 pacientes (31%) presentaron hemorragia activa en el momento de la colonoscopia como episodio inicial. Por medio del modelo de regresión de Cox se registró que el tabaquismo incrementaba el riesgo de sangrado con una razón de riesgo (OR) de 1.05 e intervalo de confianza al 95% de 1.01-1.07. Ser exfumador presentaba una razón de riesgo de hemorragia de 1.18 (IC 0.88-1.56). Otras variables relacionadas con un mayor riesgo de hemorragia en pacientes con diverticulosis fueron la hipertensión arterial sistémica (OR 1.77; IC95% 1.38-2.25) y padecer alguna enfermedad cardiovascular (OR 2.21; IC95% 1.65-2.95).

Conclusiones: En este estudio, el tabaquismo activo y previo fue un factor de riesgo incrementado para hemorragia diverticular. Existen trabajos que muestran evidencia de que los fumadores tienen mayor producción de agentes vasoconstrictores, lo cual favorece la presencia de hemorragia. Otros factores señalados en las publicaciones médicas han sido el IMC elevado y presencia de grasa visceral, que en este estudio no se demostró ($p=0.012$). Otros factores relacionados en este trabajo con la presencia de hemorragia por divertículos fueron la hipertensión arterial sistémica y padecer alguna enfermedad cardiovascular.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom047

FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS CON EL DESARROLLO DE HEMORRAGIA DIVERTICULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

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

Introducción: Existen varios factores informados en las publicaciones médicas que se relacionan con el desarrollo de hemorragia de origen diverticular, sobre todo en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Otros estudios han sugerido que existe también relación con obesidad, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y consumo de alcohol.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo clínico que pueden intervenir en el desarrollo de hemorragia en pacientes diagnosticados con divertículos por colonoscopia.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional, con revisión de 1 406 (38.6%) pacientes diagnosticados con

enfermedad diverticular por colonoscopia de un total de 3 635 colonoscopias efectuadas entre enero de 2009 y agosto de 2017 en el Hospital Español de México. Un total de 1 144 pacientes cumplió con los criterios de inclusión, con edad media de 72 ± 12 años y 532 de sexo masculino (47%). Se obtuvo información acerca de los parámetros clínicos con especial atención en los antecedentes cardiovasculares, y se realizó un análisis estadístico con media \pm desviación estándar, mediana, frecuencias absolutas y relativas. Se compararon los grupos con prueba t de Student o prueba exacta de Fisher. Las variables con significado estadístico se analizaron con regresión logística tras realizar modelos de regresión bivariado y multivariado por medio del programa Stata SE, versión 12.0.

Resultados: De los 1 144 pacientes, el índice de masa corporal promedio fue de 24.7 ± 3.3 . El antecedente de consumo activo de alcohol al momento del estudio estuvo presente en 63 pacientes (6%). De los antecedentes crónicos y degenerativos, 451 (39%) tenían hipertensión arterial sistémica y 238 (21%) diabetes mellitus; 725 (63%) de estos pacientes presentaban alguna enfermedad cardiovascular como estenosis o calcificación de cualquiera de las válvulas, disfunción ventricular de varios grados, antecedente de cateterismo cardíaco, cualquier alteración hemodinámica o FEVI $< 65\%$ informada por ecocardiografía, enfermedad aterosclerótica, recambios valvulares o antecedente de algún infarto agudo al miocardio. En el análisis bivariado se advirtió que la hipertensión arterial sistémica (OR 1.77; IC95% 1.38-2.25) y padecer cualquiera de las enfermedades cardiovasculares (OR 2.21; IC95% 1.65-2.95) son factores de riesgo para presentar hemorragia de origen diverticular. La mayoría de estos pacientes consume medicamentos anticoagulantes orales (141, 12%) y antiagregantes plaquetarios como clopidogrel, prasugrel o ácido acetilsalicílico (AAS), 437 pacientes en total (38%); se encontró también una relación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) con el desarrollo de hemorragia diverticular.

Conclusiones: La prevalencia aumentada de trastornos cardiovasculares y el uso de distintos medicamentos como los anticoagulantes orales y antiagregantes plaquetarios incrementan los episodios de hemorragia gastrointestinal en los pacientes con enfermedad diverticular. Otro factor de riesgo en este trabajo que se vinculó con hemorragia de origen diverticular fue la hipertensión arterial sistémica; el índice de masa corporal ($p = 0.012$) y el antecedente de diabetes mellitus ($p = 0.017$) no se relacionaron con incremento de los episodios de hemorragia. La mayor parte de estos pacientes consume distintos fármacos que, solos o en combinación con otros, pueden alterar la circulación gastrointestinal y sistémica y predisponer a hemorragia y complicaciones.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom048

PREVALENCIA DE LA COLITIS MICROSCÓPICA EN PACIENTES EN PROTOCOLO DE ESTUDIO POR DIARREA CRÓNICA

J. M. Aquino-Ramos, M. F. Higuera-de La Tijera, E. Ornelas-Escobedo, J. A. Meléndez-Andrade, A. Vega-Valdez, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colitis microscópica es una enfermedad inflamatoria crónica del colon que se distingue por diarrea acuosa crónica. De manera característica aparece en pacientes de mediana edad con predominio sobre el sexo femenino. Por lo general, la colonoscopia en estos pacientes muestra rasgos normales y el diagnóstico se establece mediante biopsia de la mucosa colónica. La incidencia de colitis colagenosa y colitis linfocítica es de 1.1 a 5.2 y 3.1 a 5.5 por 100 000 por año, respectivamente, en Estados Unidos; hasta el momento no hay estudios de prevalencia en México.

Objetivo: Determinar la prevalencia y el comportamiento de la colitis microscópica como causa de la diarrea crónica en la institución de los autores.

Material y Métodos: Pacientes con diagnóstico de diarrea crónica en estudio atendidos en el Hospital General de México en el periodo comprendido entre diciembre del 2017 y junio 2018, sometidos a colonoscopia. Estudio retrospectivo, transversal y observacional; las variables analizadas fueron: edad, género, enfermedades crónicas, alergias, cirugías, variables de la citometría hemática, sangre, determinación de sangre oculta en heces, informe de colonoscopia, localización anatómica y tipos histológicos. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia y tendencia central para la obtención de porcentajes, media y promedio.

Resultados: Se revisaron 233 expedientes de pacientes en estudio por diarrea crónica; la edad promedio fue de 55.5 años (\pm) con predominio del género femenino (68%); se encontraron 22 casos de colitis microscópica (9.4%) y el subtipo histológico predominante fue la variedad linfocítica en el 81%. La colonoscopia fue normal en 59%, colitis inespecífica en 13%, pancolitis en 68.1%, proctitis ulcerativa en 18.1% y proctitis izquierda en 13.63%.

Conclusiones: Se encontró que la prevalencia de colitis microscópica en este estudio fue de 9.4%, un dato mayor a lo informado en las publicaciones médicas mundiales. Puede considerarse que el tamaño de la muestra en este estudio es representativo de la población, lo cual señala la prevalencia y el comportamiento de esta entidad. Será de gran importancia para conocer la epidemiología de la colitis microscópica en México continuar con el seguimiento del estudio, lo cual conducirá al entendimiento de esta afección que es cada vez más frecuente en las publicaciones médicas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Dom049

MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA EN HOSPITALES DE VERACRUZ

E. J. Barrios-Hernández, L. A. Angulo-Flores, L. Salgado-Vergara, M. A. Carrasco-Arróniz, O. Ávila-Mercado, J. C. Castellanos-Juárez, D. Bringas-Vásquez, J. Sempé-Minvielle, Z. E. Montes-Osorio, Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, región Veracruz-Boca del Río

Introducción: La enfermedad diverticular complicada es una entidad que requiere atención hospitalaria multidisciplinaria, sobre todo cuando ocurre la perforación, la cual suele presentarse en pacientes de edad avanzada, con comorbilidades adjuntas. Existen diversos criterios que pueden predecir la posibilidad de complicaciones y muerte; el de Hinchey es el más aceptado y la cirugía es el tratamiento de elección. En México existen pocos informes sobre su tratamiento por lo que se decidió realizar este protocolo.

Objetivo: Evaluar los resultados del tratamiento de la enfermedad diverticular complicada en hospitales de la ciudad de Veracruz.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de pacientes hospitalizados con diagnóstico de enfermedad diverticular complicada durante el periodo 2013-2017 en cinco hospitales de la ciudad de Veracruz. Los resultados se analizaron por estadística descriptiva, medidas de tendencia central (media, mediana, moda y dispersión, desviación estándar), con uso del programa estadístico IBM.SPSS.V.22.

Resultados: Se revisaron 117 expedientes; la edad promedio del grupo fue de 63.59 ± 15.93 años (intervalo, 23 a 91) con predominio del género masculino (53.85%), factores de riesgo en 38-48% (diabetes mellitus, 31.62%; obesidad, 29.06%; hipertensión arterial, 28.20%; y cardiopatía isquémica, 2.56%). El 64.10% se sometió a cirugía de urgencia (90.64%) por perforación y se clasificó de acuerdo con la escala de gravedad de Hinchey en: I, 26.5%; II, 28.21%; III, 29.91%; y IV, 15.38%, y el 9.94%

restante por hemorragia incontrolable. El 35.90% se sometió a cirugía programada (47.62%) por fístula colovesical, 42.86% por obstrucción y 9.52% por hemorragia. El procedimiento quirúrgico más practicado fue la sigmoidectomía y procedimiento de Hartmann (52.14%), sigmoidectomía con derivación (23.93%), sigmoidectomía sin derivación (16.24%) y lavado y drenaje (7.69%); la vía de abordaje fue abierta en el 90.02% y sólo laparoscópica en 9.02%; el tiempo quirúrgico fue de 192±9.63 min y el promedio de días/estancia de 6.81±16.87. Se presentaron complicaciones en el 31.62% de los casos: fuga de la anastomosis (10.26%), choque séptico (5.13%), absceso residual y evisceración (4.27%), infección de la herida (3.42) y oclusión intestinal (2.56%); la mortalidad ocurrió en el 3.42% de los casos (Tabla 1). **Conclusiones:** En los centros hospitalarios de Veracruz, las características antropométricas y factores de riesgo fueron similares a lo publicado por otros autores; la mayoría presentó perforación clasificada como Hinchey II y III en el 64.10% y se sometieron a operación de ur-

gencia; en el 52% se realizó intervención electiva y la principal indicación fue la fístula colovesical; la técnica quirúrgica más común fue la sigmoidectomía con procedimiento de Hartmann y la anastomosis con desfuncionalización en el 76.07%. La morbilidad de esta serie es comparable a la informada en las publicaciones médicas.

Financiamiento: El estudio se financió con recursos de las propias instituciones.

Dom050

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN SEIS PACIENTES CON FÍSTULA ANOVAGINAL

M. A. Recalde-Rivera, J. L. De León-Rendón, D. A. Vargas-Velásquez, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Las fístulas rectovaginales (FRV) ocurren con una frecuencia menor de 5% respecto de otros tipos de fístulas de la región anorrectal y a menudo resultan de una lesión al tejido, casi siempre después de traumatismo obstétrico, enfermedad inflamatoria intestinal, infección, malignidad, cirugía pélvica o radiación. Más del 80% de las FRV es de origen obstétrico, bien por lesiones esfintéricas que pasan inadvertidas o fallos en la reparación de desgarros perineales. Se han descrito diversas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las fístulas rectovaginales y las vías más comunes de reparación son perineal, transanal, transvaginal y abdominal.

Objetivo: Valorar la resolución de la FAV de las pacientes operadas en un servicio de alta especialidad.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de seis casos subsecuentes de enero de 2017 a junio de 2018. Se efectuó un análisis descriptivo de las variables demográficas, clínicas y quirúrgicas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 24.0.

Resultados: Se incluyó a seis pacientes con edad media de 32 (± 7.6) años. El 83.3% (n=5) de FRV tuvo origen obstétrico y 16.7% (n=1) idiopático. El 66.7% (n=4) tuvo un sólo embarazo y 33.3% (n=2) dos embarazos. Cinco pacientes refirieron un parto vaginal con desgarro obstétrico; una paciente no tuvo ningún parto vaginal. Una persona tenía un FRV recidivante. En el 50% de las fístulas, el orificio primario midió 5 mm y el otro 50% medía 2 mm, 3 mm y 1 cm. Dos individuos refirieron incontinencia con puntaje de JW de 4 y 6, respectivamente. En cinco pacientes se realizó USEA. El orificio dentro del conducto anal se ubicaba en el tercio medio en 80% y en el tercio inferior en 20%. El grosor del tabique anovaginal tenía una media de 5.1 ± 1 (intervalo, 2 a 7.4 mm). En el 66.7% se realizó una fistulectomía con plastia del esfínter anal externo, en 16.7% avance de colgajo y en 16.7% LIFT. Tres pacientes presentaron complicaciones: fístula subcutánea, absceso y dehiscencia de la sutura. Ninguna de las personas del estudio refirió incontinencia posoperatoria.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico con abordaje perineal es el más frecuente y con buenos resultados; las complicaciones posquirúrgicas son menores.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom051

UTILIDAD DEL SISTEMA ULTRASONOGRÁFICO DE GRAVEDAD DE STARCK PARA LA EVALUACIÓN DE LAS LESIONES ESFINTÉRICAS ANALES

M. A. Recalde-Rivera, J. L. De León-Rendón, D. A. Vargas-Velásquez, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Tabla 1. Características antropométricas, factores de riesgo, criterios de gravedad, procedimiento quirúrgico empleado, complicaciones y mortalidad

Parámetro	n=117	% e intervalo
Edad promedio (años)	63.59±15.93	(23-91)
Género		
Masculino	63	53.85
Femenino	54	46.15
Factores de riesgo	45	38.48
Diabetes mellitus	37	31.62
Obesidad	34	29.06
Hipertensión arterial	33	28.20
Cardiopatía isquémica	3	2.56
Tipo de cirugía		
Urgencia	65	64.10
Perforación	59	90.64
Hemorragia	6	9.36
Electiva	42	35.90
Fístula colovesical	20	47.62
Obstrucción	18	42.86
Hemorragia	4	9.52
Criterios de gravedad (Hinchey)		
I	31	26.49
II	33	28.21
III	35	29.92
IV	18	15.38
Procedimiento quirúrgico practicado		
Hartmann	61	52.14
Anastomosis con desfuncionalización	28	23.93
Anastomosis sin desfuncionalización	19	16.24
Lavado y drenaje	9	7.69
Tiempo quirúrgico (min)	192±9.63	(135-242)
Promedio días/estancia	6.81±16.87	(5-21)
Complicaciones	37	31.62
Fuga de la anastomosis	12	10.26
Choque séptico	6	5.13
Absceso residual	5	4.27
Evisceración	5	4.27
Infección de la herida	4	3.42
Oclusión intestinal	3	2.56
Mortalidad	4	3.42

Introducción: La frecuencia de los traumatismos anales es difícil de establecer debido a la gran cantidad de mecanismos etiológicos (múltiples tipos de agentes traumáticos, lesiones yatrogénicas, intervenciones quirúrgicas, causas obstétricas, etc.). El puntaje de Starck (PS) para valorar la gravedad por ultrasonido de las lesiones del esfínter anal consiste en adjudicar un valor de 0 a 3 a cada uno de los tres ejes dimensionales del esfínter (interno y externo). La puntuación total es de 0 a 16 puntos y se divide en leve (1 a 4), moderada (5 a 7) y grave (≥ 8).

Objetivo: Valorar el grado de lesión del esfínter anal mediante puntaje de Starck en una serie de pacientes.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y analítico. Se incluyó a 15 pacientes con lesiones esfintéricas anales por causas obstétricas y no obstétricas (por lesiones quirúrgicas proctológicas y traumáticas) atendidos en el servicio de enero de 2017 a mayo de 2018. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los datos mediante medias, desviación estándar y frecuencias con el programa SPSS, versión 24.0.

Resultados: Se incluyó a 17 pacientes, 11 mujeres y 6 hombres con edad media de 51.47 años (± 9.4), el 47.1% ($n=8$) de origen obstétrico y el 52.9% no obstétrico (23.5% traumáticas y 29.4% yatrogénicas). Para el análisis final se tomó a 11 pacientes por contar con puntaje de JW, el 36.4% con 17-20, el 36.4% con 9-16 y el 27.2% con 0-8. Además, se evaluó el PS: el 27.3% con puntuación de 1-4 y el 72.7% >8 . No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el origen de la lesión y JW (13.33 obstétricas contra 12.40 no obstétricas; $p=0.17$), ni con las presiones de reposo (31vs16.20; $p=0.71$), contracción (50.50vs50.40; $p=0.71$) y contracción mantenida (42.39vs39.20; $p=0.92$) medidas por manometría. Tampoco se encontraron diferencias entre PS y JW (9.33 leve contra 14.25 grave; $p=0.60$), ni con las presiones de reposo (23.67vs24.50; $p=0.41$), contracción (52vs49.88; $p=0.91$) y contracción mantenida (42vs40.25; $p=0.46$).

Conclusiones: La utilización del puntaje de Starck (PS) permite tener una valoración objetiva de las lesiones del esfínter anal.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom052

PREVALENCIA Y TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE COLITIS MICROSCÓPICA Y EOSINOFÍLICA EN PACIENTES CON DIARREA CRÓNICA VALORADOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL CMN 20 DE NOVIEMBRE DEL 2000 AL 2018

K. C. Trujillo-de la Fuente, J. G. López-Gómez, T. Cortés-Espinosa, M. V. Ramos-Gómez, R. Rodríguez-Romo, D. Alemán-Abitia, R. Ramírez-del Pilar, J. Aguilar-Hernández, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La colitis microscópica (CM) es una causa frecuente de diarrea crónica. Se caracteriza por diarrea acuosa no sanguinolenta con mucosa colónica macroscópicamente normal. Del 10% al 15% de los pacientes investigados por diarrea acuosa crónica tienen este diagnóstico. Se pueden dividir en subtipos histológicos: colitis linfocítica (CL), colitis colagenosa (CC) y, cuando se encuentran eosinófilos, colitis eosinofílica (CE). Se observa en pacientes de 50 a 60 años, con mayor frecuencia en el sexo femenino. La prevalencia es poco conocida y su fisiopatología no está bien establecida. La diarrea acuosa crónica es el síntoma más común y puede presentarse con dolor abdominal, incontinencia fecal o pérdida de peso. El diagnóstico se establece por historia clínica y biopsias endoscópicas que muestran características histológicas: >20 linfocitos intraepiteliales por 100 células epiteliales en CL, 10-20 μm de una banda de colágeno subepitelial engrosada en CC y >20 eosinófilos por campo de alto

poder para CE. En México no hay estudios representativos que permitan observar valores estadísticamente significativos para conocer la prevalencia y comportamiento de esta entidad, por lo que resultó importante conducir este estudio.

Objetivo: Determinar la prevalencia y el tiempo de diagnóstico para la colitis microscópica y la colitis eosinofílica en pacientes con diarrea crónica valorados en el servicio de gastroenterología del CMN 20 de Noviembre.

Material y Métodos: Se estudió a pacientes con diagnóstico de diarrea crónica valorados en el servicio de gastroenterología del CMN 20 de Noviembre del año 2000 al 2018. Tipo de estudio: descriptivo y transversal. Variables analizadas: edad, sexo, fecha de valoración de gastroenterología, fecha de diagnóstico de CM y CE. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medias de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

Resultados: De un total de 203 casos enviados al servicio de gastroenterología por diarrea crónica se obtuvo una prevalencia de 3.45% para colitis microscópica que engloba CC y CL, y una prevalencia de 6.40% para CE. De éstas, el 70% pertenece al sexo femenino. Los intervalos de edad se distribuyeron de 18 a 40 años con 15%, de 41 a 60 años con 30% y de 61 a 80 años con un 55% del total de la población estudiada. El promedio de tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico para CM se distribuyó de la siguiente manera: 16.8 \pm 13.2 semanas para CL, 15.1 semanas para CC y 25.8 \pm 34.2 semanas para CE.

Conclusiones: La prevalencia total del diagnóstico de colitis microscópica en la población del CMN 20 Noviembre enviada al servicio de gastroenterología por diarrea crónica fue de 9.85%, con un promedio de edad y una prevalencia en sexo femenino concordantes con las publicaciones médicas internacionales y un tiempo de espera promedio entre el inicio de los síntomas y la confirmación diagnóstica de 22.62 \pm 28.91 semanas. No es posible comparar tiempos de diagnóstico debido a los escasos estudios publicados, lo cual podría deberse a la falta de sospecha de esta entidad patológica y por lo tanto a la demora en la referencia a un servicio especializado para su adecuado abordaje.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom053

ASPECTOS CLÍNICOS Y DEMOGRÁFICOS EN PACIENTES CON PROLAPSO RECTAL OPERADOS POR VÍA ABDOMINAL: ANÁLISIS DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. A. Vargas-Velásquez, A. Güemes-Quinto, A. A. Alquicira-Carmona, J. L. De León-Rendón, M. A. Recalde-Rivera, J. A. Villanueva-Herero, B. Jiménez-Villanueva, G. J. Maya-Vacio, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El prolapso rectal es una protrusión de espesor completo del recto a través del ano. Su evolución comienza con una intususcepción interna, seguida por el prolapso mucoso externo y finalmente el prolapso de espesor completo. Su prevalencia es baja: 0.5% de la población general. El único tratamiento potencialmente curativo para el prolapso rectal de espesor total es la cirugía.

Objetivo: Presentar las características clínicas de la población sometida a reparación abdominal de prolapso rectal en esta institución.

Material y Métodos: Se incluyó a pacientes con registros clínicos completos, desde enero de 2011 hasta junio de 2018, con diagnóstico de prolapso rectal, quienes se sometieron a cirugía abdominal, abierta o laparoscópica, para su corrección. Se utilizaron medidas de tendencia central para su estudio.

Resultados: Se incluyó a 52 pacientes, 11 hombres (21.2%) y 41 mujeres; se estableció el diagnóstico de prolapso rectal en 44 (88.5%),

de prolapso rectal recidivante en 2 (3.8%) y de rectocele en 4 (4.7). La edad media fue de 57.3 años (mínima 20, máxima 93), en hombres 38 años y en mujeres 62 años. Hasta 73.03% de los individuos presentaba incontinencia fecal, con una media de 11 puntos en la escala de la Clínica de Cleveland, 5.8 en hombres (intervalo, 2 a 15) y 12.1 en mujeres (intervalo, 4 a 20). De los 46 pacientes con prolapso externo (88.4%), la media fue de 15 cm (intervalo, 4 a 20 cm). El tiempo de evolución fue de 75 meses. Treinta cinco pacientes se sometieron a procedimiento laparoscópico (67.3%). En seis sujetos se realizó rectopexia posterior (17.19%) y en 29 (82.81%) rectopexia ventral laparoscópica. Sólo un paciente se convirtió a cirugía abierta. Hasta junio de 2018 se han realizado 14 rectopexias ventrales laparoscópicas con un tiempo promedio de 137 minutos (intervalo, 60 a 180), con sangrado promedio de 28 ml (intervalo, 5 a 100). Del total de pacientes, 11 tuvieron recurrencia.

Conclusiones: Antes de agosto de 2017, el procedimiento más realizado fue la rectopexia sin malla y posteriormente el 90% de los procedimientos practicados fue la rectopexia ventral laparoscópica con malla. La prevalencia fue mayor en mujeres en este medio (3:1). La rectopexia ventral laparoscópica se ha convertido en el tratamiento de elección en el centro por su baja recurrencia del prolapso y su baja presentación de complicaciones transoperatorias.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom054

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LA DIVERTICULITIS AGUDA COMO URGENCIA QUIRÚRGICA EN HOSPITALES DE LA REPÚBLICA MEXICANA

D. A. Vargas-Velásquez, A. Güemes-Quinto, A. A. Alquicira-Carmona, J. L. De León-Rendón, M. A. Recalde-Rivera, J. A. Villanueva-Herreiro, B. Jiménez-Villanueva, G. J. Maya-Vacio, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La diverticulitis aguda, definida como la inflamación macroscópica evidente de uno o varios divertículos, ocurre en casi el 4% de los pacientes con diverticulosis. El 15% de estos pacientes tiene una enfermedad complicada: absceso, perforación, fístula u obstrucción colónica. Un 15% a 30% hay recurrencia, con necesidad de tratamiento quirúrgico de urgencia. La morbilidad en general se calcula en 13% a 22% con una mortalidad de 12% a 19%, relacionada casi siempre con enfermedades sistémicas. No existen datos precisos de la frecuencia de la enfermedad diverticular del colon en México. Afecta a 60% de los sujetos mayores de 70 años y a 65% de los mayores de 80 años. En 1976, De la Vega y colaboradores informaron 4.1% en estudios radiológicos y 1.9% en necropsias en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en tanto que en el Hospital Español de México la frecuencia se elevó hasta 9.2% en estudios radiológicos.

Objetivo: Analizar el estadio de acuerdo con la clasificación de Hinchey con la cual se presentaron pacientes con diverticulitis aguda en diferentes hospitales del país.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y analítico que incluyó a pacientes atendidos con laparotomía de urgencia en 15 hospitales de la República Mexicana (13 públicos, 2 privados), cuyo diagnóstico de ingreso fuera alguna afección colorrectal. Se recolectaron las características demográficas, clínicas y quirúrgicas de cada uno de los pacientes. El análisis estadístico se efectuó mediante estadística descriptiva con frecuencias, medias y porcentajes mediante el paquete estadístico SPSS, versión 23.

Resultados: Se identificaron 106 con diverticulitis que requirieron tratamiento quirúrgico. La media de edad fue de 57.16 años (± 15.4 , intervalo de 17 a 103); fueron 52 hombre y 44 mujeres. Las comorbilidades más frecuentes encontradas fueron diabetes mellítica tipo

2 (29.2%) e hipertensión arterial sistémica (17%). La tomografía de abdomen fue el estudio de imagen solicitado más a menudo en 63.2% de los pacientes y hasta en 23.6% se solicitaron múltiples estudios de imagen para su diagnóstico. De acuerdo con la clasificación de Hinchey, se encontró: Hinchey I, 3.8%; Hinchey II, 33%; Hinchey III, 42.5%; Hinchey IV, 17%. Cuatro pacientes se diagnosticaron como diverticulitis complicada, pero no se clasificaron según Hinchey y se catalogaron en hemorragia masiva de tubo digestivo bajo (2 pacientes), fístula colovesical (1 paciente) y otros hallazgos no especificados (1 paciente). Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron: resección, 35.8%; colostomía, 29.2%; y lavado de cavidad, 20.8%, principalmente. Las complicaciones perioperatorias se presentaron en el 11.3% y la más frecuente fue el choque séptico. La mortalidad global fue del 3.8%.

Conclusiones: La diverticulitis representa una entidad frecuente en la cirugía de urgencia. Los estadios II y III fueron los más frecuentes en esta serie. Los grupos etarios afectados con mayor frecuencia fueron: de 51 a 60 años, 24.52%; 71 a 80 años, 20.75%; y 61 a 70 años, 16.98%.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom055

INCIDENCIA DE SÍNTOMAS DE INCONTINENCIA FECAL POSTERIORES AL EMBARAZO EN MUJERES EN LA POBLACIÓN GENERAL

R. Contreras-Omaña, M. F. Pérez-Pasten, S. Téllez-Jaén, D. Madrigal-Sánchez, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, Centro de Investigación en Enfermedades Hepáticas y Gastroenterología

Introducción: La incontinencia fecal representa un grave problema para las personas que la padecen, ya que se vincula con alteraciones psicológicas; las mujeres son quienes tienen mayores factores que las predisponen, incluidos los cambios relacionados con el parto; no existen estudios previos que analicen dicha situación.

Objetivo: Determinar la incidencia de síntomas de incontinencia fecal posparto en mujeres de la población general.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, analítico y poblacional realizado en México, en los meses de junio y julio de 2018, a través de encuestas a mujeres con antecedente de embarazo promedio de redes sociales, con obtención de una muestra total de 1 420 mujeres; con posterioridad se realizó el análisis estadístico de dichos resultados con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Se contó con una muestra total de 1 420 mujeres mayores de 18 años, con un intervalo de edad de predominio de 26 a 35 años (43.5%), seguido de 18 a 25 años (25.4%) y por último 36 a 45 años (23.1%), de las cuales el 51.1% ha presentado un embarazo, 31.9% dos embarazos y 17% tres o más, con un intervalo de edad de primer parto del 61.3% entre 18 y 25 años, 35.3% entre los 25 y 35 años y sólo un 3.5% mayores de 35 años; del total de esta muestra, 9.4% (133) presentó alguna molestia relacionada con incontinencia fecal posterior al embarazo y de éstas 70.7% indicó salida inconsciente de heces o gases, 23.3% escape inconsciente de pequeñas cantidades de materia fecal después de una evacuación y 14.3% salida de materia fecal a pesar de intentos por retenerla, con presentación desde el primer embarazo en un 58.6%. Como factores de riesgo para este síntoma, el peso del producto al nacer no necesariamente se vincula con ésta con un promedio de 3-4 kg; por tipo de parto se encontró que el 56.4% (75) fue vía vaginal, mientras que el 43.6% (58) fue cesárea, lo que representó un OR de 1.4 para parto vaginal sobre cesárea, pero una P no significativa de 0.9. Dentro del parto vaginal, el uso de fórceps no parece relacionarse con riesgo significativo para incontinencia fecal por presentarse

en 18.7%, al igual que el trabajo prolongado, por presentarse sólo en 24%, mientras que la episiotomía sí parece encontrarse relacionada y se observó en 70.7% de las pacientes con parto vaginal. En el lapso transcurrido entre el inicio de los síntomas y la presentación de éstos se encontró que el 68.4% los presentó en los primeros tres meses tras el parto, 11.3% en 4 a 6 meses, 8.3% en 7 a 12 meses, y 12% posterior a los 12 meses. Por último, de las pacientes que presentaron síntomas, 14 recibieron atención médica y de éstas sólo cinco fueron referidas a un médico especialista.

Conclusiones: Como dato más importante dentro de este estudio se encontró que 9.4% de las mujeres desarrolló síntomas de incontinencia fecal posparto; de éstas, 70.7% indicó salida inconsciente de heces o gases. Asimismo, se encontró que no hay diferencia entre la incidencia de síntomas de incontinencia fecal entre el parto vía vaginal y la cesárea, ni en el número de embarazos, con presentación desde el primer embarazo en un 58.6%; de igual manera, el 68.4% los presentó en los primeros tres meses tras el parto, un síntoma relacionado con incontinencia fecal; se requieren estudios con una mayor población para corroborar estos resultados.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom056

PROCEDIMIENTO SECCA® PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA FECAL: RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

J. A. Arciniega-Hernández, O. Vergara-Fernández, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La incontinencia fecal (IF) se define como el paso incontrolado de heces sólidas o líquidas. Múltiples estudios sugieren que ocurre con mayor frecuencia en mujeres y ancianos, con una prevalencia en EUA de 7% a 15%. La IF es un padecimiento físico y socialmente incapacitante que afecta la calidad de vida de los pacientes y se relaciona casi siempre con trastornos como ansiedad, depresión y baja autoestima.

El tratamiento de primera línea incluye modificaciones dietéticas, fármacos, fisioterapia y biorretroalimentación; cuando las medidas conservadoras combinadas no son exitosas, procedimientos como la reparación del esfínter anal o la neuroestimulación sacra son una opción en pacientes aptos para la operación. La administración de energía de radiofrecuencia (RF) en la musculatura del canal anal (mediante el dispositivo SECCA®) se ha propuesto como una opción para aquellos pacientes que no desean someterse a un procedimiento quirúrgico mayor.

Objetivo: Evaluar la durabilidad a largo plazo (15 años) de la aplicación de energía de radiofrecuencia en la musculatura del canal anal con el dispositivo SECCA® para el tratamiento de la incontinencia fecal.

Material y Métodos: Se realizó un seguimiento a largo plazo del estudio prospectivo original en el cual se aplicó energía de radiofrecuencia sobre la musculatura de canal anal, mediante el dispositivo SECCA®, para el tratamiento de pacientes con IF. Se aplicaron la escala de gravedad de incontinencia de la *Cleveland Clinic Florida*, el cuestionario de calidad de vida relacionada con incontinencia fecal y el cuestionario de salud SF-36 a 15 años. Las diferencias entre la línea de base y el seguimiento se analizaron mediante el uso de la prueba t pareada.

Resultados: Se aplicó energía de radiofrecuencia a un total de 19 pacientes en el periodo comprendido entre 1999 y 2001. En un periodo de 15 años se perdió el seguimiento de ocho pacientes y una persona falleció por causas no relacionadas; se incluyó a 10 pacientes, todos del género femenino y la edad de aplicación fue de 57.9±7.3 años, (intervalo, 47-74 años). La duración media de la

incontinencia fecal fue de 7.1 años (intervalo, 1-21). A los 15 años de seguimiento se encontró una tendencia hacia la mejoría en la gravedad de incontinencia fecal sin ser estadísticamente significativa (13.8 a 12.4, p=0.246) y sólo un paciente (10%) mostró mejoría >50%. No se registraron cambios significativos en los puntajes de calidad de vida relacionados con incontinencia fecal, incluidos estilo de vida (2.39 a 2.13, p=0.233), afrontamiento (1.91 a 1.92, p=0.969) y vergüenza (1.66 a 1.86; p=0.436), pero se halló agravamiento en la depresión (2.47 a 1.60, p<0.001). El componente de función social del cuestionario SF-36 mostró agravamiento significativo de 38.1 a 13.33 (p=0.038). Se identificó tendencia hacia la disminución del componente mental del SF-36 de 38.3 a 31.25 (p=0.65). No se encontraron complicaciones en el seguimiento a largo plazo.

Conclusiones: No se halló mejoría significativa ni sostenida en los síntomas de incontinencia fecal y calidad de vida de los pacientes 15 años después del tratamiento con el sistema SECCA®. Sin embargo, los estudios previos realizados en esta institución demostraron la durabilidad de su efecto a cinco años con una baja tasa de complicaciones. Por lo tanto, este procedimiento puede considerarse dentro las opciones terapéuticas para pacientes con incontinencia fecal no susceptible de cirugía y que han fracasado con el tratamiento conservador.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom057

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANOMÉTRICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES MEXICANOS CON SÍNDROME DEL ELEVADOR DEL AÑO (SEA)

M. Amieva-Balmori, K. García-Zermeño, B. J. Franquez- Flores, G. Rojas-Loureiro, F. García-García, P. Gómez-Castaños, F. Roesch-Dietlen, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal

Introducción: La presencia de dolor crónico o recurrente (proctalgia) en el canal anal, recto o pelvis es un síntoma recurrente que afecta a un 7% de la población. Este síntoma altera en grado considerable la calidad de vida de los pacientes. De acuerdo con los criterios de Roma IV se describen al menos tres tipos de proctalgia en relación con las características clínicas y manométricas de los pacientes: a) síndrome del elevador del ano, b) dolor anorrectal funcional inespecífico y c) proctalgia fugaz. De estas entidades, la mejor caracterizada es el síndrome del elevador del ano (SEA) y la tracción dolorosa de la cintilla puborrectal se considera un hallazgo patognomónico. Aunque se han descrito en otras poblaciones los factores de riesgo y las propiedades clínicas y manométricas de los pacientes con SEA, se desconocen cuáles son las características propias de los pacientes mexicanos que la padecen.

Objetivo: Evaluar los factores relacionados y las propiedades manométricas de pacientes con SEA en una cohorte de pacientes mexicanos.

Material y Métodos: Se revisaron los estudios de todos los pacientes referidos a esta institución para realizarse manometría anorrectal de alta resolución (MAAR) con diagnóstico de proctalgia, en el periodo comprendido entre marzo del 2014 y julio del 2018. Se analizaron las características clínicas, demográficas y manométricas de los individuos que cumplieron criterios diagnósticos para el SEA de acuerdo con los criterios de Roma IV (dolor anorrectal crónico o recurrente, >30 min de duración, cintilla puborrectal dolorosa y exclusión de otras causas). Se utilizó estadística descriptiva y promedio.

Resultados: Se evaluó a un total de 43 pacientes (30 mujeres) con edad promedio de 46 años y más de 5.4 años de evolución de los

síntomas, con un IMC de 27. Además, 25.5% refería también estreñimiento y 18.6% incontinencia. Hasta 23% de los pacientes en algún momento se había sometido a cirugía anorrectal. En la MAAR, el 46.5% tenía hipertensión del esfínter, 28% tono normal y 25.5% hipotensión. En el 28% se pudo observar la presencia de ondas anales ultralentas y de éste el 67% tenía hipertensión del canal anal; en cuanto a la maniobra de contracción (*squeeze*), sólo 16% tenía valores por arriba del intervalo establecido y más del 50% una presión poscontracción >60 mmHg, lo que muestra una inadecuada relajación. Del 100% de los pacientes ninguno cumplió criterios para disiner-gia, pero siete pacientes (16.2%) presentaron contracción paradójica durante el estudio. En cuanto a la sensibilidad se dispone de los datos de 26 pacientes, de los cuales el 80% mostró hiposensibilidad en dos de las tres pruebas y sólo uno hipersensibilidad rectal.

Conclusiones: Los pacientes con SEA tienen síntomas de larga evolución y la MAAR demuestra la presencia de alteraciones fisiopatológicas en más del 50% de los casos. En cerca de 1 de cada 5 individuos, la causa del dolor se relaciona disiner-gia y 2 de cada 3 señalan hiposensibilidad rectal. Este tipo de hallazgos influye en el tratamiento de los pacientes que desarrollan SEA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Dom058

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES CON PUNTILLO BLANQUECINO DIFUSO DUODENAL EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE

Y. I. Sosa-Cuevas, L. A. Waller-González, L. Colín-Malváez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: El puntillero blanquecino difuso duodenal es un hallazgo endoscópico infrecuente, caracterizado por un exudado puntiforme de color blanco de densidad variable. No es característico de una enfermedad específica. Escasos son los estudios realizados que determinen las manifestaciones clínicas, endoscópicas y patológicas de los pacientes que lo presentan.

Objetivo: Establecer la incidencia, las manifestaciones clínicas, hallazgos endoscópicos e histopatológicos de los pacientes con puntillero blanquecino difuso duodenal.

Material y Métodos: En total se incluyó a 45 pacientes que se diagnosticaron con puntillero blanquecino difuso duodenal. Se tomaron biopsias gástricas con base en el protocolo de Sidney y al menos cuatro biopsias de la mucosa de la primera y segunda porciones del duodeno con puntillero blanquecino difuso. Todas las biopsias se evaluaron en el servicio de patología. Se recolectó la información demográfica y clínica de los pacientes del expediente clínico.

Resultados: La prevalencia del puntillero blanquecino difuso duodenal fue del 2.95% (49 de 1 660). De los 45 pacientes incluidos, 35 fueron mujeres (75.6%) y 11 hombres (24.4%), con una media de edad de 53.02 años. El estudio histológico duodenal reveló las siguientes anomalías en orden decreciente: duodenitis crónica sola en 36 (80%), duodenitis crónica con linfangiectasia intestinal en 7 (15.5%), linfangiectasia intestinal y giardiasis en 1 (2.2%), respectivamente. El estudio histológico gástrico reveló gastritis crónica en 37 (82.2%), gastropatía en 6 (13.3%) y gastritis aguda en 2 (4.4%). La infección por *Helicobacter pylori* se presentó en 14 pacientes (31.1%). La dispepsia (57.7%), la pirosis y la regurgitación (31.1%) fueron las manifestaciones clínicas con mayor prevalencia. La duodenopatía y la gastropatía de aspecto crónico (88.8% y 82.2%) fueron los hallazgos endoscópicos más prevalentes, seguidos de la incompetencia del cardias (35.5%).

Conclusiones: La prevalencia del puntillero blanquecino difuso durante los estudios endoscópicos fue del 2.95%; este hallazgo fue el

relacionado con más frecuencia con la duodenitis crónica y la gastritis crónica no atrófica (endoscópica e histológica). Las causas más comunes son la infección por *Helicobacter pylori* y el consumo crónico de AINE. La dispepsia sin lesiones endoscópicas significativas, definida como dispepsia funcional, es el complejo de síntomas con mayor prevalencia en estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom059

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELIACA (EC) EN SUJETOS CON SÍNTOMAS DISPÉPTICOS: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

J. Lara-Carmona, K. Hernández-Flores, F. J. Cabrera-Jorge, A. Martínez-Conejo, A. Fonseca-Pouchoulen, F. Roesch-Dietlen, H. Vivanco-Cid, S. Santiesteban-González, M. Amieva-Balmori, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal

Introducción: La enfermedad celiaca (EC) es una enteropatía autoinmunitaria que se presenta en individuos genéticamente susceptibles y cuyas manifestaciones clínicas son variadas. Los síntomas dispépticos (náusea, saciedad temprana, plenitud posprandial, dolor/malestar epigástrico) son altamente prevalentes en la población general y pueden estar presentes en ausencia de organicidad o en afecciones como úlcera péptica, neoplasias o incluso EC. Algunos estudios indican que el 0.5% a 2.0% de los pacientes con dispepsia puede en realidad tener EC; sin embargo, los resultados son controversiales. En este país se ha descrito que entre el 3% y el 5% de los pacientes con SII-D puede padecer EC. Sin embargo, no existen estudios respecto de la prevalencia de EC en individuos con dispepsia en México.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de EC en un grupo de sujetos con síntomas dispépticos y compararla con un grupo control.

Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de casos y controles en individuos que acudieron a un centro estatal de transfusión sanguínea para donar de forma voluntaria sangre entre febrero y mayo del 2018. A estos sujetos se les realizó una evaluación sistemática (exploración física, biometría hemática, pruebas de función hepática) y a aquellos que se consideraron “donadores sanos” antes de la donación se les aplicó el cuestionario PAGI-SYM para síntomas dispépticos y se realizó determinación de anticuerpos IgA antitransglutaminasa tisular 2 (IgA-tTG2) y anticuerpos IgG anti-péptido desaminado de gliadina (IgG-DGP; Testline Clinical Diagnostics). Se consideró la presencia de EC si los pacientes tenían al menos uno de los anticuerpos positivos (>20 UI/ml) o biopsia duodenal. Se comparó la prevalencia de EC entre los pacientes con síntomas de dispepsia (grupo 1) y los que fueron totalmente asintomáticos (grupo 2).

Resultados: Se evaluó a un total de 427 sujetos (326 hombres, 101 mujeres) con edad promedio de 34 años (intervalo, 18-65). De éstos, 87 (63% hombres, 37% mujeres) tuvieron síntomas de dispepsia (grupo 1) y 340 fueron asintomáticos (grupo 2). En el grupo 1 hubo una mayor proporción de mujeres (37%vs20%, p=0.001) comparado con el grupo 2. Los síntomas dispépticos más frecuentes fueron plenitud posprandial (52%) y saciedad temprana (46%), seguidos de malestar alto (35%), dolor epigástrico (28%), náusea (25%), pérdida de peso (20%), arqueadas (14%) y vómito (6%). La prevalencia de EC en el grupo 1 fue de 1.15% (1/87, IC95% 0.2-6%), mientras que en el grupo 2 fue de 1.18% (4/340, IC95% 0.4-2.9%, p= 1.000)

Conclusiones: En este estudio, la prevalencia de EC en mexicanos con síntomas dispépticos no fue diferente respecto de la población control. Estos hallazgos son similares a lo informado en otros países. En consecuencia, con base en estos resultados no estaría justificada la búsqueda de EC en pacientes con síntomas dispépticos en México.

Financiamiento: Este estudio se realizó con el apoyo del Fondo CO-NACYT FOSIS 2015 262023.

Dom060

ENTERITIS EOSINOFÍLICA DIAGNOSTICADA POR VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA COMPLICADA CON RETENCIÓN Y CON RESPUESTA FAVORABLE A LOS CORTICOESTEROIDES, UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE EN EL MEDIO

G. Herrera-Quiñones, O. Borjas-Almaguer, A. R. Jiménez-Rodríguez, D. García-Compeán, T. González-Campos, J. A. Martínez-Segura, J. O. Jáquez-Quintana, J. A. González-González, H. J. Maldonado-Garza, Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La enteritis eosinofílica es rara en este medio. La videocápsula endoscópica (VCE) permite la revisión de la totalidad del intestino delgado; la principal complicación es la retención. Se presenta el caso de una paciente con enteritis eosinofílica (EE) con TAC y enterorresonancia antes normales con diagnóstico de EE por VCE y enteroscopia de doble balón (EDB) con biopsia; la persona presentó retención de la cápsula con respuesta favorable a los corticoesteroides y eliminación espontánea tardía de la VCE.

Objetivo: Notificar una enfermedad intestinal poco frecuente, las imágenes por VCE de la afeción, el tratamiento de retención de VCE y la respuesta a la terapéutica específica.

Informe de casos: Mujer de 28 años, sin antecedentes alérgicos ni quirúrgicos. Su cuadro inició con dolor abdominal en fosa iliaca derecha sin alteraciones en los estudios de laboratorio regulares. Se realizó apendicetomía con resultado histológico normal. Persistió el dolor abdominal y se solicitaron TAC y enterorresonancia que no mostraron alteraciones. Un estudio con VCE mostró un proceso inflamatorio, edematoso, ulcerado y circunferencial con estenosis en el íleon sin avance de la VCE (Figura 1A); se confirmó retención asintomática de la cápsula por radiografía a los tres días (Figura 1B). Se realizó EDB con el fin de recuperar la VCE y tomar biopsias de la lesión sin poder extraerla (Figura 1C). El estudio histopatológico mostró un infiltrado inflamatorio de 40 eos/campo de alto poder y se estableció el diagnóstico de EE (Figura 1D). Se inició tratamiento con budesonida a 9 mg VO cada 24 h y se consiguió mejoría clínica y eliminación de la VCE confirmada en un control radiológico efectuado a la semana. A los seis meses de tratamiento se realizó control de la lesión con VCE, previo uso de la cápsula *patency*, con mejoría del 90% de las lesiones observadas en el estudio anterior (Figura 1E). En la actualidad se mantiene asintomática con dosis de budesonida de 3 mg.

Discusión: Se presenta este caso debido a que la enteritis eosinofílica es una entidad rara en el mundo y en el medio de los autores. Se calcula una prevalencia de 5.1 por cada 100 000 habitantes. El diagnóstico preoperatorio es prácticamente inexistente, ya que los síntomas no son específicos y los estudios de imagen tienen baja sensibilidad. El uso de la VCE es útil para detectar el proceso inflamatorio, pero no es específico y requiere la toma de biopsia mediante EDB. Los criterios anatomopatológicos diagnósticos son controvertidos, aunque en general se acepta que una cuenta >30 eos/campo es muy específica. Debido a la estenosis que ocasiona la enfermedad es factor de riesgo para retención de VCE. Ante la imposibilidad de extraer la VCE, un tratamiento con corticoesteroides podría provocar la eliminación espontánea de la cápsula mediante reducción de la inflamación, como en esta paciente. El tratamiento con corticoesteroides tiene alta eficacia. No obstante, se desconoce con precisión la evolución natural de la anomalía y en consecuencia la necesidad de instituir tratamiento de mantenimiento de largo plazo.

Conclusiones: La EE es una enfermedad rara en este medio, de difícil diagnóstico y con poco conocimiento de su aspecto endoscópico por VCE; debido a su semejanza con EII, debe distinguirse de ella con biopsia. Esta enfermedad puede ser causa de retención de VCE y el tratamiento debe ser conservador, ya que tiene buena respuesta con corticoesteroides orales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Dom061

CAPACIDAD DIAGNÓSTICA Y CAMBIOS TERAPÉUTICOS EN PACIENTES CON SÍNDROME DIARREICO DIAGNOSTICADOS MEDIANTE BIOFIRE FILMARRAY® GASTROINTESTINAL

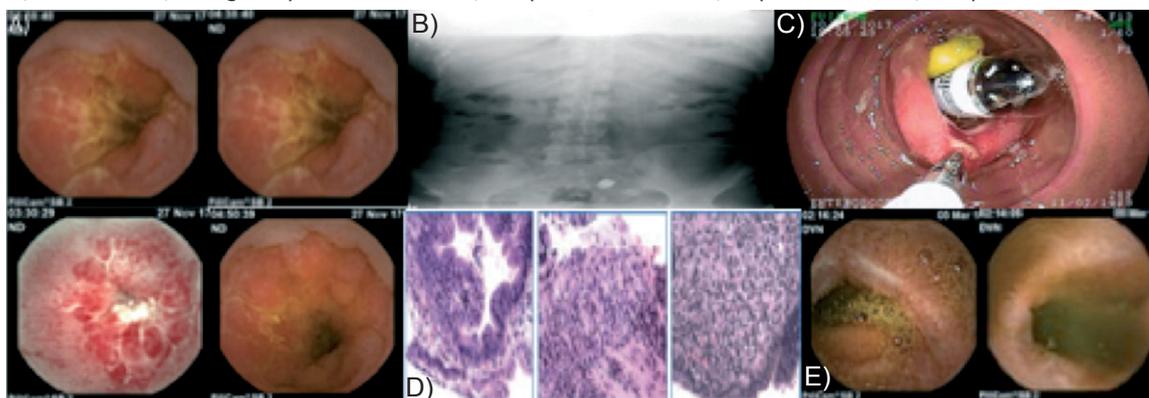
G. M. Aguirre-García, A. Camacho-Ortiz, A. Moraila-Báez, C. M. Gamboa-Alonso, Christus Muguerza Alta Especialidad, Universidad de Monterrey

Introducción: El panel gastrointestinal BioFire FilmArray® identifica más de 20 patógenos entéricos, incluidos bacterias, virus y parásitos, con resultados en 1 a 2 horas. Sin embargo su desempeño clínico y diagnóstico no se ha evaluado en pacientes con gastroenteritis.

Objetivo: Evaluar si el resultado del Biofire FilmArray (FA) gastrointestinal modificó la conducta terapéutica de los médicos y la duración de la hospitalización.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron muestras del panel gastrointestinal por PCR de pacientes de dos hospitales (Christus Muguerza Alta Especialidad y Muguerza Sur). Los sujetos eran mayores de 18 años hospitalizados

Figura 1. A, VCE inicial. B, radiografía posterior de VCE. C, EDB posterior de VCE. D, biopsias de íleon. E, VCE postratamiento.



por gastroenteritis o diarrea intrahospitalaria durante el periodo de enero de 2017 a junio de 2018. Se analizaron las siguientes variables: género, edad, IMC, índice de Charlson, días de estancia intrahospitalaria, uso de antibióticos antes y después de FA. Análisis estadístico: se utilizó χ^2 para variables categóricas y t de Student para variables continuas; regresión logística univariada para medir la relación entre el uso de antibióticos y el resultado de FA.

Resultados: Se analizaron los datos de 76 muestras de FA correspondientes a 74 pacientes. Cincuenta (65%) mostraron un resultado positivo. La media de edad fue de 43.24 años (18-91) y 45.94% correspondió a hombres. El 59.21% tuvo comorbilidades (índice de Charlson promedio de 0.92). De los resultados que fueron positivos, 34/50 (68%) fueron monomicrobianos y 16/50 (32%) polimicrobianos. Se detectaron 72 patógenos entéricos, de los cuales 47 (65%) fueron bacterias, 21 (29%) virus y 4 (5%) parásitos. El patógeno más común fue norovirus (14/72), seguido de *E. coli* enteropatógena (9/72). El 22.36% de los casos se expuso a antibiótico antes de la hospitalización y el 42.10% de los casos recibió antibiótico al ingreso. La media de días de antibiótico pre-FA fue de 0.42 (0-9). La media de días de estancia intrahospitalaria fue de 4.18 (1-24) en todos los casos, 3.54 en los resultados positivos y 5.42 en los negativos ($p=0.08$). El uso de antibióticos prehospitalización tuvo una razón de momios (RM) de 1.32 (IC95% 0.41-4.28, $p=0.63$) para un resultado positivo por FA. La administración de antibióticos durante la hospitalización antes de la FA tuvo una RM de 2.07 (IC95% 0.76-5.65, $p=0.15$) para un resultado positivo. En el caso de detección de un patógeno bacteriano, el uso de antibiótico antes de la hospitalización tuvo un RM de 1.20 (IC95% 0.40-3.57, $p=0.73$); y la administración de antibiótico durante la hospitalización antes de la realización de FA registró un RM de 3.97 (IC95%, 1.51-10.43, $p=0.005$). El resultado positivo de FA tuvo un RM de 4.00 (IC95% 1.45-11.02, $p=0.007$) para que el paciente recibiera más de dos días de antibioticoterapia posterior al resultado; por el contrario, un resultado negativo para bacteria tuvo un RM de 0.11 (IC95% 0.04-0.35, $p=0.00$) para el uso de antibiótico posterior al resultado de FA.

Conclusiones: Los enteropatógenos identificados más a menudo fueron norovirus y *E coli*. En el presente trabajo, el uso de antibióticos antes de la hospitalización y de la toma de muestra para FA no influyó en su resultado. Los pacientes que fueron negativos para patógenos bacterianos recibieron menor cantidad de antibióticos posterior al resultado de FA en comparación con aquellos que fueron positivos.

Financiamiento: Ninguno.

Dom062

EFFECTOS DE UNA DIETA LIBRE DE GLUTEN (DLG) DURANTE SEIS MESES SOBRE EL METABOLISMO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA, SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA Y CONTROLES SANOS

J. M. Remes-Troche, O. J. Cobos-Quevedo, H. Taboada-Liceaga, G. Hernández-Ramírez, X. Rivera-Gutiérrez, E. De la Cruz-Patiño, J. U. Reyes-Huerta, M. Amieva-Balmori, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal

Introducción: La dieta libre de gluten (DLG) ha adquirido mucha popularidad y cada vez más personas adoptan este tipo de dieta, sin requerirla. La DLG es indispensable para los pacientes que sufren enfermedad celiaca (EC) o alergia al gluten, pero se ha descrito que el uso continuo de este tipo de dieta aumenta el riesgo de síndrome metabólico (SM) y enfermedades cardiovasculares. La adopción de una DLG fuera del contexto de la EC puede tener repercusiones negativas para la salud. Sin embargo, la evidencia respecto de los efectos

metabólicos de una DLG en pacientes con sensibilidad al gluten no celiaca (SGNC) y en sujetos sanos se desconoce.

Objetivo: Evaluar los efectos metabólicos (peso, glucemia, perfil de lípidos, hipertensión, esteatosis hepática) de una DLG durante seis meses en pacientes con EC, SGNC y un grupo de controles sanos (CS).

Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo y observacional en el que se incluyó de forma consecutiva a sujetos que tuvieran síntomas indicativos de EC o SGNC. El diagnóstico de EC se basó en serología o biopsia duodenal. El diagnóstico de SGNC se realizó al descartar EC (serología y biopsias negativas) y ajustarse a los criterios de Salerno modificados (retiro y reintroducción de gluten no cegado por seis semanas). Como grupo control se invitó a participar a personas que estuvieran a punto de iniciar una DLG por considerarla sana y cuyas evaluaciones y síntomas digestivos fueran negativos. Se los orientó acerca de cómo seguir una DLG y se les realizaron las evaluaciones metabólicas de forma basal y a los seis meses: circunferencia de cintura abdominal (cm), índice de masa corporal (IMC, kg/m²), presión arterial (mmHg), colesterol total (mg/dl), HDL (mg/dl), triglicéridos (mg/dl), AST (UI/ml) y ALT (UI/ml). El diagnóstico SM se consideró de acuerdo con los criterios de la ALAD. El diagnóstico de esteatosis hepática se estableció mediante la evaluación por ultrasonido de acuerdo con criterios ya establecidos: 1) sin esteatosis, 2) leve, 3) moderada y 4) grave.

Resultados: Se incluyó a un total de 66 sujetos (22 EC, 22 SGNC y 20 CS) en la evaluación basal y completaron el estudio 60 (pérdida del 9%). De forma basal, el 10% de los pacientes con EC tuvo obesidad, SM, hipertensión y esteatosis hepática. Después de seis meses, el SM y la obesidad aumentaron en un 20% ($p=0.125$, Figura 1). El único parámetro bioquímico alterado después de 6 meses de DLG en los pacientes con EC fue la glucosa ($p=0.001$). En el caso de los sujetos con SGNC, el incremento de obesidad antes y después de la DLG fue del 5% (40%vs45%, $p=1.0$), mientras que el incremento para SM fue del 15% (25%vs40%, $p=0.25$) y de esteatosis del 20%, además de una tendencia en el aumento de la glucosa ($p=0.09$). En el caso de los CS, la DLG produjo una disminución de la prevalencia de obesidad en un 10% (30%vs20%, $p=0.5$) sin afectar la prevalencia de hipertensión, esteatosis hepática ni SM ($p>0.05$). Sin embargo, produjo una disminución del colesterol total ($p=0.048$)

Conclusiones: Una DLG durante seis meses incrementó la prevalencia de SM en 20% de los pacientes con EC, como se describe en otras poblaciones; en los SGNC, este incremento fue del 15% y 20% en la esteatosis, sin tener cambios importantes en cuanto al peso. En estos pacientes, la DLG no proporciona beneficios desde el punto de vista metabólico y sí confiere un riesgo. En los individuos sanos, la DLG produce una reducción de la obesidad del 10%; no existe tampoco ningún otro beneficio metabólico. En consecuencia, los beneficios y riesgos metabólicos de una DLG deben considerarse cuando se prescribe este tipo de dietas.

Financiamiento: Newton Foundation y CONACYT (UK-México).

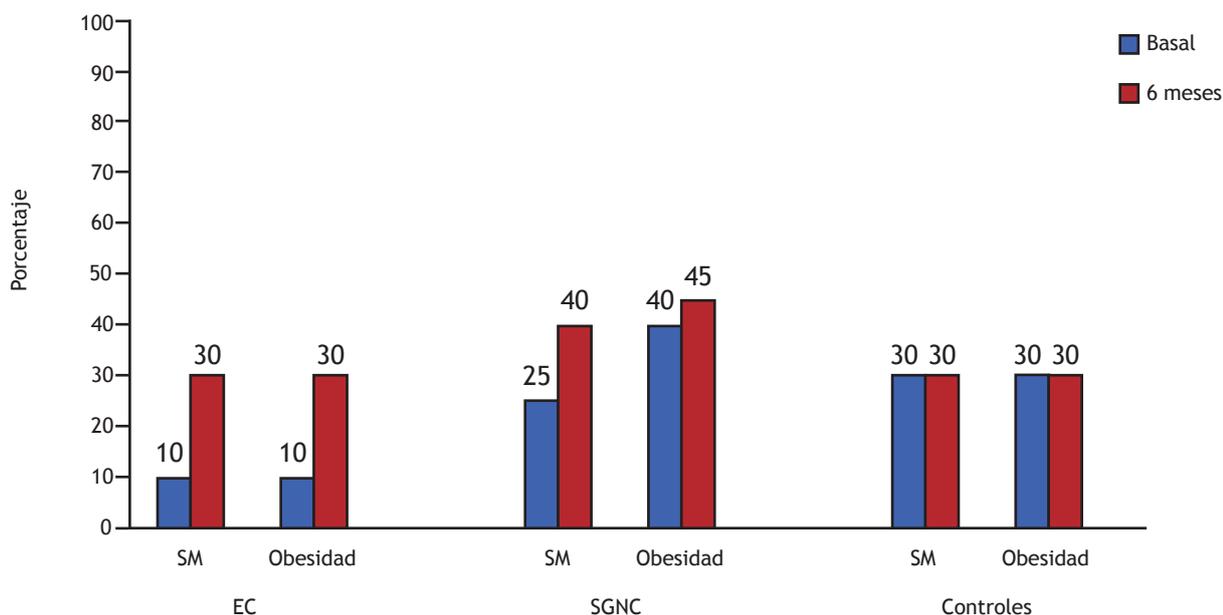
Dom063

RELACIÓN ENTRE EL CUADRO CLÍNICO DE LA DIARRREA PROBABLEMENTE INFECCIOSA CON EL RESULTADO DEL PCR FECAL EN MUESTRAS ANALIZADAS EN UN LABORATORIO PRIVADO DE MÉRIDA

L. A. Chi-Cervera, R. I. López-Díaz, J. R. Canché-Pech, L. C. Solís-Gasca, M. E. López-Novelo, M. E. Icaza-Chávez, Hospital Star Médica

Introducción: Los síntomas clínicos, como dolor abdominal, fiebre o número de evacuaciones al día, no son criterios que permitan diferenciar el microorganismo causante de un cuadro diarreico. Los coproparasitoscópicos y coprocultivos son poco sensibles y específicos para identificar a los agentes causales. Las técnicas moleculares

Figura 1. Prevalencia de SM y obesidad antes y después de una DLG. (Dom062)



basadas en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real son rápidas, sensibles y específicas, aunque costosas.

Objetivo: Analizar la relación de los síntomas clínicos, el tiempo de evolución, el uso de antibióticos y la duración de la diarrea con el microorganismo identificado por PCR en una muestra de pacientes enviados por médicos particulares a un laboratorio privado en Mérida.

Material y Métodos: Entre agosto de 2017 y junio de 2018 se realizó un estudio transversal de las muestras de 44 pacientes con diarrea aguda, persistente o crónica, estudiados en consultorios privados de la ciudad de Mérida, Yucatán. Se recabaron datos epidemiológicos, clínicos y tiempo de evolución de la diarrea. La extracción de DNA se realizó con el estuche comercial QIAamp Fast DNA Stool Mini kit (Qia-gen) en muestras de heces fecales. Para la identificación de patógenos se empleó la PCR multiplex en tiempo real diseñado, estandarizado y validado en el propio laboratorio para la identificación de 5 virus, 14 bacterias y 5 parásitos. Los datos se expresaron en medidas de tendencia central y porcentajes. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de χ^2 . Se consideró una $p \leq 0.05$ como significativa. El análisis se llevó a cabo en el software SPSS® v. 22

Resultados: El 65.9% de los pacientes correspondió a mujeres. La media de edad fue de 45.84 ± 21.1 años. El 18.2% de los cuadros de diarrea fue agudo ($n=8$), 36.4% persistente ($n=16$) y 45.5% crónico ($n=20$). Del total de pacientes, 61.4% había consumido antibióticos antes de llevar la muestra. Fueron positivos a patógenos 87.5%, 62.6% y 95% de los cuadros agudos, persistentes y crónicos, respectivamente ($p=0.037$). Fueron positivos a virus 57.1%, 0.0% y 5.3% de casos agudos, persistentes y crónicos con diferencia significativa ($p=0.005$). Tuvo *Clostridium difficile* el 17.5% de los pacientes, todos con diarrea crónica, 85% con antecedente de consumo de antibióticos. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con o sin *C. difficile* que hubieran tomado antibióticos antes de llevar la muestra a analizar. Al correlacionar la fiebre con el tipo de patógeno, la fiebre fue más frecuente en las infecciones virales (80%, $p=0.023$). No hubo diferencias significativas entre el tipo de patógeno y el dolor abdominal. No se identificaron casos informados de infección por *Giardia lamblia* o *Entamoeba histolytica*.

Conclusiones: En pacientes con diarreas agudas, persistentes o crónicas, el PCR fecal para virus, parásitos y bacterias aporta resultados positivos en alto porcentaje de las muestras. Las infecciones virales fueron más frecuentes en las diarreas agudas y las bacterianas en

las diarreas crónicas. Hubo baja prevalencia de infecciones parasitarias en las infecciones agudas.

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

Dom064

UTILIDAD DE LA CUANTIFICACIÓN COMPARTIMENTAL DEL TEJIDO ADIPOSO POR TAC EN PACIENTES MEXICANOS CON CÁNCER DE RECTO

J. L. De León-Rendón, J. R. Pérez-Pastrana, R. Y. López-Pérez, M. A. Recalde-Rivera, B. Jiménez-Bobadilla, D. A. Vargas-Velásquez, J. A. Villanueva-Herrero, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La obesidad se considera un factor pronóstico en el cáncer colorrectal (CCR) y existe evidencia de que no sólo el índice de masa corporal (IMC), sino la distribución de la grasa abdominal, juega un papel importante en el pronóstico de los pacientes con CCR.

Objetivo: Describir y determinar la utilidad de la cuantificación compartimental del tejido adiposo por TAC en pacientes mexicanos con cáncer de recto.

Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyó a 33 pacientes consecutivos con diagnóstico de cáncer de recto confirmado por histopatología. Se recolectaron los datos demográficos, clínicos, bioquímicos de cada paciente. Mediante el software ImageJ (NIH) se midieron el área de grasa visceral (AGV), área de grasa superficial (AGS) y área de grasa total (AGT), y a continuación se calculó el índice AGV/AGS . Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de las variables. Se usaron las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney para comparación de dos grupos y Kruskal-Wallis para la comparación de tres grupos o más. Se empleó r de Spearman para cuantificar la correlación entre las variables. La significancia estadística se determinó con un valor de $p < 0.05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 23.0.

Resultados: De los pacientes incluidos en el estudio, 18 (54.5%) eran del género femenino y 15 (45.5%) del masculino, con una edad de 55.9 ± 12.8 años (intervalo, 30 - 83 años). El IMC promedio fue de 25.62 ± 4.94 . El 9.1% de los pacientes tenía estadio clínico (EC) II,

60.6% ECIII y 30.3% EC IV. Hasta 57.6% de los pacientes presentó la tumoración en el recto inferior y 42.4% en el medio. El 74.5% de los enfermos se había sometido a tratamiento quirúrgico sea de urgencia, definitivo o paliativo, y de éstos el 12% presentó complicaciones posquirúrgicas y el 8% requirió al menos una reintervención. De los pacientes que recibieron neoadyuvancia, 33.3% mostró respuesta a ella. El 11.11% experimentó recurrencia posterior a la adyuvancia. Al calcular las áreas de tejido adiposo con TAC en los diferentes compartimientos se hallaron diferencias significativas entre el AGV entre hombres y mujeres (144.67cm^2 vs 99.96cm^2 ; $p=0.03$) y con el índice AGC/AGS (0.68cm^2 vs 0.36cm^2 ; $p<0.001$); SFA y presencia o ausencia de tabaquismo (323.63cm^2 vs 234.99cm^2 ; $p=0.03$), así como diferencias y una correlación positiva en SFA y el AGT entre el IMC (agrupado según la OMS) ($p=0.007$ y $p=0.008$, respectivamente). Se encontró relación y una correlación negativa entre N+ y N- (por TAC y RMN) y AGV ($p=0.005$ / $r=-0.53$; $p=0.01$), AGS ($p<0.001$ / $r=-0.72$; $p<0.001$) y AGT ($p<0.001$ / $r=-0.68$; $p<0.001$). Se reconoció una relación entre un mayor índice AGV/AGS y complicaciones posquirúrgicas ($p=0.02$) y reintervenciones ($p=0.04$).

Conclusiones: Los pacientes con invasión locorregional tienen significativamente menor tejido adiposo. La cuantificación compartimental del tejido adiposo por TAC podría ser útil en el pronóstico de los pacientes mexicanos con cáncer de recto.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Dom065

UTILIDAD PRONÓSTICA DE LA BIOMETRÍA HEMÁTICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO

J. L. De León-Rendón, M. A. Recalde-Rivera, R. Y. López-Pérez, N. I. Gracida-Mancilla, B. Jiménez-Bobadilla, D. A. Vargas-Velásquez, E. A. Ayala-Moreno, J. A. Villanueva-Herrero, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Las células inmunitarias circulantes en sangre periférica son elementos importantes en el microambiente tumoral. Se ha encontrado que la trombocitosis, la neutrofilia y la linfocitopenia son indicadores pronósticos en diversas afecciones neoplásicas.

Objetivo: Determinar el valor pronóstico de los parámetros de la biometría hemática en pacientes mexicanos con cáncer de recto.

Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyó a 54 pacientes consecutivos con diagnóstico de cáncer de recto confirmado por histopatología. Se colectaron los datos demográficos, clínicos y bioquímicos de cada paciente. Mediante la biometría hemática informada al diagnóstico de la enfermedad se calcularon el índice neutrófilos/linfocitos (INL), índice plaquetas/linfocitos (IPL), índice eosinófilos/neutrófilos (EON) e índice eosinófilos/linfocitos (IEL). Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de las variables. Se usaron las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney para comparación de dos grupos y Kruskal-Wallis para la comparación de tres grupos o más. Se empleó r de Spearman para cuantificar la correlación entre las variables. La significancia estadística se determinó con un valor de $p<0.05$. Se usó el paquete estadístico SPSS, versión 23.0.

Resultados: De los pacientes incluidos, el género se distribuyó de manera similar, con una edad de 55.5 ± 12.2 años (intervalo, 30 - 90 años). El IMC promedio fue de 25.21 ± 4.38 . El riesgo de desnutrición con base en la escala CONUT fue normal en 27.8% de los casos, leve en 38.9%, moderado en 25.9% y grave en 7.4%. El 7.4% de los pacientes tenía estadio clínico (EC) II, 61.1% ECIII y 31.4% EC IV. Hasta 62.9% de los pacientes presentó la tumoración en el recto inferior y 37.03% en el medio. El 77.7% de los enfermos se había sometido a tratamiento quirúrgico sea de urgencia, definitivo o paliativo, y de ellos el 16.6% presentó complicaciones posquirúrgicas y el 12.2% requirió al menos una reintervención. De los individuos que recibieron

neoadyuvancia, 28% mostró respuesta. Al calcular los índices descritos se identificó que existían relación ($p<0.001$, en ambos casos) y correlación positiva entre los pacientes con riesgo de desnutrición por CONUT y un mayor INL e IPL (INL y riesgo de desnutrición por CONUT $r=0.68$; $p<0.001$ e IPL y riesgo de desnutrición por CONUT $r=0.71$; $p<0.02$). El INL e IPL mostraron relación ($p=0.02$ y $p=0.009$, respectivamente) y correlación positiva con la necesidad de reintervención quirúrgica (INL y reintervención quirúrgica $r=0.31$; $p=0.02$ e IPL y reintervención quirúrgica $r=0.34$; $p=0.01$). Un IPL mayor se vinculó con la presencia de complicaciones posquirúrgicas ($p=0.02$). Un IEN mayor se encontró relacionado ($p=0.03$) y con una correlación negativa con la localización del tumor de recto inferior contra recto medio (IEN y localización del tumor $r=-0.28$; $p=0.03$).

Conclusiones: Los índices INL e IPL podrían considerarse una herramienta útil en el cribado nutricional y pronóstico posquirúrgico de los pacientes con cáncer de recto.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Dom066

EFECTO DEL TRATAMIENTO DEL LINFOMA NO HODGKIN CON AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL: EXPERIENCIA A 10 AÑOS EN UN CENTRO MÉDICO DE REFERENCIA NACIONAL

L. Mejía-Fernández, R. Figueroa-Méndez, I. D. Arreola-Barraza, P. I. Cruz-Benítez, K. E. Padilla-Leal, R. Cortés-González, H. Medina-Franco, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El tracto gastrointestinal (TGI) es el sitio de afectación extranodal más común de los linfomas no Hodgkin (LNH). Su tratamiento ha cambiado en los últimos años de un enfoque quirúrgico con adyuvancia a uno casi exclusivo con quimioterapia (QT).

Objetivo: Analizar de forma retrospectiva el efecto de los diferentes tratamientos en la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de enfermedad (SLE) de los LNH de estadios I a IV que presentaron afectación gastrointestinal (aTGI).

Material y Métodos: Se utilizaron pruebas de χ^2 para variables categóricas, método de Kaplan-Meier y log-rank para obtener las SG y SLE. De 2008 a 2017 se incluyó a 73 pacientes con diagnóstico de LNH que tuvieron aTGI.

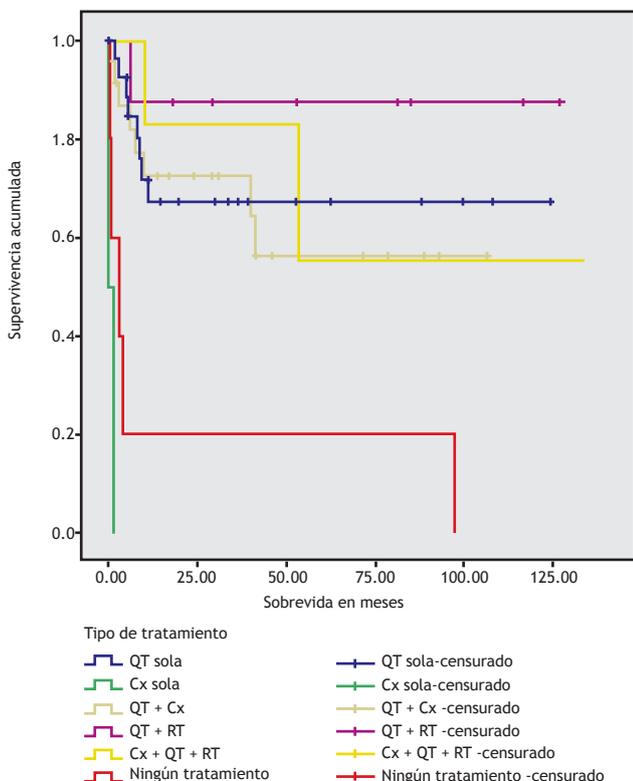
Resultados: El sitio aTGI más común fue el estómago (45.2%), seguido del intestino delgado (39.7%). El 54.8% tenía ≥ 2 sitios con afectación extranodal. El estadio clínico IV fue el más común (38.4%), seguido del III (27.4%) y los estadios I y II en menor frecuencia (16.4% cada uno). La estirpe histológica más común fue el LNH de células B grandes (LNHCBG) con un 67.1%, seguido del linfoma linfoplasmoblástico y de Burkitt, cada uno con un 8.2%. El tipo de atención que recibieron los pacientes modificó la supervivencia global. Los pacientes que recibieron QT+radioterapia (RT) tuvieron una mejor SG ($p=0.000$), seguidos de aquéllos con QT sola y después los que recibieron algún tipo de cirugía en combinación con QT o RT (Figura 1). De los pacientes sometidos a operación, tuvieron una mejor SG aquellos que recibieron el tratamiento quirúrgico antes del inicio del tratamiento con QT, con una media de supervivencia de 92.7 meses comparados con aquéllos operados durante la QT o después de haberla terminado (53.3 y 46.9 meses, respectivamente). El tipo terapéutico dependía del estadio clínico ($p=0.36$); en los estadios clínicos I, II y III, la QT+Cx fue el tratamiento más común a diferencia del estadio IV en el que fue la QT sola. No hubo correlación del IPI con el tipo de tratamiento ($p=0.192$); sin embargo, aquellos que recibieron RT tuvieron IPI de alto riesgo (3, 4, 5).

Conclusiones: Las nuevas tendencias terapéuticas han modificado en grado significativo la sobrevida de LNH con aTGI. La introducción

de la RT ha favorecido la supervivencia y vale la pena la creación de un consenso internacional que norme sus indicaciones en conjunto con la QT.

Financiamiento: Este proyecto no recibió ningún tipo de financiamiento.

Figura 1. Curva de Kaplan-Meier de acuerdo con el tratamiento recibido. (Dom066)



Dom067

FACTORES DEL PRONÓSTICO Y DIFERENCIAS EN SUPERVIVENCIA EN EL CÁNCER DE COLON DERECHO E IZQUIERDO: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

L. F. Oñate-Ocaña, L. Beltrán-Jiménez, S. González-Trejo, D. D. Carmona-Herrera, J. F. Carrillo, R. Herrera-Goepfert, V. Aiello-Crocifoglio, N. A. Meléndez-Ponce, F. J. Ochoa-Carrillo, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: El cáncer de colon derecho (CCD) presenta diferencias en la prevalencia de los factores de riesgo, demográficos y clínicos, fisiopatología molecular y supervivencia global (SG) respecto del cáncer de colon izquierdo (CCI), pero algunos informes han arrojado hallazgos inconsistentes.

Objetivo: Definir las diferencias de factores de riesgo, demográficos, clínicos y en la SG entre CCD y CCI mediante análisis multivariado de una cohorte.

Material y Métodos: Es un estudio de cohorte retrospectiva que incluyó a pacientes con CCD y CCI tratados en un centro oncológico de referencia entre 1992 y 2016. Las localizaciones en el colon se definieron mediante colonoscopia, tomografía y cirugía. El análisis fue comparativo entre las dos cohortes y se analizó la relación de los diversos factores mediante χ^2 , t de Student, Kaplan-Meier y el modelo de Cox.

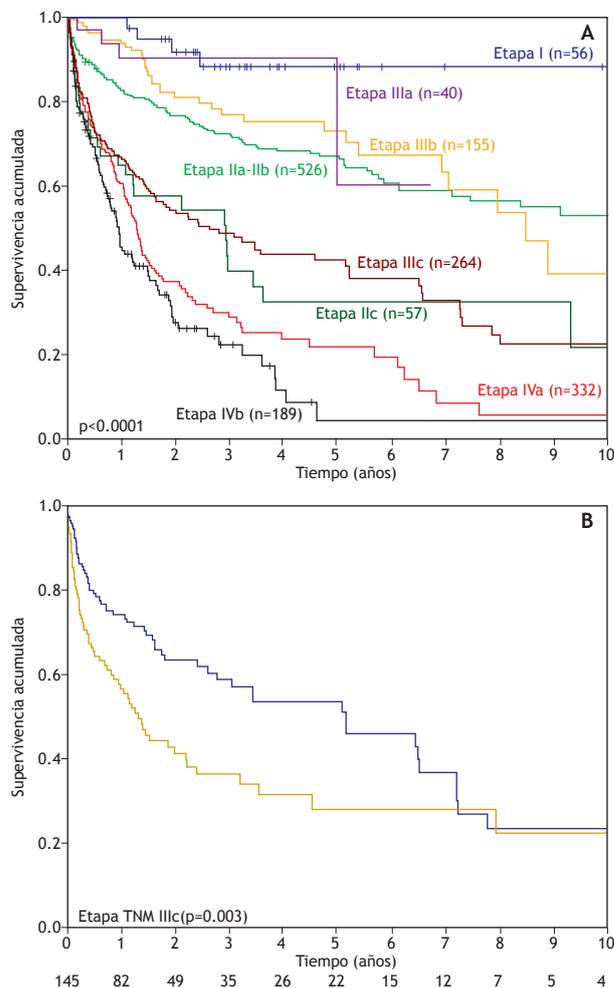
Resultados: Se incluyó a 871 pacientes que tuvieron CCD y 748 con CCI (n=1 619); 806 mujeres y 813 hombres; la edad promedio fue de

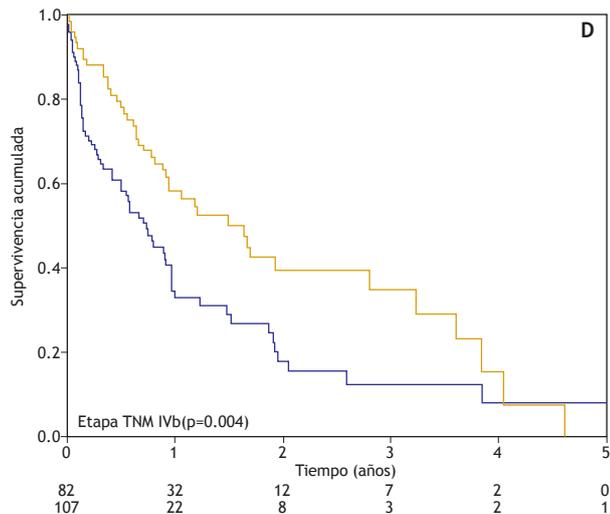
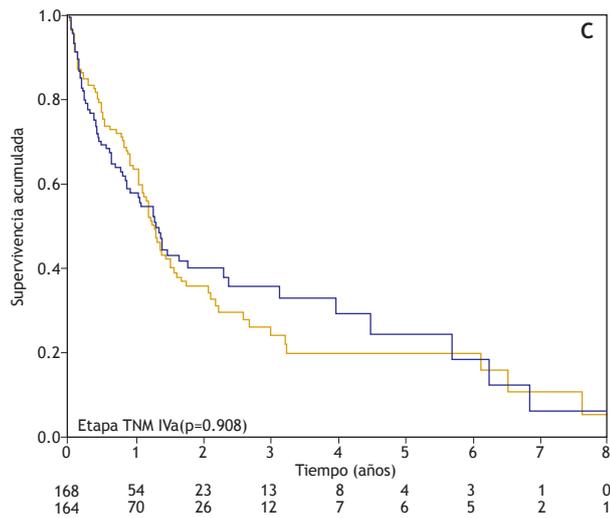
58.1. El CCD se relacionó con un menor nivel socioeconómico, menor índice de masa corporal, menor hemoglobina sanguínea basal, menor albúmina sérica basal, menor recuento de linfocitos y menor índice de pronóstico nutricional (IPN) que el CCI. La distribución de las etapas TNM fue similar entre los grupos, así como el género, la edad, la morbilidad y la mortalidad quirúrgicas. El 72.3% de CCD y el 83.2% de CCI presentaron neoplasias bien/moderadamente diferenciadas ($p < 0.0001$). La media de cosecha quirúrgica de ganglios linfáticos fue de 19.3 (SD14.6) para CCD y 15.7 (SD13.1) para CCI ($p < 0.0001$). La mediana de SG fue de 5.2 años (IC95% 3.9 a 6.5) para el CCD y de 3.2 años (IC95% 2.1 a 4.4) para el CCI ($p = 0.426$). La SG fue significativamente diferente entre CCD y CCI mediante análisis estratificados dentro de IPN, TNM, grado de diferenciación y clasificación residual (R). El CCD presenta mayor SG en la etapa IIIC que el CCI, es similar en ambos grupos en la etapa IVA, pero el CCI posee mejor supervivencia en la etapa IVB (Figura 1 A-C).

Conclusiones: A grandes rasgos, el CCD y el CCI parecen tener SG similar. No obstante, hay diferencias entre CCD y CCI que se encontraron representadas por anemia y variables inmunonutricionales. Se identificaron divergencias importantes en la SG después del análisis estratificado de IPN, etapas TNM, grado de diferenciación y clasificación R.

Financiamiento: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSSIS); grant 272334.

Figura 1. A-D, diferencias en supervivencia global entre los cánceres de colon derecho e izquierdo mediante análisis estratificado de etapas IIIb, IVa y IVb. (Dom067)



(Dom067)**Dom068****INCIDENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL EN PÓLIPOS SERRADOS**

I. S. García-López, P. Gálvez-Castillejos, A. A. Molina-Villena, J. A. Swain-Saint Martin, A. Zárate-Osorno, J. I. Vinageras-Barroso, R. H. Raña-Gari-bay, A. Noble-Lugo, L. F. De Giau-Triulzi, Hospital Español de México

Introducción: Los pólipos serrados del colon constituyen un grupo heterogéneo con potencial canceroso a través de la “vía serrada” de la carcinogénesis. Hasta un 30% de los tumores se desarrolla por esta vía. La resección endoscópica y un programa de vigilancia podrían evitar su progresión al cáncer.

Objetivo: Determinar la incidencia de pólipos serrados y mediante vigilancia endoscópica e histopatológica identificar su transformación a cáncer colorrectal (CCR). Conocer los factores relacionados con la progresión de dichos pólipos a lesiones cancerígenas.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo y retrolectivo en el periodo comprendido entre enero de 2009 y enero de 2018, durante el cual se realizaron 4 037 colonoscopias, con polipectomía en 350 de ellas; la histopatología informó pólipos serrados en 80 pacientes. Hasta 36 tuvieron vigilancia endoscópica. Los criterios de inclusión fueron: 1)

pacientes mayores de 18 años, 2) sin CCR, 3) polipectomía durante la primera colonoscopia, 4) diagnóstico histopatológico de pólipo serrado, 5) vigilancia endoscópica en los primeros 12 meses y luego anual por cuatro años, 6) diagnóstico histopatológico de los pólipos durante la vigilancia. Se usó la base de datos del Servicio de Endoscopia del Hospital Español de México y los expedientes clínicos. Se analizaron: sexo, localización del pólipo colónico, tamaño del pólipo, número de pólipos encontrados durante el estudio, histología del pólipo, presencia de displasia, vigilancia endoscópica y desarrollo de CCR. Los cálculos se llevaron a cabo en STATA, versión 15.

Resultados: Un total de 36 pacientes (15 mujeres) cumplió con los criterios de inclusión. La mediana de tiempo entre la colonoscopia índice y la primera colonoscopia de vigilancia fue de 26 meses, con excepción de 10 pacientes a quienes se les realizó vigilancia antes del primer año (mediana de 2 meses), siete de ellos por presentar displasia (70%). La incidencia de CCR fue de 30.56% (n=11) con predominio en el sexo femenino (66.63%; n= 7). De estos pacientes, cinco presentaron tumor de intervalo (45%). La mediana de edad para CCR fue de 70 años (62 a 74 años), sin diferencias entre aquellos con y sin CCR. La mediana de tiempo de seguimiento endoscópico fue de 4.9 años. El diagnóstico más frecuente en la primera endoscopia y durante la vigilancia fue el pólipo sésil, la mayoría localizada en el colon proximal. La mitad de los pólipos tuvo un tamaño >10 mm en la primera endoscopia. Durante la endoscopia inicial, la histología más prevalente fue el pólipo hiperplásico (58.4%), seguido por el serrado sésil (38.8%) y por último el adenoma serrado común (2.8%). Once pacientes tuvieron CCR, nueve con antecedente de pólipos serrados sésiles (82%) y dos con pólipos hiperplásicos (18%). El único paciente con adenoma serrado tradicional no desarrolló CCR. En la vigilancia, el tamaño promedio de los pólipos fue menor de 10 mm en los pacientes que desarrollaron CCR.

Conclusiones: En el medio de los autores, la incidencia de CCR secundario al hallazgo de pólipos serrados es de 30.56% y es más frecuente en mujeres, a diferencia de lo notificado en las publicaciones médicas. El desarrollo de cáncer mostró una mayor relación con la estirpe histológica de pólipos serrados sésiles.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom069**COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE TUBO DIGESTIVO Y LESIONES PRECURSORAS EN UN PERIODO DE CINCO AÑOS EN LA COMARCA LAGUNERA**

M. C. Rivera-García, J. H. Hernández-Félix, M. R. Ortiz-Ramírez, M. E. Murguía-Bañuelos, F. Huerta-Iga, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila

Introducción: Las neoplasias malignas del tubo digestivo (NMTD) son un problema de salud pública por su alta morbimortalidad con cambios notorios en su epidemiología en los últimos 30 años, pese a lo cual la mayor parte de los informes proviene de centros de referencia en la capital del país. En región de los autores no existen estudios específicos que permitan evaluar su comportamiento epidemiológico.

Objetivo: Determinar la frecuencia y el comportamiento epidemiológico de las neoplasias del tubo digestivo en la Comarca Lagunera de Coahuila y Duintervalo.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en el que se analizaron 31 705 informes histopatológicos realizados en los departamentos de patología del Hospital Ángeles Torreón, HGZ No. 53, HGZ No. 43 y HGZ No. 51 del IMSS, en el periodo del 2013 al 2017. Se seleccionaron los estudios notificados como neoplasias malignas de tubo digestivo (NMTD: cáncer de esófago, estómago,

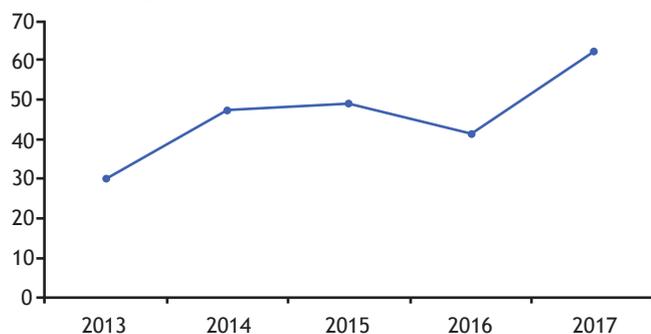
duodeno, yeyuno, íleon, colon, recto y ano) y lesiones precursoras (LP: adenomas, esófago de Barrett, gastritis crónica con metaplasia intestinal, pólipos adenomatosos y displasias de alto grado) de dichas neoplasias. Se analizaron las variables de edad, género, localización anatómica y estirpe histológica. Se excluyó a las metástasis y las neoplasias benignas. Se analizaron los datos con estadística descriptiva, medidas de frecuencia relativa y tendencia central.

Resultados: Se encontraron en total 628 casos (1.98%), de los cuales 228 (36.3%) fueron NMTD y 400 (63.7%) LP. La media de edad general fue de 58.6 ± 15.08 años con un predominio general del género masculino de 54.61% (343), sobre el femenino de 45.38% (285). Al analizar al grupo NMTD, la media de edad fue de 60.72 ± 15.1 años, con 118 casos (51.5%) en el sexo masculino y 111 casos (48.5%) en el femenino. Las lesiones informadas en el medio privado fueron 174 (76.3%) y en el institucional 54 (23.7%). A lo largo de cinco años se observó un incremento gradual pero sostenido con 30 casos en 2013, 47 en 2014, 49 en 2015, 41 en 2016 y 61 en el 2017. De acuerdo con el órgano afectado, el cáncer de colon ocupó el primer lugar ($n=128$, 55.8%), seguido del cáncer gástrico ($n=45$, 19.6%), cáncer de recto ($n=33$, 14.4%), cáncer de duodeno ($n=6$, 2.6%), cáncer de esófago ($n=6$, 2.6%), cáncer de yeyuno ($n=4$, 1.7%), cáncer de íleon ($n=4$, 1.7%) y cáncer de ano ($n=2$, 0.9%). Con base en el subtipo histológico, los más registrados fueron el adenocarcinoma (87.7%, $n=200$), seguido de GIST (3.9%, $n=9$), linfoma no Hodgkin (3.5%, $n=8$), carcinoma epidermoide (3.0%, $n=7$) y tumor neuroendocrino (2.2%, $n=5$). La lesión precursora más frecuente fue la gastritis crónica con metaplasia intestinal ($n=143$, 35.8%), seguida del pólipo adenomatoso de colon ($n=138$, 34.5%), esófago de Barrett ($n=97$, 24.3%), pólipo adenomatoso de recto ($n=14$, 3.5%) y displasias en duodeno ($n=7$, 1.8%). Véase la Figura 1.

Conclusiones: El cáncer del aparato digestivo ha presentado un incremento en los últimos cinco años en la comarca lagunera de Coahuila y Duintervalo. Es necesaria la aplicación de programas de escrutinio para evitar que esta tendencia continúe.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Número de neoplasias digestivas totales en un departamento de patología con atención a medio privado e institucional en la Comarca Lagunera. (Dom069)



Dom070

FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS E INMUNOHISTOQUÍMICAS DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO

A. G. Rivera-Flores, M. A. Oviedo-Maglione, C. Ugarte-Briones, E. Juárez-Valdés, J. A. González-Angulo, F. Zamarripa-Dorsey, Hospital Juárez de México

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es el tercero más común, la tercera causa de muerte por cáncer en hombres y mujeres

en Estados Unidos y representa el 2.68% de todos los tumores malignos en México. Se consideraba que el CCR era una enfermedad de adultos mayores, pero se ha observado un incremento paulatino y creciente en la detección de CCR en personas jóvenes.

Objetivo: Determinar la frecuencia, epidemiología e inmunohistopatología del cáncer de colon y recto en el Hospital Juárez de México.

Material y Métodos: Revisión de informes histopatológicos en el servicio de patología del Hospital Juárez de México del año 2006 al 2010. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, tipo histológico, inmunohistoquímica, localización anatómica y servicio de referencia. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

Resultados: Se encontraron 267 casos con cáncer de colon y recto, que ocuparon el primer lugar en las neoplasias del tracto digestivo. La edad promedio fue de 58.2 ± 15.5 (18 y 86 años) con predominio del género masculino en el 55%. El sitio de localización más frecuente fue el rectosigmoides con 76%, seguido del ascendente en el 13%. El tipo histológico predominante fue el adenocarcinoma (87%), linfoma (5%), entre otros, todos diferenciados adecuadamente por la inmunohistoquímica (Tabla 1).

Conclusiones: En el medio de los autores, el cáncer de colon y recto fue la neoplasia gastrointestinal más frecuente, el tipo histológico más común fue el adenocarcinoma moderadamente diferenciado y el sitio más frecuente el rectosigmoides.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom071

TUMORES NEUROENDOCRINOS DEL TRACTO DIGESTIVO: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, HISTOLOGÍA Y EXPRESIÓN DE MARCADORES DE INMUNOHISTOQUÍMICA EN MÉXICO

O. Morales-Gutiérrez, A. Y. Ponce-Kuri, A. A. Carballo-Zárate, A. Zárate-Osorno, M. De Ariño-Suárez, J. I. Vinageras-Barroso, Hospital Español de México

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (TNE) comprenden un amplio espectro de neoplasias originadas de varias localizaciones, con diversos comportamientos biológicos. La detección, estimación de la proliferación tumoral y confirmación del sitio primario son indispensables debido a su implicación terapéutica. Actualmente, con un incremento de la demanda de diagnósticos precisos en muestras pequeñas de tejido, la inmunohistoquímica se ha convertido en una herramienta indispensable para la correcta clasificación de estos tumores.

Objetivo: Determinar la frecuencia, comportamiento epidemiológico y expresión de marcadores de inmunohistoquímica de TNE del tracto digestivo (TNEd) en una población de la Ciudad de México.

Material y Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional realizado en pacientes con diagnóstico de TNE valorados por el Servicio de Patología del Hospital Español de México, en el periodo comprendido entre 2015 y 2017. Se obtuvo información de informes clínicos de patología, con análisis de las siguientes variables: edad, género, localización anatómica, diagnóstico histológico, grado de diferenciación, índice de proliferación por Ki67, expresión de marcadores de inmunohistoquímica relacionados con TNEd (CDX-2). Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia central para obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

Resultados: Se encontraron 193 casos nuevos de TNE, con una edad promedio de $58.63 \text{ DE} \pm 14.86$ (11 a 88 años), sin diferencia significativa entre género femenino y masculino (49.5% y 50.5%). Los sitios de localización más frecuentes de TNE fueron hígado ($n=25$, 13%),

Tabla 1. Características Epidemiológicas, histológicas e inmunohistoquímicas de los pacientes con cáncer de Colón y Recto. (Dom070)

Características	n	
Género		
Hombre	147 (55%)	
Mujer	120 (45%)	
Edad	58..2 (Min:18 y VMax:86) DE: +-15.5	
Servicio		
1. Oncología		
2. Cirugía genera	164 (60%)	
3. Endoscopia	32 (12%)	
5. Gastroenterología	6 (2%) 65 (26%)	
Localización e histología		
Localización	Histología	Inmunohistoquímica
Colon	Colon (167)	
Ascendente (34) (13%)	Ninguna	
Colon transverso (19) (7%)	Adenocarcinoma (137) 65%L Poco diferenciado (27)	CD45(+), BCL2(+), CD20(+), CD23(-), CD10(-), CICLINA D1(-)
Colon descendente (11) (4%)	Moderadamente diferenciado (96) Bien diferenciado (14)	Ninguna CD117(+), CD34(+), AML(+), VIMENTINA(+), PS100(-), CKA1/3(-)
Sigmoides (96) (36%)	LNH de celulas B(7) CQNCER epidermoide (4)	CICLINA D1(+), CD34(+), CD5(-), CD10(-), BCL6(-)
Recto (107) (40%)	GIST (4) Linfoma manto del blastoide (2) LNH T periferico (2) Tumor mucinoso (2) Sarcoma de Kaposi (2)	CD20(+), CD30(+), CD15(+), CD3(-), LMP1(-), EMA(-) Ninguna CD31(+), CD34(+)
	Recto (107)	Ninguna
	Adenocarcinoma (95) Poco diferenciado (19) Moderadamente diferenciado (67) Bien diferenciado (9) CQNCER epidermoide (4) GIST (2) Rabdomiosarcoma (1) Cancer escamoso (1) LNH T periferico (2) TUMOR mucinoso (1) Sarcoma de Kaposi (1)	Ninguna Igual anterior Desmina (+), Actina(+), MYOD1(+), S100(-), Miogenina(-) Ninguna Igual anterior Ninguna Igual anterior
Total		267

estómago (n=25, 13%), pulmón (n=19, 9.8%), tejidos blandos (n=15, 7.8%), mediastino (n=10, 5.2%) y páncreas (n=9, 4.7%). Véase la Figura 1.

El 95% de los TNE hepáticos se relacionó con lesión metastásica y el principal sitio de neoplasia primaria fue el tubo digestivo (28.57%) y el pulmón (19.0%). Respecto del grado histológico, se notificaron lesiones de bajo, intermedio y alto grado, respectivamente, en las siguientes localizaciones: estómago (62%, 12.5% y 25%), duodeno (75%, 0% y 25%), páncreas (44%, 22% y 33%), intestino delgado (33%, 66% y 0%), apéndice (100%, 0% y 0%), colon (57%, 14% y 28.5%) y recto (0%, 100% y 0%). Se observó expresión positiva de CDX-2 en TNE de apéndice (100%), colon (75%), duodeno (66.6%), intestino delgado (66.6%) y recto (33.3%), y se identificó expresión negativa en estómago (0%), páncreas (0%), retroperitoneo (0%) y tejidos blandos (0%).

Conclusiones: La edad media de presentación de TNE es de 58.6 años, sin diferencia significativa entre géneros. Los TNE hepáticos son los más frecuentes, aunque se relacionan con metástasis de tumor primario. Los TNE parecen vincularse más a menudo con grados histológicos bajos o intermedios en esta población y CDX-2 es un marcador indicativo de origen de TNE de apéndice, colon, duodeno, intestino delgado y recto.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom072

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS DE PACIENTES CON INGESTIÓN DE CÁUSTICOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

G. Osorno-Díaz, J. M. Cázares-Méndez, O. Y. Celestino-Pérez, E. Montijo-Barrios, J. F. Cadena-León, M. V. López-Ugalde, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Las sustancias cáusticas son productos químicos que se encuentran por lo regular en el hogar y forman parte del arsenal de limpieza; pueden ocasionar lesiones en el tracto gastrointestinal y el aparato respiratorio, con gravedad variable, desde leve hasta muy grave.

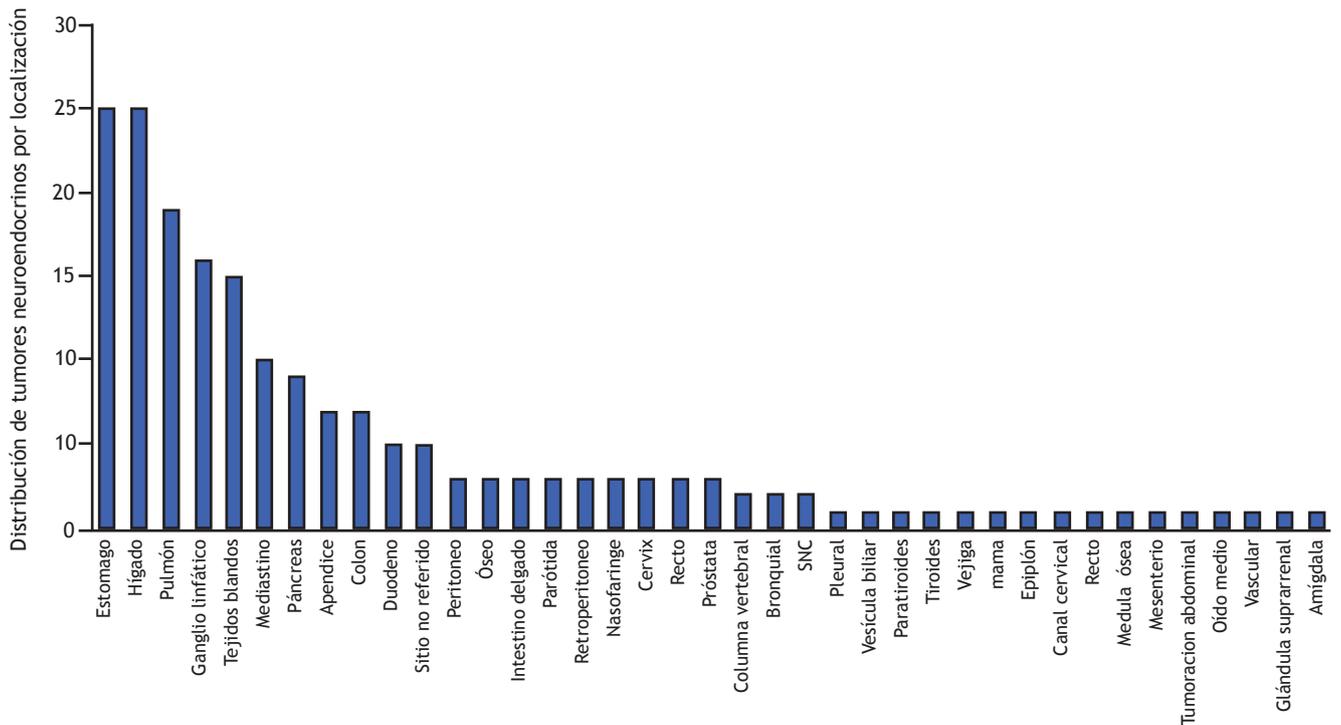
Objetivo: Describir las características clínicas y endoscópicas de los pacientes con ingestión de cáusticos que acudieron al Instituto Nacional de Pediatría.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional. Se incluyó a pacientes pediátricos con ingestión de sustancias cáusticas que acudieron al Instituto Nacional de Pediatría del 1 de junio del 2006 al 30 de junio del 2016. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyó a 68 pacientes, de los cuales 45 correspondieron al sexo masculino. La mediana de edad fue de 24 meses. Las manifestaciones gastrointestinales por orden de frecuencia fueron sialorrea (52%), úlceras orales (22%), vómitos no inducidos (14.7%), disfagia (10.2%), dolor retroesternal (4.4%) y hematemesis (4.4%). Se les realizó estudio endoscópico a todos los pacientes y el 70% presentó lesiones Maratka (0-I); dentro de estos pacientes, el 22% era asintomático, 52% presentó sólo una manifestación gastrointestinal, 20.8% dos y 4.1% tres. El 29.4% mostró lesiones Maratka grados II y III; 10% fue asintomático, 90% reveló signos y síntomas gastrointestinales, el más frecuente de los cuales fue la sialorrea en un 65%, seguido de úlceras orales en 35% (Figura 1).

Respecto del tratamiento inicial, todos se mantuvieron en ayuno; un 48.5% recibió antibiótico + esteroide, el 30.9% antibiótico + esteroide + inhibidor de bomba de protones, el 14.7% antibiótico + esteroide + antagonista H2 y el resto se trató con monoterapia a base de antibiótico o antagonista H2. Un 19.1% de los pacientes sufrió complicaciones, 1.5% de forma temprana, 13.2% de modo tardío y 4.4% de los pacientes ambos tipos de complicaciones.

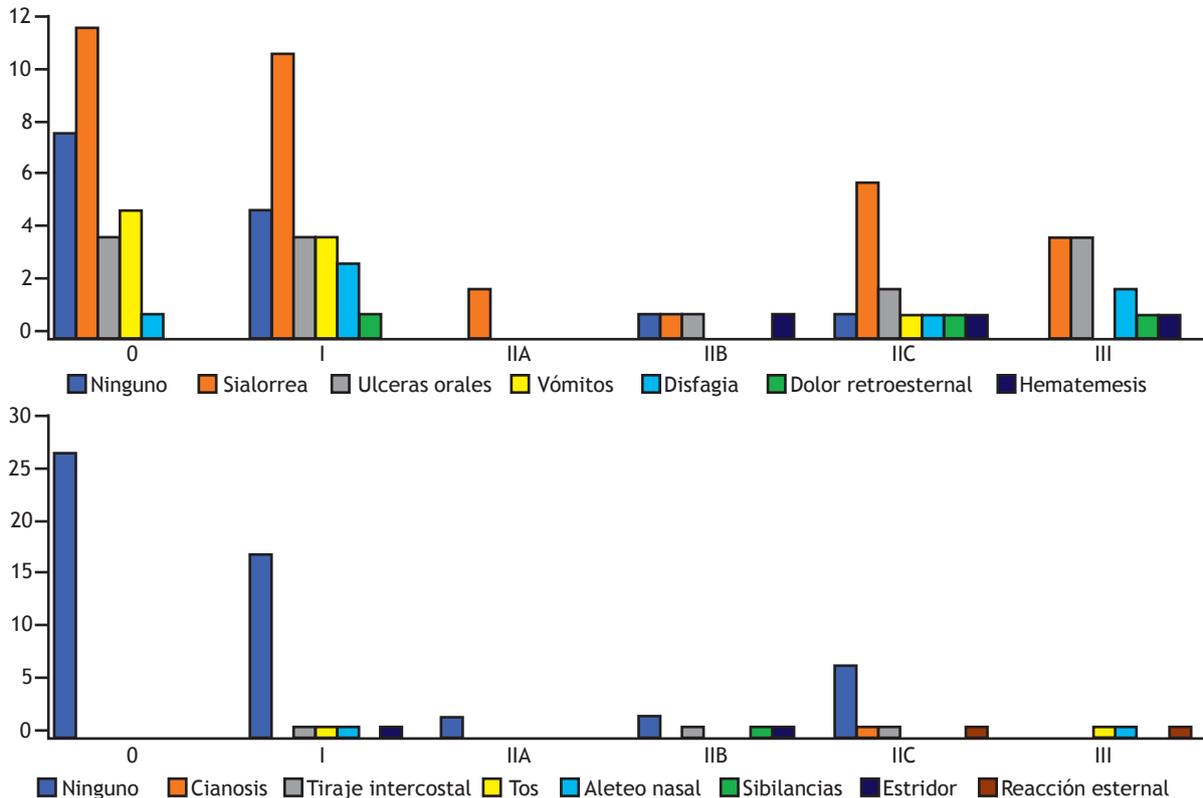
Figura 1. Distribución por frecuencia de diagnóstico de nuevos casos de tumores neuroendocrinos (TNE) entre los años 2015 y 2017. (Dom071)



Conclusiones: La ingestión de cáusticos en la edad pediátrica es un problema actual de salud pública que conlleva complicaciones graves. Similar al informe de las publicaciones médicas, en este estudio no se encontró relación entre los hallazgos endoscópicos y las manifestaciones

clínicas, por lo que éstos son pobres predictores de la presencia y extensión de lesiones esofágicas y gástricas; el estudio endoscópico es el mejor método para diagnosticarlas y decidir el mejor tratamiento. **Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Clasificación de Maratka. (Dom071)



Dom073

SEGURIDAD DEL SUCRALFATO EN SUSPENSIÓN EN NIÑOS DE 1 A 13 AÑOS CON ESOFAGITIS Y GASTROPATÍA EROSIVA

E. M. Toro-Monjaraz, K. R. Ignorosa-Arellano, R. Peña-Vélez, F. E. Zárate-Mondragón, J. F. Cadena-León, E. Montijo-Barrios, J. M. Cázares-Méndez, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: En el tratamiento de la enfermedad acidopéptica en niños, el uso de sucralfato es una opción terapéutica más. Sin embargo, los estudios en niños para evaluarlo son escasos. En la actualidad, el efecto adverso más informado ha sido el estreñimiento, en el 2% de los casos. El riesgo potencial notificado es el de intoxicación por aluminio en pacientes con insuficiencia renal crónica. Para fines del presente trabajo sólo se hará mención del aspecto de seguridad del sucralfato en niños.

Objetivo: Evaluar la seguridad del sucralfato en suspensión en relación con valores de aluminio y presencia de fenómenos adversos, como estreñimiento, para el tratamiento de la esofagitis y la gastropatía erosiva en niños.

Material y Métodos: Se realizó un estudio clínico doble ciego aleatorizado. Se incluyó a pacientes con diagnóstico endoscópico de gastropatía erosiva o esofagitis. El grupo 1 recibió sucralfato en suspensión a dosis de 60 mg/kg/día vía oral dividido en 4 tomas y esomeprazol en gránulos de 10 mg, a dosis de 1 mg/kg/día vía oral en 1 toma. El grupo 2 recibió placebo en suspensión a dosis de 60 mg/kg/día vía oral en 4 tomas y esomeprazol gránulos de 10 mg a dosis de 1 mg/kg/día vía oral en 1 toma. La duración del tratamiento fue de 28 días; en forma basal (día 0) y al terminar el tratamiento (día 28) se realizó biometría hemática completa, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático y valor de aluminio sérico. Se evaluaron la mejoría clínica y los efectos adversos en una visita semanal por cuatro semanas.

Resultados: Se incluyó a 41 pacientes (19 femeninos, 22 masculinos), de 1 a 13 años de edad. El grupo 1 (sucralfato) se integró con 19 pacientes (46.3%) y el grupo 2 (placebo) con 22 (53.7%). La edad media fue de 9.34 ±3.1 años. La media de aluminio sérico basal del grupo de sucralfato fue de 0.018 ng/ml y al finalizar el tratamiento fue de 0.007 ng/ml; no se observaron incrementos significativos (p=0.41), y al comparar con grupo placebo no hubo diferencias significativas (p=0.16; niveles de referencia de 0-6 ng/ml). Al comparar

las pruebas de seguridad, como pruebas de función hepática, química sanguínea y biometría hemática, no se identificaron alteraciones basales ni al finalizar el tratamiento (Tabla 1). La media de la escala de Bristol en el grupo de sucralfato en la visita basal fue de 3.3±0.5 y de 3.4 ±0.6 en las 4 visitas; no se encontró disminución significativa de la escala de Bristol durante el tratamiento (p=0.22).

Conclusiones: No se observó una elevación significativa de aluminio sérico ni alteraciones bioquímicas en los pacientes luego del tratamiento con sucralfato durante cuatro semanas; tampoco se registró estreñimiento como efecto adverso en relación con su administración. En consecuencia, el sucralfato en suspensión es un medicamento seguro para el tratamiento de esofagitis o gastropatía erosiva en niños.

Financiamiento: Este trabajo tuvo patrocinio de los Laboratorios Senosiain S.A. de C.V.

Dom074

CARACTERÍSTICAS DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL EVALUADOS CON VIDEOFLUOROSCOPIA DE LA DEGLUCIÓN CON TRES DIFERENTES CONSISTENCIAS DE BARIO

Y. B. Quiñones-Pacheco, E. García-Rodríguez, P. Coello-Ramírez, E. Ribera-Chávez, F. Reynoso-Zarzosa, M. Carrillo-Quan, Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: La parálisis cerebral infantil es una afección que ha ido en aumento a los últimos años. Uno de los problemas más comunes y con más repercusiones en el estado de salud es la disfagia orofaríngea, con una prevalencia >90% en este grupo de pacientes. Esto tiene implicaciones nutricionales o respiratorias y también se relaciona con complicaciones que ponen en riesgo la vida.

Objetivo: Describir las características de la disfagia orofaríngea en pacientes con parálisis cerebral infantil evaluados mediante videofluoroscopia de la deglución con tres distintas consistencias en el servicio de neurología pediátrica del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca.

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal y descriptivo en pacientes con diferentes tipos de parálisis cerebral infantil, con edades de 6 meses a 16 años, a quienes se les realizó una videofluoroscopia de la deglución con medio de contraste (bario) y se utilizó

Tabla 1. Comparación de los valores de aluminio sérico y estudios bioquímicos al inicio y final del tratamiento en los pacientes con sucralfato y placebo. (Dom073)

	Sucralfato			Placebo		
	Inicial	Final	p	Inicial	Final	p
Aluminio sérico (ng/ml)	0.018±0.04	0.007±0.03	0.41	0.030±0.05	0.010±0.03	0.16
Hemoglobina (g/dl)	14.4±1.02	14.2±1	0.34	14.6±0.99	14.1±1.3	0.01
Leucocitos (10 ³ u/L)	7.7±2.7	7.1±2.4	0.23	7.0±2.2	10.5±15.8	0.32
Linfocitos (%)	30.9±12.8	35.8±12.9	0.21	41.8±11.1	42.5±6.4	0.79
Monocitos (%)	6.9±1.7	7.7±1.7	0.22	6.4±1.5	7.5±1.6	0.05
Plaquetas (10 ³ u/L)	291±72	280±52	0.32	304±61	306±68	0.88
INR	1.0±0.06	1.0±0.07	0.80	1.0±0.06	1.0±0.5	0.06
AST (UI/L)	27.4±11.9	30.8±7.3	0.97	28.3±9.6	27.1±8.4	0.41
ALT (UI/L)	26.7±18.2	26.84±13.7	0.23	23.8±19.7	20.6±10.4	0.19
Albumina (g/dl)	4.1±0.36	4.1±0.39	0.71	4.4±1.2	4.1±0.2	0.33
Creatinina (mg/dl)	0.46±0.15	0.47±0.23	0.86	0.45±0.13	0.45±0.15	0.94

un espesante comercial para obtener tres diferentes texturas: puré, néctar y líquido; la finalidad era observar de forma dinámica el proceso de la alimentación.

Resultados: Se incluyó a 25 pacientes, 44% del género femenino y 56% del masculino. La edad promedio fue de 53.12 meses (4.4 años) con desviación estándar de +46.09 meses. Se clasificaron en cinco grupos según fuera el tipo de parálisis cerebral: cuadriplejía espástica, 14 (56%); flácida, 5 (20%); mixta, 4 (16%); discinética, 1 (4%); y diplejía espástica, 1 (4%). Se investigaron los antecedentes perinatales y se halló que la edad gestacional promedio fue de 37.4 SDG y el peso al nacer en promedio fue de 3.064 g. El 48% tuvo antecedente de hipoxia perinatal al nacer y 64% de neumonías recurrentes. La videofluoroscopia reveló que todos los pacientes presentaron una deglución ineficaz (100%), lo que significa que tuvieron alteración en la fase oral de la deglución. Más de la mitad tuvo alteración en la fase faríngea, 16/25 (64%) con residuo en vallécula y estasis en senos piriformes. En cuanto a la seguridad de la deglución, el 52% de todos los pacientes presentó aspiración, la mayoría a consistencia líquida, y más de la mitad de esas aspiraciones fue de forma silente. La gravedad de la disfagia orofaríngea fue proporcional al grado de función motora gruesa de los pacientes con parálisis cerebral de tipo espástico.

Conclusiones: Todos los niños con parálisis cerebral infantil deben tener una evaluación completa de la deglución; realizar el estudio permite indicar a los padres y cuidadores cuál es la consistencia y vía de alimentación más seguras y también ayuda a reconocer a quienes requieren una gastrostomía de forma urgente para evitar aspiraciones a la vía aérea.

Financiamiento: Este trabajo no recibió patrocinio.

Dom075

COMPARACIÓN DE LA CURVA DE TEST DE HIDROGENIONES CON LACTOSA VERSUS LACTULOSA EN NIÑOS CON DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO FUNCIONAL

M. Medranda-Cedeño, E. M. Toro-Monjaraz, M. Cázares-Méndez, K. Ignorosa-Arellano, R. Cervantes-Bustamante, F. Zárate-Mondragón, E. Montijo-Barríos, J. Cadena-León, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: El dolor abdominal funcional (DAF) es común en niños y adolescentes. La causa del dolor abdominal funcional en niños es multifactorial, pero la intolerancia a la lactosa y el sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SBID) pueden ser la causa de este síntoma. La malabsorción de lactosa se define en la prueba de aliento de hidrogeniones (PAH) con lactosa como un aumento >20 ppm después de 90 min, mientras que el SBID se define en la PAH con lactulosa como la elevación de 20 ppm antes de los 90 min. Hasta el momento no hay estudios que hayan comparado estas dos pruebas en niños con dolor abdominal funcional, por lo que es importante evaluar en esta población ambas pruebas.

Objetivo: Comparar la prueba de hidrogeniones con lactosa o lactulosa en niños con dolor abdominal funcional.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, analítico, comparativo y observacional en menores de 18 años de edad que cumplieron los criterios de Roma IV para DAF. Se utilizó el equipo Gastrolyzer® para la PAH y se realizaron ambas pruebas a cada paciente de acuerdo con las recomendaciones del consenso norteamericano. Prueba de hidrogeniones con lactosa: los pacientes recibieron 0.5 g de lactosa/kg con un máximo de 25 g; una elevación >20 ppm después del minuto 90 se consideró positiva. Una semana después se les realizó la prueba de hidrogeniones con lactulosa y se administró lactulosa a 0.5 g/kg con un máximo de 10 g. Se consideró positiva la prueba con una elevación >20 ppm antes del minuto 90. Análisis estadístico: se

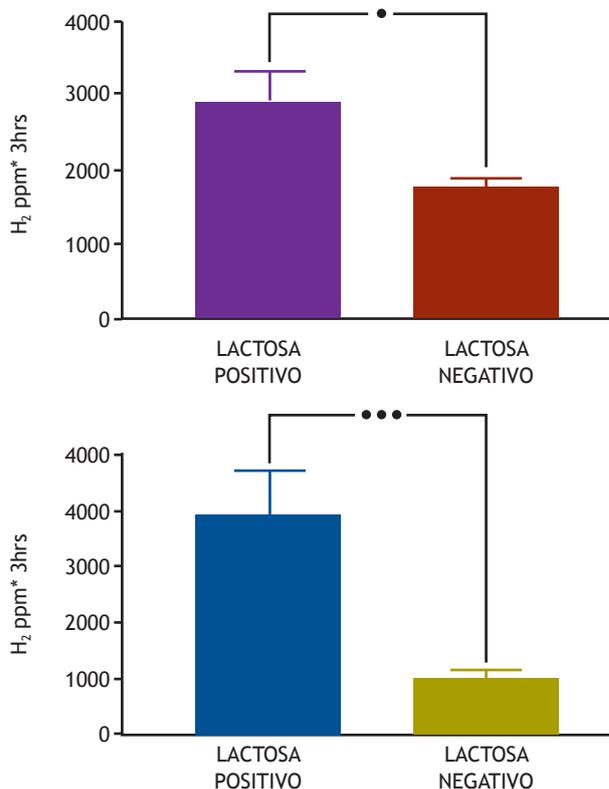
efectuó con el software SPSS 20.0 (SPSS, Chicago, IL). Las diferencias entre los tiempos y grupos se evaluaron mediante la prueba t de Student y también se realizó el área bajo la curva (AUC) con la regla trapezoidal para comparar los positivos y negativos. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 32 niños con una edad promedio de 7.2 años; 17 fueron del sexo masculino (53%). De los 32 pacientes, 50% tuvo resultado negativo y 50% resultado positivo. En 31.3%, la prueba de aliento con lactosa (malabsorción de lactosa) resultó positiva, mientras que el 28.2% fue positivo para la prueba de aliento con lactulosa y el 9.3% fue también positivo para ambas pruebas. Al realizar la comparación de las pruebas de lactosa positivas o negativas se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) y lo mismo ocurrió con las pruebas de lactulosa positivas o negativas. EL AUC mostró diferencias significativas al comparar los positivos con los negativos en ambas pruebas (Figura 1).

Conclusiones: En niños con dolor abdominal funcional es importante realizar una PAH para descartar malabsorción de lactosa o SBID debido a que el 50% de esta población es positiva a alguna de estas pruebas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Prueba t de las muestras independientes para sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado e intolerancia a la lactosa, positivo y negativo.



Dom076

FRECUENCIA DE VACIAMIENTO GÁSTRICO RETARDADO EN NIÑOS MAYORES DE DOS AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

A. Hernández-Maza, K. Miranda-Barbachano, J. Flores-Calderón, Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un padecimiento de origen multifactorial relacionado con alteraciones de la motilidad gastrointestinal alta. La prevalencia de ERGE es de 50% a 60% entre los 3 y 6 meses; en la mayoría de los casos se resuelve antes de los dos años de vida y decrece hasta un 5% a partir de los 18 meses de edad. La persistencia de ERGE en niños mayores se ha vinculado con un vaciamiento gástrico retardado; en otras instituciones nacionales se ha informado entre un 38% y 59% en relación con complicaciones como esofagitis y detención del crecimiento.

Objetivo: Establecer la frecuencia de vaciamiento gástrico retardado en niños mayores de dos años de edad con diagnóstico de ERGE en un hospital de tercer nivel de atención.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se incluyó a niños mayores de dos años de edad con diagnóstico de ERGE, determinado por histopatología o registro de pH-metría e impedancia, en el periodo comprendido entre enero de 2016 y diciembre de 2017. Del expediente se recolectaron los datos demográficos, el estado nutricional, principales síntomas, método diagnóstico, comorbilidades, porcentaje de vaciamiento gástrico evaluado por gammagrama y tratamiento previo del ERGE. Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva para la obtención de frecuencias, mediana, valor mínimo y máximo. El análisis se llevó a cabo con el programa SPSS, versión 21.0.

Resultados: Se incluyó a 101 pacientes con diagnóstico de ERGE. La mediana de edad fue de 7 años (2 años-15 años), con 57 casos del sexo masculino (56.4%) y el 44 (43.6%) del femenino. El estado nutricional de los niños fue normal en 42 (41.6%), con desnutrición en 32 (31.7%). Los síntomas digestivos se presentaron en 49 (48.5%) casos y los más frecuentes fueron pirosis, dolor abdominal, falla de medro y tos crónica. Se informaron comorbilidades en 53 casos (52.5%) relacionadas con alergias respiratorias, trastornos neurológicos, endocrinos, reumatológicos y metabólicos. En 91 (90%), la histología mostró cambios vinculados con la ERGE y en 10 de ellos (9.8%) se documentó reflujo patológico por pH-metría. El gammagrama mostró retardo en el vaciamiento gástrico en 75 (74.3%) casos y de ellos fue grave en 26 (35.1%). El tratamiento previo para la ERGE fue inadecuado en el 61 (60.4%) de los niños. La descripción general de las variables analizadas se describe en la **Tabla 1**.

Conclusiones: El estudio mostró una frecuencia de vaciamiento gástrico prolongado en 74.3% de los niños mayores de 2 años con persistencia de ERGE. Esta alteración podría relacionarse con gastroparesia, pero la falta de apego al tratamiento en un 60% de los casos es un factor que tal vez contribuye a la persistencia de la ERGE.

Financiamiento: Este trabajo no contó con ningún financiamiento.

Dom077

CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO ROMA IV EN ESPAÑOL PARA IDENTIFICAR TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES EN LACTANTES Y PREESCOLARES LATINOAMERICANOS

C. A. Velasco-Benítez, A. Ruiz-Extremera, M. P. Sánchez-Pérez, C. J. Ortiz-Rivera, E. Játiva, Universidad del Valle / Cali, Colombia

Introducción: La identificación de los trastornos gastrointestinales funcionales (TGF) en lactantes y preescolares (LP) latinoamericanos se puede realizar por el Cuestionario Roma IV en español.

Objetivo: Determinar la confiabilidad del Cuestionario Roma IV en español para identificar TGF en LP latinoamericanos.

Material y Métodos: Se incluyó a 602 LP de 1 a 48 meses de edad de dos ciudades latinoamericanas. Se utilizó la evaluación por tres expertos, comprensión del Cuestionario Roma IV en español a un grupo piloto de 14 cuidadores y administración del cuestionario final por autoinforme a 602 cuidadores de LP latinoamericanos. Se evaluaron

Tabla 1. Distribución de las variables clínicas (Dom076)

	Frecuencia	Porcentaje
Estado Nutricional	N=101	
Desnutrido	32	31.7
Normal	42	41.6
Sobrepeso	16	15.8
Obesidad	11	10.9
Edad		
2 años-5 años 11 meses	43	42.6
6 años-12 años 11 meses	43	14.9
≥13 años	15	14.9
Síntomas		
Digestivos	49	48.5
Extradigestivos	24	23.8
Ambos	28	27.7
Diagnóstico		
Histológico	91	90.1
pH-metría	5	5.0
Ambos	5	5.0
Comorbilidades		
Alergias respiratorias	17	16.8
Cardiopatías	7	6.9
Trastornos neurológicos	14	13.9
Operaciones abdominales	6	5.9
Afecciones reumatológicas	3	3.0
Trastornos endocrinos	1	1.0
Trastornos metabólicos	4	4.0
Sin comorbilidades	49	48.5
Tratamiento		
Sin tratamiento	28	27.7
Adecuado	12	11.9
Inadecuado	61	60.4
Medicamentos que alteran el vaciamiento gástrico		
Presentes	5	5.0
Ausentes	96	95.0
Vaciamiento gástrico por gammagrama		
Acelerado	4	4.0
Normal	22	21.8
Retardado	75	74.3

la consistencia interna, la estabilidad y la equivalencia. Se realizó un análisis descriptivo y para establecer la consistencia interna se calculó el coeficiente del alfa de Cronbach (α -Cronbach). El cuestionario consistió de 42 preguntas divididas en tres secciones: A (problemas digestivos = 21); B (vómito = 10); y C (movimientos intestinales = 11).

Resultados: Participaron 602 LP latinoamericanos (edad 17.3 ± 11.9 meses, 50% niñas). El cuestionario se entendió y usó con facilidad. El α -Cronbach fue de 0.69 para la sección A, 0.7244 para la sección B y 0.4383 para la sección C.

Conclusiones: Se encontró que el Cuestionario Roma IV en español tiene una confiabilidad alta-moderada, es de fácil comprensión y uso para la identificación de TGF en LP latinoamericanos y se ha propuesto para otros LP de habla hispana.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom078

PREVALENCIA DE TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES EN MENORES DE CUATRO AÑOS ECUATORIANOS SEGÚN LOS CRITERIOS DE ROMA IV EN ESPAÑOL

C. A. Velasco-Benítez, E. Játiva, M. Castro, Z. Játiva, Universidad del Valle / Cali, Colombia

Introducción: La prevalencia de trastornos gastrointestinales funcionales (TGF) en lactantes ecuatorianos menores de 12 meses es del 36.0% según los Criterios de Roma III en español.

Objetivo: Determinar la prevalencia de TGF en niños menores de cuatro años por medio de los Criterios de Roma IV en español e identificar posibles factores de riesgo.

Material y Métodos: Estudio de prevalencia en niños menores de cuatro años del Hospital Infantil Baca Ortiz de Quito, Ecuador, a quienes se diagnosticó diarrea funcional, cólico, estreñimiento funcional, disquecia, regurgitación, síndrome de vómito cíclico y rumiación. Se incluyeron variables sociodemográficas, como sexo y edad. La estadística incluyó análisis univariado y multivariado y el cálculo de los OR; una $p < 0.05$ se consideró significativa.

Resultados: Se incluyó a 362 menores de cuatro años; de 15.9 ± 10.5 meses de edad; 54.3% niñas. Una cifra de 22.4% tuvo algún TGF: cólico (0.6%), estreñimiento funcional (11.9%), disquecia (2.5%), regurgitación (2.2%), síndrome de rumiación del lactante (0.8%) y síndrome de vómito cíclico (4.4%). No hubo factores de riesgo sociodemográficos relacionados.

Conclusiones: Una cuarta parte de estos niños presentó algún TGF; los más frecuentes fueron el estreñimiento funcional, el síndrome de vómito cíclico y la regurgitación; sin posibles factores de riesgo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom079

FRECUENCIA DE *HELICOBACTER PYLORI* EN PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA DEL 2015 AL 2018

G. Osorno-Díaz, E. Montijo-Barrios, C. Romo-González, J. Burgueño-Ferreira, O. Y. Pérez-Celestino, J. M. Cázares-Méndez, J. F. Cadena-León, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es un problema de salud pública mundial. En México, la tasa de infección aumenta con la edad, del 24.5% en niños menores de cuatro años al 65% en adolescentes. Las pruebas empleadas para el diagnóstico de *H. pylori* se pueden dividir en dos grupos: técnicas invasivas como la prueba rápida de la ureasa, tinciones histológicas, cultivo (considerado

la norma de referencia) y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR); y técnicas no invasivas como la prueba del aliento, serología y detección de antígenos en heces fecales. La elección de utilizar una u otra pruebas depende de su accesibilidad, ventajas, desventajas, costo y edad del paciente.

Objetivo: Determinar la frecuencia de *H. pylori* mediante histopatología, cultivo, PCR (genes *ureC* y *16s-RNA*) y prueba rápida de ureasa en pacientes con dolor abdominal atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría del 2015 al 2018.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y transversal. Se incluyó a 108 pacientes pediátricos que se atendieron en el Instituto Nacional de Pediatría, sometidos a panendoscopia debido a que se encontraban en abordaje del dolor abdominal crónico (99%) y de anemia sin causa aparente (1%). Se tomaron biopsias gástricas en todos los pacientes, las cuales se enviaron a histopatología, cultivo y PCR (gen *ureC*, PCR *16s-RNA*); en 81 casos también se realizó la prueba rápida de ureasa para determinar la presencia de *H. pylori*. Se consideró infección por *H. pylori* en aquellos casos con cultivo positivo o dos pruebas invasivas positivas a cultivo diferentes (PCR, histopatología o prueba rápida de ureasa). Se realizaron estadísticas descriptivas y se compararon las variables categóricas con la prueba exacta de Fisher. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo. El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS 21.0.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue de 10.5 ± 4.6 años y 52% de los pacientes correspondió a mujeres. Los síntomas gastrointestinales presentados por orden de frecuencia fueron epigastralgia (52%), dolor abdominal generalizado (52%), distensión abdominal (36.1%), reflujo gastroesofágico (35.1%), vómito (21.2%) y anemia como síntoma extraintestinal (13%). De los 108 pacientes, 18 (16.6%) fueron positivos por cultivo; 44 (40.7%) positivos por PCR y de ellos 39 (36.11%) por *ureC* y 29 (26.85%) por *16sRNA*; 41 (37.9%) por histopatología y 24 de 81 (29.6%) por prueba rápida de ureasa. Se observó que existe correlación entre el cultivo y la prueba de PCR ($p < 0.0001$). Respecto de la evaluación de las pruebas diagnósticas en este estudio, tanto el cultivo como la PCR presentan mejor especificidad y valor predictivo positivo principalmente con el gen *ureC* (Tabla 1).

Conclusiones: El cultivo y la PCR específica de *H. pylori* son muy útiles en el diagnóstico de la infección debido a sus elevadas especificidad y sensibilidad. Si se considera que el aislamiento en cultivo es difícil de obtener, es válido utilizar la PCR de *ureC* o *16sRNA* para establecer el diagnóstico y dictar la conducta terapéutica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom080

VÓMITO COMO SÍNTOMA CONFUSOR EN UN ABANICO DE POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS: INFORME DE UN CASO PEDIÁTRICO MEXICANO DE SÍNDROME DE ALLGROVE

M. X. Espriú-Ramírez, Y. Rivera-Suazo, A. Consuelo-Sánchez, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Tabla 1. Evaluación de las pruebas diagnósticas (Dom079)

Pruebas diagnósticas	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	CP ¹ positivo	CP ¹ negativo
Cultivo	48.7%	100%	100%	77.5%	49 ²	0.51
PCR <i>16sRNA</i>	87%	89%	82%	92.5%	7.9	0.14
PCR <i>URE-C</i>	74%	98%	96.6%	87.17%	37	0.26
Histopatología	40%	75%	61.3%	80.9%	1.6	0.8
Prueba de ureasa	78%	75%	72%	80.7%	3.12	0.29

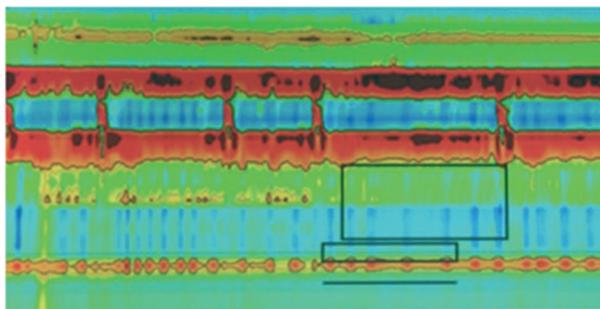
Introducción: El síndrome de Allgrove o síndrome triple A es un trastorno neuroendocrino caracterizado por la triada de acalasia, alacrimia e insuficiencia suprarrenal. Posee fenotipos variables, herencia autosómica recesiva y mutaciones del gen causante: AAAS o ADRACALIN en cromosoma 12q13, que codifica a la proteína llamada ALADIN que interviene en la regulación del transporte nucleocitoplasmático, cuya expresión en estructuras neuroendocrinas, gástricas y cerebrales desempeña un papel importante en el desarrollo normal del sistema nervioso periférico y central.

Objetivo: Informar el caso de una paciente mexicana con síndrome de Allgrove.

Informe del caso: Paciente femenina de 1 año 9 meses de edad, producto gesta dos, padres no consanguíneos, embarazo normoevolutivo de término, peso al nacer de 3.075 kg, longitud de 48 cm, sin hipoxia perinatal; hermano mayor sano. Falla de medro desde los 3 meses, peso referido de 5.3 kg (peso para edad 90%, percentil 25°), ganancia ponderal de 900 g en 18 meses, ingestión de 65 kcal/kg/día al recordatorio de 24 horas; vómito desde 9 meses, diario, precedido de náusea y arqueo, posprandial inmediato, progresivo, al inicio sólo a ingestión de líquidos, y luego a sólidos, descritos como alimentos no digeridos, de moderada a abundante cantidad; llanto sin lágrimas desde el nacimiento. Exploración física sin evidencia de lágrimas, alopecia parcial, retraso global del desarrollo psicomotor, debilidad muscular generalizada y desnutrición crónica agudizada de intensidad grave con reservas agotadas, peso de 6.2 kg, longitud de 74 cm, perímetro cefálico de 43 cm (<3° percentil para edad), peso para edad de 53.2%, longitud para edad de 88.5%, peso para longitud de 66.38%, perímetro braquial de 10.5 cm (<5° percentil para edad), pliegue tricípital de 3.2 mm (<5° percentil para edad), reserva magra de 59% y reserva grasa de 32%. A su ingreso se coloca sonda nasogástrica para recuperación nutricional con alimentación enteral de acuerdo con las directrices de la OMS. Serie esofagogastroduodenal con dilatación esofágica a nivel de la unión esofagogástrica, disminución acentuada de luz e imagen en "pico de ave". Endoscopia con dilatación del tercio distal del esófago y restos alimenticios presentes de larga data y manometría esofágica de alta resolución con ausencia de relajación de esfínter esofágico inferior, ausencia de peristalsis de cuerpo esofágico en 100% de degluciones, con los cuales se estableció diagnóstico de acalasia tipo I (Figura 1). Prueba de Schirmer positiva para deficiencia de lágrima en ambos ojos. Valores de hormona adrenocorticotropa y cortisol normales. Se realizó sin complicaciones miocardiectomía de Heller y funduplicatura parcial anterior tipo Dor por vía laparoscópica. Después de la operación hay remisión de síntomas, se retira sonda, se inicia vía oral con adecuada tolerancia y hay recuperación nutricional. Actualmente, a ocho meses posquirúrgicos, persiste asintomática.

Discusión: El síndrome de Allgrove es una enfermedad rara. En las publicaciones médicas pediátrica mexicana se tienen pocos casos informados. Debe buscarse la presencia de alacrimia y deficiencia suprarrenal en todo paciente con acalasia; se han descrito incluso

Figura 1. Manometría esofágica; IRP medio, 22 mmHg (normal <20); presurización esofágica mínima; 100% de peristalsis fallida; presión media aumentada del esfínter esofágico inferior, 48 mmHg.



alteraciones autonómicas y neurológicas consideradas como la cuarta A. La alacrimia es un síntoma temprano y constante y puede aparecer desde etapa de lactante, como en este caso, y es su primera manifestación clínica.

Conclusiones: Dada la rareza de esta alteración en la población pediátrica, el diagnóstico puede ser tardío. Los médicos deben tener un alto índice de sospecha ante un paciente con vómito persistente y conocer el abordaje diagnóstico de uno de los síntomas más frecuentes en pediatría.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom081

SÍNDROME DE POLIPOSIS ADENOMATOSA EN PACIENTE FEMENINA DE CINCO AÑOS DE EDAD

N. González-Rozo, E. V. Estrada-Arce, E. García-Rodríguez, P. Coello-Ramírez, E. Rivera-Chávez, L. Arnaud-López, H. Silva-Báez, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: El síndrome de poliposis intestinal se debe considerar con más de cinco pólipos colónicos, presencia de pólipos extracolónicos y antecedente familiar. El diagnóstico histológico determina el tipo de síndrome que puede clasificarse en hamartomatoso o adenomatoso. Dentro de este último se reconocen los siguientes síndromes: síndrome de poliposis adenomatosa familiar, síndrome de Turcot, síndrome de Gardner, síndrome de Lynch y poliposis relacionada con MYH. La mayoría es de herencia autosómica dominante y el 20% a 30% de las mutaciones son *de novo*. El más frecuente de éstos es el síndrome de poliposis adenomatosa familiar (PAF) con incidencia de 1:10 000. La presentación clínica puede ser asintomática o con rectorragia, pero su importancia en el diagnóstico radica en el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal.

Objetivo: Describir la presentación clínica y la evolución de una afección poco frecuente en la edad pediátrica.

Informe de casos: Paciente femenina de cinco años de edad con dismorfias faciales, retraso global del desarrollo, displasia bilateral de cadera, hipotonía y talla baja. Inició a los dos años de edad al presentar rectorragia, dolor abdominal y protrusión de masa por ano; se trató con esteroide y anestésico local; presentó otro episodio como el anterior en el que se practicó rectosigmoidoscopia con resección de pólipo rectal único con descripción anatomopatológica indicativo de adenoma tubular avanzado; a los 4.5 años presentó nuevo sangrado digestivo bajo no anemizante; se consulta a este hospital y se realiza colonoscopia que halla múltiples pólipos planos y sésiles en colon descendente, múltiples pólipos pediculados de varios tamaños en ángulo esplénico, rectosigmoide con disminución de calibre intestinal y engrosamiento concéntrico de la pared; el estudio anatomopatológico demostró pólipos adenomatosos. Panendoscopia: gastropatía eritematosa, dos pólipos en cuerpo; recibió tratamiento farmacológico durante seis meses con AINE sin respuesta al tratamiento y con cambios de displasia por lo que se decidió la colectomía sin complicaciones.

Discusión: Los pacientes con FAP pueden presentar manifestaciones extracolónicas según sea la mutación genética. Las manifestaciones extracolónicas de la PAF (que pueden presentarse hasta en un 40% de los casos) configuran no sólo algunos síndromes individualizados, como el síndrome de Gardner (afección gastroduodenal, tumores desmoides y osteomas) o el síndrome de Turcot-Despres (tumores del sistema nervioso central). Se asume que estas manifestaciones extracolónicas son secundarias a una expresión variable de un defecto genético único más que el resultado de múltiples defectos genéticos diferentes. Un diagnóstico clínico diferencial a considerar es el síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba vinculado con

mutaciones en PTEN, el cual se ha relacionado con tumoraciones adenomatosas hasta en un 32%.

Conclusiones: La poliposis adenomatosa puede evolucionar hacia cáncer colorrectal en un 13.6%. El objetivo del tratamiento es evitar las consecuencias de la transformación maligna. La técnica quirúrgica debe individualizarse en cada paciente y elegir la que permita un buen balance entre el control de la enfermedad, calidad de vida y morbilidad vinculada con ésta.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom082

TUBERCULOSIS ABDOMINAL EN PEDIATRÍA: INFORME DE 22 CASOS

M. A. Ortiz-Guerra, B. P. Campoverde-Arévalo, P. Coello-Ramírez, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: La tuberculosis es la novena causa de muerte a nivel mundial y la primera de enfermedades infecciosas; la OMS registró mortalidad de 1.3 millones en el 2016 y tuberculosis extrapulmonar mostró una incidencia de 7 920 pacientes en edades de 0 a 14 años en América. El abdomen es el sitio más común de tuberculosis extrapulmonar y afecta a intestino hasta en 50%, peritoneo en 43%, ganglios linfáticos mesentéricos en 7% y vísceras; se confunde con otras alteraciones, lo que retrasa el diagnóstico y aumenta la morbilidad.

Objetivo: Describir las características etarias, clínicas, microbiológicas, complicaciones y comorbilidades adjuntas en pacientes pediátricos con tuberculosis abdominal de enero de 2007 a mayo de 2018 en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.

Informe de casos: Un total de 24 casos confirmados, dos excluidos por expediente incompleto. Se informan 22 casos, 11 hombres (50%) y 11 mujeres (50%). El más joven de 1 año 4 meses y el mayor de 18 años de edad, con edad media de 13 años. Duración media de los síntomas antes del diagnóstico de 6.5 meses (intervalo, 1-24 meses). Seis pacientes (27.2%) con antecedente de ingestión de leche y lácteos no pasteurizados. Tres datos clínicos más frecuentes fueron dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso. Dos pacientes (9%) con Combe (+), PPD (+) en 7 (31.8%), BAAR (+) en 7 (31.8%), estudios de imagen consistentes (TAC y USG abdominal) en 3 (13.6%), PCR de mucosa intestinal (+) en 2 (9%), cultivo (+) en 1 (4.5%) para *M. tuberculosis* en líquido peritoneal/LCR. Ocho pacientes (36.4%) se sometieron a laparotomía, 2 pacientes (9%) con fístula enterocutánea, 1 paciente (4.5%) con perforación intestinal. Dos pacientes (9%) con inmunodeficiencia (VIH congénito y linfoma). Dos (9%) fallecieron por neumonía y choque séptico. Sólo dos con tuberculosis pulmonar.

Discusión: Según CENAPRECE, en el 2015 Jalisco ocupó el tercer lugar nacional en defunciones causadas por tuberculosis y en el 2016 el mismo lugar de casos nuevos de tuberculosis no pulmonares ni meníngeas. En esta revisión no se observó predilección por género; la edad media de presentación fue de 13 años con duración de síntomas antes del diagnóstico de 6.5 meses, tal y como lo informan algunos autores en México. El 27.2% de estos pacientes tuvo el antecedente de ingestión de leche y productos lácteos no pasteurizados. Daza-Bolaños mostró prevalencia de *Mycobacterium* de 3% en animales y Prachi registró prevalencia de 12.6% de humanos infectados con *Mycobacterium* a través de zoonosis; se considera alto el riesgo de enfermarse por ingestión de lácteos sin pasteurizar. Datos clínicos más frecuentes son dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso; algunos autores comentan las manifestaciones intestinales con sensibilidad de 76% y especificidad de 85%; el 9% cuenta con Combe positivo. La PPD posee sensibilidad y especificidad de 87% y 92-100%, respectivamente; se obtuvo positividad en 31.8% y se identificó BAAR. La evidencia microbiológica es difícil de obtener y un resultado positivo para cultivo. Dos pacientes se diagnosticaron con

criterios clínicos y epidemiológicos. Al ingreso hospitalario, 36.4% se sometió a laparotomía; dos pacientes con fístula enterocutánea y uno con perforación intestinal. Dos fallecieron por otras causas.

Conclusiones: La tuberculosis abdominal es una enfermedad infecciosa y debe considerarse en pacientes con dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso expuestos a ingestión de productos lácteos no pasteurizados, Combe positivo e inmunodeficiencia. Algunos casos se presentan con dolor abdominal crónico que obliga a la exploración quirúrgica.

Financiamiento: No se recibió patrocinio alguno.

Dom083

ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED INTESTINAL POSTRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA COMBINADA GRAVE

M. A. Ortiz-Guerra, E. V. Estrada-Arce, J. C. Lona-Reyes, R. N. Martín-del Campo, A. L. Orozco-Alvarado, M. E. Núñez-Núñez, E. Rivera-Chávez, E. García-Rodríguez, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: En los pacientes con inmunodeficiencia combinada grave es urgente el trasplante de células hematopoyéticas para corregir el defecto genético, pero puede presentarse la enfermedad de injerto contra huésped (EICH). Ésta surge como consecuencia del reconocimiento antigénico y ataque de linfocitos T del donante a los tejidos y órganos del receptor. Afecta a piel en el 81% de los casos, al tracto gastrointestinal en el 54% y al hígado en el 50%; se puede presentar como un síndrome agudo multiorgánico confundible al inicio con enfermedades frecuentes.

Objetivo: Presentar un caso clínico de enfermedad de injerto contra huésped intestinal postrasplante de células progenitoras hematopoyéticas en un paciente con inmunodeficiencia combinada grave.

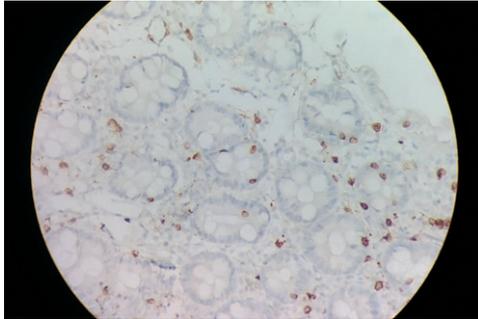
Informe de casos: Paciente masculino de 1 año 10 meses; a las 7 semanas de vida presentó neumonía grave, hiperpigmentación cutánea, candidiasis oral y úlceras genitales. Agotamiento de inmunoglobulinas y subpoblación de linfocitos (T-B-NK-). Vacunado al nacimiento con BCG, alimentado con leche materna hasta el mes de vida, madre con serología positiva (IgG) a citomegalovirus (CMV) y paciente con PCR en sangre positiva a CMV. A los 6 meses de vida se trasplantó con sangre de cordón umbilical, compatibilidad 5/6, celularidad CD4 3.32 x10⁶; como medida de prevención a EICH, se inició ciclosporina y micofenolato posterior al trasplante; a los 80 días postrasplante inició con diarrea, esteatorrea, distensión abdominal, circulación colateral, hepatomegalia, meteorismo, síndrome de malabsorción e insuficiencia pancreática exocrina. Coprocultivos negativos, carga viral para CMV negativa, tinciones de heces en fresco sin trofozoítos de *Giardia spp* y *Entamoeba spp*, tinción de Kinyoun en heces positiva a *Cryptosporidium spp*; recibió tratamiento con nitazoxanida, tinciones de control negativas. IgE sérica con valores significativamente elevados. La endoscopia reveló bulboduodenitis y las imágenes histológicas mostraron gastritis crónica folicular, duodenitis crónica grave, abundantes linfocitos intraepiteliales en criptas y superficie de vellosidades; se realizó inmunohistoquímica: CD3 (Figura 1) y CD20 positivos, datos consistentes con EICH. Recibió tratamiento con inmunosupresores y se observó mejoría en evolución.

Discusión: El diagnóstico de EICH intestinal postrasplante es metucloso; se debe contar con evidencia negativa de infección y los hallazgos deben ser consistentes en la exploración física, imágenes radiológicas, endoscopia de la mucosa intestinal, así como estudio histopatológico típico que muestra cambios en las criptas intestinales; sin embargo, no son concluyentes y por tanto los hallazgos en las biopsias con inmunohistoquímica son importantes en el diagnóstico.

Conclusiones: EICH intestinal es una complicación grave y letal que requiere un alto grado de sospecha clínica; es importante el diagnóstico y tratamiento oportuno que repercute en la sobrevivencia de los pacientes, como el caso descrito.

Financiamiento: Este trabajo no recibió patrocinio ni financiamiento.

Figura 1. Histopatología duodenal con inmunohistoquímica CD3; se observan linfocitos T dentro de la glándula.



Dom084

SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO DE INTESTINO DELGADO EN NIÑOS CON DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO Y ENFERMEDADES ALÉRGICAS

R. Peña-Vélez, E. Toro-Monjaraz, D. Avelar-Rodríguez, K. Ignorosa-Arellano, F. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Los niños con dolor abdominal crónico (DAC) representan una población que comprende trastornos gastrointestinales orgánicos y funcionales. Una de las causas del dolor abdominal crónico puede ser el sobrecrecimiento bacteriano de intestino delgado (SBID). Los mecanismos que restringen la colonización bacteriana en el intestino delgado pueden alterarse y conducir a un desequilibrio que conduce al SBID por distintas causas: anomalías anatómicas, disminución de la secreción de ácido gástrico, alteraciones en la motilidad intestinal, inmunodeficiencias y otras enfermedades. Se ha observado que en la población que acude con dolor abdominal crónico a este hospital, muchos individuos tienen antecedente de enfermedades alérgicas (asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica o alergia alimentaria). En las publicaciones médicas no se identificó evidencia que demuestre la relación entre DAC y enfermedades alérgicas, por lo que se considera importante explorar esta posible relación.

Objetivo: Establecer la relación entre SBID y DAC en pacientes pediátricos con enfermedades alérgicas.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, comparativo y observacional. Se incluyó a pacientes con DAC sometidos a prueba de hidrógeno en aire espirado con lactulosa para determinar o no la presencia de SBID. La prueba t de Student se usó para comparar los hallazgos en sujetos con o sin SBID. La prueba χ^2 se usó para evaluar la relación entre variables cualitativas.

Resultados: Se incluyó a 70 pacientes (41 femeninos y 29 masculinos), 35 con SBID y 35 con estudio de hidrógeno en aire espirado negativo. La edad media de los niños con SBID fue de 6.6 ± 3.5 años. Se encontró una frecuencia significativamente mayor de SBID en niños que presentaban antecedente de alguna alergia en general en comparación con quienes tuvieron la prueba de hidrógeno negativa (71.4% vs 28.6%, respectivamente). La alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV), rinitis alérgica y asma fueron las alergias más prevalentes en niños con SBID. La dermatitis atópica, urticaria y

alergia alimentaria no mostraron diferencias significativas. El *odds ratio* para presentar algún tipo de alergia en pacientes con SIBO fue de 5.45 (IC95% 1.96-15.17, $p=0.001$), para APLV un OR de 1.34 (IC95% 1.10-1.63, $p=0.001$), para rinitis alérgica un OR de 3.57 (IC95% 1.27-10.01, $p=0.013$) y para asma un OR de 1.16 (IC95% 1.01-1.36, $p=0.027$).

Conclusiones: Existe relación entre SBID y enfermedades alérgicas, especialmente APLV, rinitis alérgica y asma, por lo que SBID debe descartarse en los pacientes con DAC que presenten enfermedades alérgicas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom085

EVOLUCIÓN EN LACTANTES CON FALLA INTESTINAL SECUNDARIA A CAUSAS ANATÓMICAS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

S. A. Jiménez-Sánchez, A. Reyes-Cerecedo, J. Flores-Calderón, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La falla intestinal (FI) se define como la reducción de la función y la masa intestinal mínima necesaria para mantener la digestión y absorción y satisfacer los requerimientos de nutrientes y líquidos, de tal modo que se consiga un crecimiento; la FI requiere un soporte de nutrición parenteral prolongado. La principal causa es el síndrome de intestino corto.

Objetivo: Describir las características clínicas en niños con falla intestinal, tiempo para la adaptación intestinal y complicaciones.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyó a 27 lactantes con diagnóstico de falla intestinal secundaria a resección intestinal durante el periodo de 2013 a 2017. Se obtuvieron datos demográficos, etiología, longitud del segmento resecado y preservación de la válvula ileocecal, tiempo en que se logró la desconexión de NPT y complicaciones.

Resultados: Se incluyó a 27 pacientes, 16 (59.3%) del sexo masculino; 55.6% ingresó en el periodo neonatal. Las causas fueron atresia intestinal IIIA en 6 pacientes (22.3%), enterocolitis necrosante en 5 (18.5%) y atresia intestinal tipo I en 4 (14.8%). En 1 sujeto (3.7%), la longitud de intestino remanente fue de 3% y se consideró síndrome de intestino ultracorto; en 8 pacientes (29.6%), la longitud del intestino remanente fue de 25% y se asumió intestino corto (<25%); en 18 personas (66.6%), la mediana de la longitud de intestino remanente fue de 70% (90 cm); en 15 pacientes se preservó la válvula ileocecal. Todos los enfermos recibieron nutrición parenteral, con una mediana de 92 días (36-668 días). En 66% se logró adaptación intestinal, con una mediana de tiempo de 95 días (mínima de 60 y máxima de 305 días). En 6 casos se logró la recuperación del estado nutricional aun con retiro de la NPT. Las complicaciones más frecuentes fueron enfermedad hepática relacionada con falla intestinal 37%, sepsis vinculada con CVC en 55.5% y trombosis en 3.7%. Se requirió reinstalación de CVC en todos los casos con una mediana de dos por paciente (entre 1 y 10). Los individuos con válvula ileocecal, longitud de intestino remanente >25% y sin enfermedad hepática relacionada con falla intestinal logran la adaptación intestinal.

Conclusiones: Este estudio mostró que la causa más frecuente que provocó la falla intestinal fue la resección intestinal por atresia intestinal; la mayor adaptación intestinal se logra en los casos con un remanente intestinal >25%, preservación de válvula ileocecal y ausencia de enfermedad hepática. El mayor número de complicaciones aparece en relación con CVC, por lo que se recomienda extremar medidas para su atención.

Financiamiento: Ninguno.

Dom086

ENTEROPATÍA PERDEDORA DE PROTEÍNAS POR LINFANGIECTASIA INTESTINAL: UNA ENFERMEDAD RARA (INFORME DE DOS CASOS)

D. L. Martínez-Bejarano, Y. A. Castillo-De León, M. M. Rodríguez-Pérez, K. Buendía-Juárez, Instituto Mexicano del Seguro Social, UMAE, CMNO Pediatría

Introducción: La linfangiectasia intestinal primaria (LIP) es una alteración rara (se calculan en las publicaciones médicas <200 casos) caracterizada por dilatación de los conductos linfáticos a nivel del intestino delgado; en clínica se comporta como una enteropatía perdedora de proteínas (EPP) y malabsorción de nutrimentos.

Objetivo: Describir las características clínicas, bioquímicas, endoscópicas e histológicas en niños con LIP.

Informe de casos: **Caso 1.** Paciente femenino de 11 años de edad originario de Jalisco. Inicia al año de edad con diarrea prolongada; un año después se agrega distensión abdominal y edema en extremidades inferiores; presenta hipoalbuminemia y linfopenia; se realiza endoscopia que indica duodeno con características en copos de nieve y estudio histológico en duodeno con vellosidades ensanchadas por linfáticos dilatados y quísticos; se confirma linfangiectasia intestinal. Se inicia tratamiento con octreótida, con disminución de episodios diarreicos y elevación de albúmina sérica.

Caso 2. Paciente masculino de 3 años de edad, originario de Guadalajara, Jalisco; inicia a los 19 meses de edad, con diarrea prolongada y angioedema; se inicia abordaje diagnóstico con hipogammaglobulinemia, linfopenia e hipoalbuminemia. Se realiza endoscopia que revela en duodeno patrón característico en copos de nieve; el estudio histológico muestra vasos linfáticos dilatados en íleon que se anastomosan en canales y afectan toda la superficie; hay linfangiectasias focales. Se confirma linfangiectasia intestinal. Se inicia dieta basada en el cambio de triglicéridos de cadena larga (TCL) por los de cadena media (TCM), hiperproteica y vitaminas y minerales (Tabla 1).

Discusión: El diagnóstico de LIP debe sospecharse ante un cuadro de diarrea crónica, ascitis y edemas periféricos, con estudios bioquímicos consistentes con EPP (hipoalbuminemia, hipogammaglobulinemia, linfopenia), falla de medro y datos histopatológicos característicos

como los descritos en los casos mencionados. El tratamiento dietético se basa en restricción de TCL y administración de TCM. Existe incertidumbre aún respecto de la evolución a largo plazo; se ha referido edema resistente. En estos casos se describe el uso de octreótida o ácido tranexámico.

Conclusiones: La LIP es una enfermedad poco común; las publicaciones médicas que existen son limitadas. El diagnóstico temprano y el tratamiento nutricional oportuno se antepone a la pérdida de linfocitos e inmunoglobulinas hacia la luz intestinal que, junto con la pérdida de proteínas, grasas y micronutrientes, condicionan las infecciones y en ocasiones aun la muerte.

Financiamiento: No se recibió ninguno.

Dom087

FACTORES ASOCIADOS CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS EVACUACIONES EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL Y ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

A. A. García-Contreras, E. M. Vásquez-Garibay, C. A. Sánchez-Ramírez, M. Fafutis-Morris, Instituto de Nutrición Humana

Introducción: El estreñimiento es un problema común en los niños con parálisis cerebral infantil (PCI) y afecta hasta 74% de los niños con esta afección. Existen ciertos factores que pueden estar relacionados con el estreñimiento, como el uso de fármacos anticonvulsivos, lactancia materna, factores dietéticos y fórmulas que contienen prebióticos o probióticos; sin embargo, estos aspectos no se han explorado en niños con PCI.

Objetivo: Demostrar que existen factores relacionados con las características de las evacuaciones en niños con PCI y estreñimiento crónico.

Material y Métodos: Diseño del estudio: transversal analítico. Niños con PCI de 12 a 60 meses de edad y estreñimiento crónico de acuerdo con los criterios Roma IV y la función motora gruesa con niveles IV y V que asistieron a la consulta externa de nutrición o neurología pediátrica del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara y el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente de marzo de 2017 a mayo de 2018. Se solicitó el consentimiento informado del cuidador legal del niño. Variables analizadas: frecuencia, consistencia

Tabla 1. Características clínicas, bioquímicas, endoscópicas e histológicas de pacientes con LIP de CMNO (Dom086)

Características clínicas	Caso	Género	Edad al diagnóstico		Tiempo de evolución		Malformación linfática extraintestinal	Edema/derrame pleural/ascitis	
	1	Fem	3 años 5 m		7 años		No	Sí	
	2	Masc	3 años 5 m		3 meses		Sí	Sí	
Características bioquímicas	Caso	Albúmina g/dl	Calcio mg/dl	IgA mg/dl	IgG mg/dl	IgM mg/dl	Linfocitos uL	Colesterol mg/dl	Triglicéridos mg/dl
	1	2.3	7.8	31	326	35	870	131	117
	2	1.8	5.1	48	150	37	970	131	90
Hallazgos endoscópicos	Caso	Características							
	1	Duodeno con abundantes puntos blanquecinos en todo su trayecto							
	2	Duodeno con puntillito blanquecino de apariencia "en copos de nieve"							
Hallazgos histológicos	Caso	Características							
	1	Vellosidades ensanchadas por linfáticos dilatados y quísticos							
	2	En íleon se observan vasos linfáticos dilatados; se anastomosan en canales que afectan toda la superficie; se reconocen linfangiectasias focales							

(escala de Bristol) y pH de las heces, tipo de PCI, uso de anticonvulsivos, lactancia materna, fórmula con prebióticos o probióticos, consumo de energía, macronutrientes, fibra y líquidos. Análisis estadístico: correlación de Pearson y t de Student para muestras independientes.

Resultados: Se evaluó a 45 niños con PCI y estreñimiento crónico. La edad promedio fue de 37.6 ± 12.9 meses. Hasta 42% correspondió al sexo femenino y 58% al masculino. Predominó la PCI de tipo espástica (51%). La mayoría recibió lactancia materna (80%) y algún anticonvulsivo (60%). El uso de más de un anticonvulsivo se relacionó con una consistencia de heces más dura (Bristol 2) respecto de la monoterapia (Bristol 3) ($p=0.022$). Los niños que tomaron fórmulas con prebióticos o probióticos tuvieron mejor consistencia de las heces (Bristol 4) en comparación con los que tomaban fórmulas sin prebióticos o probióticos (Bristol 3) ($p=0.017$). El consumo de líquidos, así como el de grasa en la dieta, mejoró significativamente la consistencia de las heces ($r=0.488$, $p=0.001$ y $r=0.317$, $p=0.036$, respectivamente). Como factor adjunto al pH de las heces se encontró que el niño que recibió leche materna presentó un pH más ácido que el niño que no la recibió (pH, 6.47 vs 7.11 , respectivamente) ($p=0.028$).

Conclusiones: Existen factores relacionados con las características de las heces en niños con PCI. La consistencia de las heces puede afectarse por el uso de más de un medicamento anticonvulsivo y de fórmulas que no contienen prebióticos o probióticos. La consistencia mejora con el consumo de líquidos y grasa en la dieta. El pH de las heces es más ácido en niños que reciben lactancia materna respecto de los niños que no la reciben.

Financiamiento: La alumna es becaria de CONACyT.

Dom088

LINFOMA DE COLON TIPO MALT EN UN NIÑO CON ANEMIA DE FANCONI: INFORME DE UN CASO

M. I. Muñoz-Ovalles, E. V. Estrada-Arce, P. Coello-Ramírez, E. Rivera-Chávez, L. E. Flores-Fong, M. Pimentel-Morales, Hospital Civil Nuevo de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: La anemia de Fanconi es un síndrome de inestabilidad genómica con una amplia gama de malformaciones congénitas, insuficiencia de médula ósea y predisposición al cáncer; su prevalencia mundial es de 3 por millón/hab. El linfoma no Hodgkin (LNH) tiene presentación extralinfática; los linfomas GI primarios son raros. El subtipo histológico más común que afecta el tracto gastrointestinal y el colon es el difuso de células B grandes. El segundo linfoma colorrectal más común es el de células B de bajo grado relacionado con el tejido linfoide de la mucosa (MALT), que representa menos del 5% de los casos.

Objetivo: Describir la presentación clínica y evolución de un linfoma tipo MALT en una niña con anemia de Fanconi y sangrado digestivo.

Informe de casos: Adolescente de 11 años de edad, con diagnóstico de anemia de Fanconi establecida a los dos años, la cual presentó evacuaciones líquidas, incontables, con moco, acompañadas de epigastralgia y vómitos de dos semanas de evolución tratada como gastroenteritis (extrahospitalaria), sin presentar mejoría del cuadro; después ictericia colestásica y se descarta hepatitis viral. USG abdominal: vesícula biliar con abundante barro biliar y esplenomegalia. TAC abdominal: esplenomegalia y nefrolitiasis derecha. A las 72 horas de estancia hospitalaria presentó sangrado de tubo digestivo alto y bajo, complicado con choque hemorrágico e insuficiencia hepática que exigió ventilación mecánica por cinco días. Al resolverse el cuadro séptico se realizó panendoscopia, que fue normal, y colonoscopia que mostró lesiones de aspecto maligno en colon transversal; se tomaron biopsias, que revelaron linfoma no Hodgkin tipo MALT. Se trató con régimen R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida,

hidroxiadaunorrubicina, oncovín y prednisona). La paciente tiene actividad controlada en la actualidad.

Discusión: Los linfomas vinculados con MALT son tumores de bajo grado que provienen de células B relacionadas con la inmunidad de la mucosa; se encuentran en el tracto GI y juegan un papel vital en la vigilancia inmunitaria, la regeneración de la mucosa y la carcinogénesis. Hay muy pocos informes de casos de linfoma tipo MALT de colon, por lo que se carece de datos suficientes para su evaluación y tratamiento.

Conclusiones: El LNH extraganglionar proviene de los linfocitos y afecta al tracto GI; el sitio más frecuente es el estómago, seguido del intestino delgado y el colon. La tendencia a la trombosis de los pacientes con cáncer puede aumentar por la presencia de factores hereditarios, en este caso la anemia de Fanconi. La colonoscopia con toma de biopsia es fundamental para su diagnóstico. Es necesario mantener un alto índice de sospecha para establecer el diagnóstico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom089

NIVELES SÉRICOS DE 25-HIDROXIVITAMINA D EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. S. Pereira-Angulo, R. Vázquez-Frías, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La deficiencia parece ser muy prevalente entre los pacientes pediátricos con EII y algunos estudios han demostrado que las personas con EII poseen cifras inferiores de 25-hidroxivitamina D en comparación con las observadas en la población sana y no se dispone de ninguna referencia nacional.

Objetivo: Determinar los valores de la 25-hidroxivitamina D en pacientes pediátricos con EII y comparar la relación de las cifras de vitamina D y EII con otras variables del estudio.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y prolectivo de corte transversal. Se seleccionó a los pacientes con diagnóstico de EII y en seguimiento por la clínica de gastroinmuno del Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Infantil de México Federico Gómez desde el mes de edad hasta los 18 años. Se realizó una búsqueda desde el año 2013 hasta el 2018. Se solicitaron los valores séricos de 25-hidroxivitamina D, los cuales se realizaron en el laboratorio de Investigación en Nefrología.

Resultados: Se incluyó a 20 niños con diagnóstico de EII, 17 con colitis ulcerativa (85%) y 3 con colitis indeterminada (15%); un paciente presentaba una EII de inicio muy temprano con deficiencia en el receptor para IL-10. Once sujetos fueron de sexo femenino (55%). La edad mediana en meses al momento de la determinación de los valores de vitamina D fue de 150 meses (12.6 años) (intervalo, 12 - 216 meses). El 100% de los pacientes proviene de una zona urbana. La mediana de las concentraciones de 25-hidroxivitamina D en la muestra de estudio fue de 23 ng/ml (intervalo, 15.2 - 81 ng/ml; promedio: $28 \text{ ng/ml} + 14.8$); 2 (10%) de los pacientes presentaron valores deficientes, 13 (65%) cifras insuficientes y sólo 5 valores suficientes (25%). No hubo diferencia entre las medianas de las cifras de vitamina D agrupados por sexo, estado nutricional y tipo de tratamiento y comorbilidad (U de Mann-Whitney; $p=NS$).

Conclusiones: La deficiencia/insuficiencia de vitamina D es muy frecuente en pacientes pediátricos con EII. Sin perder de vista esto, se deben tomar medidas para enfrentar este problema, considerar siempre en un paciente el abordaje por sospecha de EII, realizar controles de valores séricos de manera sistemática e iniciar la complementación en casos de deficiencias/insuficiencias de vitamina D.

Financiamiento: No existió financiamiento para la realización de este trabajo.

Dom090

ANEMIA Y DEFICIENCIA DE HIERRO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON COLITIS ULCERATIVA

F. Álvarez-Chávez, R. Macías-Rosales, UMAE, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente

Introducción: La anemia es la manifestación extraintestinal más frecuente de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Los dos tipos de anemia relacionados con la EII son anemia por deficiencia de hierro (ADH) y anemia por enfermedad crónica (AEC); pueden ocurrir de forma independiente o en conjunto.

Objetivo: Evaluar la presencia de anemia o deficiencia de hierro en pacientes pediátricos con colitis ulcerativa (CU) y su relación con reactantes de inflamación aguda, proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG), índice de actividad clínica de la enfermedad (PUCAL), estado nutricional, tratamiento con hierro y ácido fólico.

Material y Métodos: Diseño: transversal, n=13 pacientes con diagnóstico de CU. Se realizó determinación de citometría hemática, ferritina, porcentaje de saturación de hierro, reactantes de inflamación VSG y PCR; el cálculo del índice de PUCAL se efectuó de manera simultánea con la toma de la muestra. La anemia se definió por medio de los criterios de la OMS de acuerdo con el grupo etario. El estado nutricional se evaluó por medio de antropometría y puntuación z con el patrón de referencia de la OMS. La información sobre la complementación de hierro y ácido fólico se obtuvo por medio del interrogatorio directo, así como del expediente clínico. El análisis estadístico se llevó a cabo con estadística descriptiva con mediana, intervalo intercuartílico y χ^2 .

Resultados: Se incluyó a 13 pacientes, 10 (77%) hombres y 3 (25%) mujeres; la mediana de la edad en meses fue de 174, con un intervalo intercuartílico de 75. De acuerdo con el grupo etario, 9 fueron adolescentes y 4 escolares. Se estableció el diagnóstico de anemia en 5 (38%) pacientes, 3 adolescentes y 2 escolares. Cuatro (80%) presentaron anemia moderada; dos de ellos con anemia normocítica hipocrómica y los otros dos con anemia microcítica hipocrómica; un paciente presentó anemia leve del tipo normocítica hipocrómica. Los cinco pacientes presentaron anemia mixta. Cinco pacientes (38%) revelaron deficiencia de hierro sin presentar cambios anormales en la hemoglobina y sólo 3 (24%) no demostraron valores anormales en la citometría hemática y cinética de hierro. Al realizar la relación de anemia y reactantes de inflamación PCR, VSG e índice de actividad clínica por PUCAL no se demostró diferencia estadística, $p=0.231$, $p=1.0$ y $p=0.75$ respectivamente. Al relacionar los valores de ferritina con PCR y VSG no se demostró significancia estadística ($p=1.0$). Se demostró diferencia estadística significativa al realizar la relación entre ferritina y porcentaje de saturación de hierro e índice de actividad clínica por PUCAL, $p=0.035$ y $p=0.021$ respectivamente. No se demostró diferencia significativa al vincular el ancho de distribución eritrocitaria con reactantes de inflamación e índice de actividad clínica por PUCAL, $p=0.192$, $p=1.0$ y $p=0.103$, respectivamente. Tampoco se demostró diferencia estadística al vincular el estado nutricional con reactantes de inflamación, PUCAL y cinética de hierro. Se demostró diferencia estadística al relacionar la presencia de anemia y los pacientes que recibieron hierro y ácido fólico ($p=0.007$ y $p=0.016$).

Conclusiones: Los pacientes con colitis ulcerativa presentan anemia mixta y deficiencia de hierro debida a la actividad de la enfermedad y la falta de sustrato. Es importante evaluar en forma adecuada la biometría hemática y cinética de hierro, ya que permite identificar

en forma oportuna deficiencia de hierro, y no esperar a la presencia de anemia para ofrecer tratamiento sustitutivo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom091

EFICACIA A LARGO PLAZO DE LA TERAPIA DE RE-EDUCACIÓN EN NIÑOS CON ANTECEDENTE DE ANO IMPERFORADO: SERIE DE CASOS

M. A. Acosta-Sandoval, K. L. Chávez-Caraza, M. T. Sánchez-Ávila, O. A. García-Valencia, M. Crespo-Yapur, L. A. Morales-Garza, M. A. González-Camid, C. Marrufo-García, A. Isas-Vázquez, Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey

Introducción: Las malformaciones anorrectales (MAR) afectan a 1 de cada 4 000 nacidos vivos. El ano imperforado es la MAR más común y se relaciona con complicaciones como incontinencia fecal crónica y estreñimiento incluso después de la corrección quirúrgica.

Objetivo: Evaluar la eficacia del tratamiento con biorretroalimentación (BRA) en una población pediátrica con antecedentes de ano imperforado corregido de forma quirúrgica.

Material y Métodos: Se evaluó a seis pacientes (3 varones, 3 mujeres: edad media 7.18 años) con antecedente de corrección de ano imperforado (cierre de colostomía y anoplastia) y estreñimiento crónico, mediante exploración física rectal, manometría anorrectal y un puntaje clínico cuantitativo para determinar el grado de continencia fecal (escala de Holschneider y criterios modificados de Holschneider y Metzger) en el que se incluyen parámetros de frecuencia de defecación, consistencia fecal, escurrimiento, sensibilidad, presiones anorrectales en reposo y contracción, más la respuesta de adaptación, con la cual el paciente se evalúa de acuerdo con el puntaje obtenido como: totalmente continente (14), buena continencia (10-13), continencia razonable (5-9) y totalmente incontinente (0-4). Todos los pacientes se sometieron a sesiones semanales (media de 4) de tratamiento con BRA manométrica y se reevaluaron después de su finalización. Los pacientes recibieron seguimiento después del tratamiento en promedio durante 4.2 años (4-6 años).

Resultados: Se encontraron valores manométricos anormales en todos los pacientes. Las alteraciones más frecuentes fueron la hipotonía del esfínter anal externo ($n=6$) y la hipotonía del esfínter anal interno ($n=2$). Todos los pacientes con disinerгия ($n=5$) e hipersensibilidad rectal ($n=6$) mejoraron después del tratamiento con BRA. El tratamiento también tuvo un efecto positivo al detener el consumo de laxantes en 100% y hubo una mejoría en el estreñimiento y el escurrimiento en el 100%. En la Tabla 1 se observa una mejora de la media de los puntajes de la escala del grado de continencia antes y después del tratamiento con BRA.

Conclusiones: En este estudio, la BRA representó una estrategia efectiva en el tratamiento del estreñimiento crónico en niños con antecedente de ano imperforado corregido que resultó en una mejor coordinación abdominopélvica e hipersensibilidad rectal. Este estudio destaca la importancia del tratamiento temprano con BRA en pacientes con dinámica de defecación anormal para mejorar su calidad de vida.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Media del antes y después del tratamiento con BRA: totalmente continentemente (14), buena continencia (10-13), continencia razonable (5-9) y totalmente incontinentes (0-4).

	Puntaje 1. Holschneider		Puntaje 2. Holschneider-Metzer	
	Antes	Después	Antes	Después
Media	4	10.5	5	11

Dom092

ASOCIACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD DE LA COLITIS ULCEROSA Y LA EOSINOFILIA EN SANGRE PERIFÉRICA Y TISULAR EN BIOPSIAS DE COLON AL DIAGNÓSTICO EN NIÑOS ATENDIDOS EN LA UMAE, HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA, CMN LA RAZA

J. Ruiseco-Duarte, V. M. Monroy-Hernández, J. A. Chávez-Barrera, M. S. Téllez-Salmerón, G. A. Argüello-Arévalo, L. Bilbao-Chávez, M. Cervantes-Garduño, M. Sosa-Arce, UMAE, Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, CMN La Raza, IMSS

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) se caracteriza por inflamación mediada por células inmunitarias (neutrófilos, células plasmáticas y eosinófilos). Se ha encontrado incremento del número de eosinófilos en sangre y activación de ellos a nivel tisular en niños con CU activa. **Objetivo:** Identificar si existe relación entre el grado de actividad de la CU con la eosinofilia en sangre periférica o tisular en biopsia de colon en niños con CU al momento del diagnóstico.

Material y Métodos: Estudio observacional, analítico, encuesta transversal y retrospectivo. Tamaño de muestra (una proporción): 38 niños. Se incluyó a niños con CU, edad ≤ 6 años atendidos del 2011 al 2018 en el Servicio de Gastroenterología Pediátrica de la UMAE, HG CMN La Raza. Variables: género, edad de diagnóstico de CU, antecedentes familiares de EII, comorbilidades, antecedentes personales de atopia, estado nutricional, hemoglobina (Hb), albúmina, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular, anticuerpos (p-ANCA), eosinofilia en sangre periférica ($>500/\mu\text{L}$); actividad clínica con el índice de actividad de colitis ulcerosa pediátrica (PUCAI) ($>65\text{vs}<65$), fenotipo (clasificación de París); clasificación

endoscópica de Mayo e índice de gravedad endoscópico de colitis ulcerosa (UCEIS); actividad histológica; eosinofilia tisular (>25 eosinófilos por campo de alto poder en área de tejido de colon de 0.2 mm^2); tipo de tratamiento (corticosteroide, antiinflamatorio, inmunomoduladores, agentes anti-TNF) y dependencia o resistencia a corticosteroide. Análisis estadístico: se calcularon medidas de resumen (media, mediana o frecuencia), medidas de dispersión (desviación estándar o percentiles), diferencia estadística (t de Student, U de Mann-Whitney, χ^2). La fuerza de relación entre variables se calculó mediante razón de momios para prevalencia (RMP). La relación causal entre los factores y la eosinofilia periférica o tisular en colon se exploró mediante análisis de regresión logística múltiple.

Resultados: Un total de 21 de 38 niños fue del género femenino (55.3%) y la media de edad al diagnóstico fue de 10.2 años (± 4.3). La prevalencia global de eosinofilia periférica en niños con CU fue de 39.5% (n=15) y de eosinofilia tisular de 36.8% (n=14). Conforme al puntaje de PUCAI ($<65\text{vs}\geq 65$) se encontró diferencia estadísticamente significativa para Hb (p=0.020), plaquetas (p=0.046), albúmina (p=0.033), eosinófilos en sangre periférica (p=0.044), tratamiento con metilprednisolona, 1-2 mg/kg/día (p=0.045), e infliximab (p=0.019), y resistencia a corticosteroides (p=0.019). En el análisis bivariado, la trombocitosis (RMP= 5.33, IC95% 1.15-24.68) y la actividad moderada-grave por clasificación endoscópica de Mayo (RMP=9.33, IC95% 1.016-85.69) se relacionaron con la eosinofilia periférica (Tabla 1). En el análisis de regresión logística múltiple, la trombocitosis (RMP=9.903, IC95% 1.098-89.352, p=0.041) se vinculó con la eosinofilia periférica en niños con CU.

Conclusiones: La variable con mayor influencia para presentar eosinofilia periférica en niños con CU al momento del diagnóstico fue la trombocitosis. No se encontró relación entre eosinofilia periférica o tisular en colon con la actividad clínica (PUCAI), endoscópica (Mayo y UCEIS) o histológica.

Financiamiento: Este estudio no requirió financiamiento alguno.

Tabla 1. Relación entre la eosinofilia en sangre periférica y tisular y las características clínicas, PUCAI, hallazgos de laboratorio, colonoscopia, actividad histológica en biopsias de colon y tratamiento en niños con CU (n=38)

Variables	Eosinofilia periférica (>500 eosinófilos/ μL)			Eosinofilia tisular (>25 eosinófilos por campo de alto poder en un área de tejido de 0.2 mm^2)		
	Sí n=15	No n=23	RMP* (IC95%)	Sí n=14	No n=24	RMP* (IC95%)
Sexo femenino, n (%)	7 (46.7)	14 (60.9)	1.77 (0.47-6.62)	7 (50)	14 (58.3)	1.4 (0.37-5.26)
Edad al diagnóstico por grupos, n (%)						
• < 6 años	3 (20)	5 (21.7)	0.9 (0.18-4.48)	12 (85.7)	18 (75)	2 (0.34-11.61)
• ≥ 6 años	12 (80)	18 (78.3)				
Antecedente familiar de EII, n (%)	3 (20)	1 (4.3)	5.5 (0.51-58.8)	1 (7.1)	3 (12.5)	0.53 (0.05-5.74)
Comorbilidades, n (%)	4 (26.7)	10(43.5)	0.47 (0.11-1.93)	4 (28.6)	10 (41.7)	0.56 (0.13-2.30)
Antecedente personal de atopia, n (%)	4 (26.7)	4(17.4)	1.72 (0.35-8.32)	4 (28.6)	4 (16.7)	2 (0.41-9.71)
Estado nutricional, n (%)						
• Desnutrición	11 (73.3)	12 (52.2)	2.52 (0.61-10.29)	9 (64.3)	14 (58.3)	1.28 (0.32-5.01)
• Eutrófico-sobrepeso-obesidad	4 (26.7)	11 (47.8)		5 (35.7)	10 (41.7)	
Anemia, n (%) (Hb <-2 DE para edad y en >12 años para edad y sexo)	13 (86.7)	16 (69.6)	2.84 (0.50-16.09)	11 (78.6)	18 (75)	1.22 (0.22-5.9)
Trombocitosis (plaquetas $>450\ 000$ K/ μL)	12 (80)	9(42.9)	5.33 (1.15-24.68)	6 (42.9)	15 (68.2)	0.35 (0.08-140)
Hipoalbuminemia (albúmina <3.5 g/dl)	6 (40)	13(56.5)	0.51 (0.13-1.92)	4 (28.6)	15 (62.5)	0.24 (0.05-0.99)
PCR elevada (>5 mg/dl)	11(73.3)	18(78.3)	0.76 (0.16-3.47)	8 (57.1)	21 (87.5)	0.19 (0.038-0.95)
VSG elevada (>10 mm/h)	10 (66.7)	16(69.6)	0.87 (0.21-3.52)	9 (64.3)	17 (70.8)	0.74 (0.18-3.01)

PUCAI, n (%)						
• Leve-moderado	6(40)	4(17.4)	0.31 (0.07-1.4)	12 (85.7)	16 (66.7)	0.33 (0.05-1.86)
• Grave	9 (60)	19(82.6)		2 (14.3)	8 (33.3)	
Fenotipo (Clasificación de París), n (%)						
• E1 a E3	2 (13.3)	7 (30.4)	2.84 (0.50-16.09)	3 (21.4)	6 (25)	1.22 (0.25-5.90)
• E4	13 (44.8)	16 (69.6)		11 (7.6)	18 (75)	
Clasificación endoscópica de Mayo para CU, n (%)	1 (10)	9 (39.1)		3 (21.4)	7 (29.2)	1.50 (0.32-7.11)
• Enfermedad leve	14 (93.3)	14 (60.9)	9.33 (1.016-85.69)	11 (78.6)	17 (70.8)	
• Enfermedad moderada- grave						
Índice de Gravedad Endoscópica de Colitis Ulcerosa (UCEIS), n (%)						
• Leve	10 (66.7)	13 (59.1)	0.65 (0.16-2.51)	8 (57.1)	15 (62.5)	1.25 (0.32-4.78)
• Moderado-grave	5 (33.3)	10 (40.9)		6 (42.9)	9 (37.5)	
Grado de actividad histológica en biopsias de colon, n (%)						
• Leve	1 (6.7)	8 (34.8)	7.46 (0.82-67.57)	4 (28.6)	5 (20.8)	0.65 (0.14-3.01)
• Moderada-grave	14 (48.3)	15 (65.2)		10 (71.4)	19 (79.2)	
Indicaciones para inicio de agentes biológicos, n (%)	5 (33.3)	2 (8.7)	5.25 (0.86-31.90)	3 (21.4)	4 (16.7)	1.36 (0.25-7.22)
• Dependencia de corticosteroide	3 (20)	5 (21.7)	0.9 (0.18-4.48)	2 (14.3)	6 (25)	0.5 (0.08-2.90)
• Resistencia de corticosteroide						
Tratamiento						
MPN IV, bolos (3 dosis), n (%)	5 (33.3)	9 (39.1)	0.77 (0.19-3.03)	5 (35.7)	9 (37.5)	0.92 (0.23-3.64)
MPN IV 1-2 mg/kg/día, n (%)	4 (26.7)	8 (34.8)	0.68 (0.16-2.85)	3 (21.4)	9 (37.5)	0.45 (0.09-2.07)
Infliximab, n (%)	5 (33.3)	6 (26.1)	1.41 (0.34-5.86)	5 (35.7)	6 (25)	1.67 (0.39-6.97)
Adalimumab, n (%)	2 (13.3)	0	-	1 (7.1)	1 (4.2)	1.76 (0.10-30.71)

Abreviaturas: RMP, razón de momios para prevalencia; IC, intervalo de confianza; DE, desviación estándar; EII, enfermedad inflamatoria intestinal; IMC, índice de masa corporal; PUCAI, índice de actividad de colitis ulcerosa pediátrica; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; MPN, metilprednisolona; IV, intravenosa; E1, proctitis; E2, colitis izquierda; E3, colitis extensa; E4, pancolitis.

Dom093

GENERACIÓN DE TROMBINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

J. C. Padilla-Cervantes, M. C. R. Macías-Rosales, A. R. Jaloma-Cruz, H. Luna-Záizar, R. Garibaldi-Covarrubias, UMAE, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal se han considerado de alto riesgo para presentar episodios trombóticos; en pacientes pediátricos con EII hospitalizados se informa un riesgo seis veces mayor. El estudio de generación de trombina es una prueba que puede determinar del riesgo trombótico de un individuo.

Objetivo: Determinar la generación de trombina en los pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y Métodos: Participaron 13 pacientes con EII y se determinaron los parámetros de generación de trombina y marcadores bioquímicos de inflamación (PCR, VSG, plaquetas), así como la actividad clínica de la enfermedad mediante los índices de actividad que correspondieran (PCDAI o PUCAI). Los estudios de generación de trombina se realizaron por la técnica de CAT (trombografía calibrada automatizada). Se contó con la participación de ocho controles sanos. Se utilizó la estadística descriptiva para presentar los resultados: distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas (mediana e intervalo intercuartílico). Se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk para normalidad y se

utilizaron pruebas no paramétricas como U de Mann-Whitney y coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: En la comparación de intervalos del potencial endógeno de trombina entre niños con EII (mediana 1 276 nM • min [RIC 487]) y sin EII (mediana 1 535 nM • min [RIC 68]) se obtuvo una p=0.119 y no hubo diferencia estadística. Al comparar los intervalos del pico de trombina entre niños con (mediana 286 [RIC 92]) y sin EII (mediana 319 nM [RIC=1]), no hubo significancia estadística (p=0.063). Se analizó a los subgrupos de los pacientes con EII y se encontró que el estado de remisión o actividad clínica de la enfermedad, así como la alteración de los marcadores bioquímicos analizados, no produjeron los resultados del estudio de generación de trombina.

Conclusiones: No se demostró diferencia estadística significativa entre los valores de potencial endógeno de trombina ni del pico de trombina entre los pacientes, con y sin EII. De igual forma, se observó que el estado de actividad clínica de la enfermedad y los marcadores bioquímicos de la enfermedad no influyeron en los valores del potencial endógeno de trombina ni del pico de trombina.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom094

LINFANGIOMA GIGANTE QUE SIMULA ASCITIS

A. Santiago-Martínez, M. A. Ruiz-Castillo, R. D. Pérez-Velásquez, I. Medecigo-Costeira, Hospital del Niño DIF Hidalgo

Introducción: Las malformaciones linfáticas representan 5% a 6% de los tumores benignos en la infancia, los cuales consisten en la dilatación linfática progresiva y forman estructuras quísticas divididas morfológicamente en macroquistes, microquistes o mixtos. Los

linfangiomas macroquísticos poseen una incidencia de 0.008% a 0.18% y sólo 1% tiene localización intraabdominal; representan un reto diagnóstico por la edad de presentación y la localización de la malformación linfática, por lo que el diagnóstico definitivo se establece por medio de inmunohistoquímica e histología.

Objetivo: Presentar un caso de linfangioma gigante intraabdominal que se asemeja de modo inicial a la ascitis y con una localización intraabdominal.

Informe de casos: Paciente masculino de 2 años 7 meses de edad sin antecedentes heredofamiliares ni personales patológicos; alimentado al seno materno exclusivo hasta el tercer mes de vida y luego con fórmula láctea; la alimentación complementaria comienza a los ocho meses.

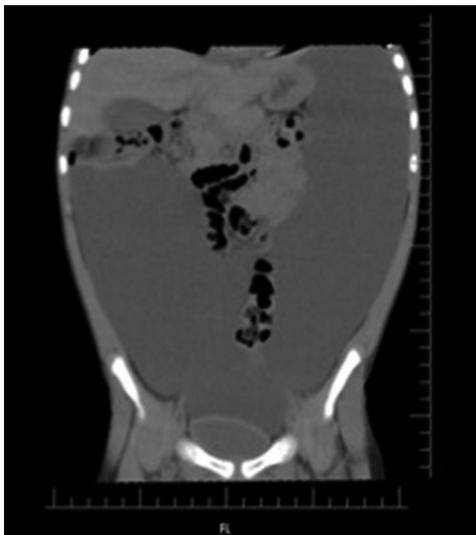
Inicio de padecimiento actual desde un año antes con distensión abdominal progresiva y falta de ganancia ponderal; tratamientos previos por estreñimiento sin mejoría clínica y continuación de la distensión abdominal sin otros síntomas, por lo que se envía a gastroenterología en donde se solicita ultrasonido abdominal; éste revela líquido de ascitis aunque las pruebas de función hepática son normales: BT 0.1, BD 0.0, BI 0.1, AST 33, ALT 14, albúmina 3.97, FA 339, GGT 14, TP 18.4, TTP 28, hemoglobina 13.4, leucocitos 7 800, plaquetas 414 000; se decide tomografía de abdomen simple y contrastada (**Figura 1**).

Se realiza laparoscopia diagnóstica en la que se encuentran como hallazgo un quiste gigante de epiplón con líquido turbio de unos 1 700 ml; se practica omentectomía total laparoscópica y resección del quiste. Se envía a patología, que informa un linfangioma gigante.

En la actualidad, la evolución del paciente es satisfactoria sin complicaciones posquirúrgicas y con adecuadas condiciones abdominales, así como buena ganancia ponderal.

Discusión: Los linfangiomas abdominales son malformaciones linfáticas en extremo raras y representan 1% de éstas, con 95% de localización en cuello; son más comunes en hombres que en mujeres en una relación de 3:1 en la población pediátrica. Se desconoce la patogenia de estas lesiones; tal vez podrían tener un origen congénito en el cual el desarrollo linfático presenta anomalías; también se ha relacionado con procesos inflamatorios crónicos, neoplasias, traumatismo y degeneración de nódulos linfoides. La histopatología es de suma importancia, ya que se determina el diagnóstico diferencial con mesotelioma, que exige otro tratamiento y pronóstico.

Figura 1. Imagen hipodensa heterogénea difusa consistente con líquido de ascitis de distribución anormal, que rechaza los intestinos hacia el centro, sin encontrarse en correderas ni en hígado y parece contenida.



La mayoría de los pacientes se encuentra asintomática y sólo es un hallazgo radiológico; sólo un 25% de los niños se diagnostica antes de la adolescencia, como en este caso en el que el paciente cursa asintomático por un año y sólo la notoria distensión abdominal lleva al estudio del origen del líquido intraabdominal; la tomografía revela una distribución del líquido infrecuente en ascitis y se sospechan otras causas; la malformación linfática abdominal se confirma por histopatología.

Conclusiones: Las malformaciones linfáticas son tumores quísticos benignos con una inusual presentación intraabdominal que generalmente se presenta asintomática y con progresión rápida en niños; el diagnóstico definitivo se determina de manera histológica y el tratamiento es la resección de la lesión.

Financiamiento: No se obtuvo ningún financiamiento.

Dom095

ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO NEONATAL RELACIONADO CON CATÉTER EN VENA UMBILICAL

N. González-Rozo, B. P. Campoverde-Arévalo, L. E. Flores-Fong, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: Los abscesos hepáticos piógenos en neonatos son una entidad rara; según los informes, <100 casos se han descrito en las publicaciones médicas. El diagnóstico de absceso hepático piógeno en este grupo etario es difícil porque los signos y síntomas son inespecíficos y se relacionan con sepsis. Su ubicación casi siempre es la cara posterior del lóbulo derecho, probablemente en relación con la circulación del sistema portal; es frecuente que la función hepática esté alterada. El tratamiento consiste en esquema antibiótico de seis a ocho semanas con evaluación de la respuesta clínica y puede o no requerir tratamiento quirúrgico.

Objetivo: Describir la clínica y características patológicas del absceso hepático piógeno en neonatos, factores de riesgo adjuntos, con énfasis en la mala colocación del catéter umbilical como factor de riesgo en el desarrollo del absceso hepático en neonatos en los últimos cinco años en el Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca.

Informe de casos: Se presentan los hallazgos clínicos y radiológicos de cinco recién nacidos con absceso hepático piógeno secundario a mala colocación de cateterismo umbilical. Cuatro de los cinco recién nacidos fueron masculinos (80%). Todos fueron prematuros con una edad gestacional media de 34.1 semanas y 2 051 g de peso al nacer. La media para el diagnóstico fue de 13.6 días. Cuatro pacientes tuvieron hepatomegalia (80%). Todos (100%) presentaron signos clínicos inespecíficos indicativos de sepsis, reactantes de fases agudas elevadas, colestasis y hallazgos ecográficos con inserción de catéter en lóbulo hepático y colecciones que oscilaron en volumen de 2 a 12 ml. En cuatro pacientes (80%) se identificó germen; la vía de aislamiento en tres neonatos (60%) fue el cultivo de acceso periférico y un neonato (20%) por punta de catéter percutáneo. Todos cumplieron esquema antibiótico durante seis semanas y ninguno requirió drenaje quirúrgico y no hubo mortalidad en esta serie.

Discusión: Las características demográficas y el cuadro clínico de esta serie correspondieron a los descritos en las publicaciones médicas. La inespecificidad del cuadro clínico y la escasa frecuencia con que ocurren los abscesos hepáticos piógenos requieren una vigilancia estricta cuando se realiza cateterismo umbilical en los neonatos, ya que un mal posicionamiento por técnica inadecuada hace posible que múltiples microorganismos lleguen al hígado de los neonatos por varias vías (circulación sistémica, arteria hepática, circulación portal que drena directamente) o por invasión directa de estructuras contiguas; es un factor desencadenante de colecciones hepáticas. La radiografía de abdomen simple puede mostrar elevación del hemidiafragma derecho, derrame pleural en el ángulo costofrénico

derecho y aire en la cavidad del absceso. La ecografía abdominal es una técnica no invasiva, dependiente de operador, con una sensibilidad de 80% a 90% y la tomografía abdominal se ha informado con una sensibilidad hasta de 97%. El tratamiento consiste en antibióticos sistémicos de amplio espectro durante seis a ocho semanas y seguimiento.

Conclusiones: La presencia de absceso hepático piógeno es poco común pero clínicamente debe sospecharse en un recién nacido con sepsis persistente en presencia de antecedentes de cateterismo umbilical. Las posiciones del acceso umbilical deben verificarse de forma radiológica antes de la administración de soluciones. El tratamiento médico fue exitoso en el 100% de los neonatos y ninguno requirió corrección quirúrgica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom096

RESANGRADO VARICEAL EN NIÑOS CON HIPERTENSIÓN PORTAL (HTP) POSTERIOR A TERAPIA ENDOSCÓPICA

A. Arellano-Tejeda, J. Flores-Calderón, B. González-Ortiz, Hospital de Pediatría CMN SXXI

Introducción: El sangrado de las varices gastroesofágicas (VGE) es la causa principal de morbilidad y mortalidad en niños con HTP. La profilaxis secundaria incluye el uso de betabloqueadores no selectivos orales y tratamiento endoscópico (TE): ligadura de varices esofágicas (LVE) o escleroterapia (ET) con un promedio de 4 a 6 sesiones para la erradicación; no se conoce con exactitud la frecuencia de resangrado luego de TE en el medio de los autores; la frecuencia informada varía de un 4% para ligadura hasta un 35% para la escleroterapia; hasta un 24% de estos pacientes necesita cirugía derivativa.

Objetivo: Conocer la frecuencia y los factores de riesgo de resangrado variceal en niños con HTP postratamiento endoscópico.

Material y Métodos: Estudio de casos y controles. Criterios de inclusión: niños con diagnóstico de HTP en profilaxis secundaria tratados entre enero de 2010 y diciembre de 2017. Variables estudiadas: datos demográficos, estado nutricional, etiología de la HTP, grado de afectación hepática (Child-Pugh y PELD), tipo de TE (ligadura o escleroterapia), número de sesiones. Se consideró falla al TE: resangrado después de dos intentos con el mismo tratamiento endoscópico o tres o más episodios de sangrado después de TE que requirieran transfusión, descenso de hemoglobina >2 g/dl posterior a episodio de sangrado.

Resultados: Se incluyó a 49 casos (57.1% del sexo femenino), edad promedio al diagnóstico de 4.5 años (entre 6 meses y 15 años). El 53% de los pacientes (n=24) presentó HTP prehepática; de este grupo, 13 contaban con antecedentes de cateterismo umbilical y 3 con diagnóstico de trombofilia; 42.8% de los pacientes (n=23) presentaron HTP intrahepática; sólo 2 pacientes (4%) tuvieron HTP poshepática. Todos los individuos fueron referidos al servicio al presentar sangrado del tubo digestivo. El total de pacientes recibió como parte de la profilaxis secundaria propranolol (1-1.5 mg/kg/día) y tratamiento endoscópico con intervalo de cuatro semanas entre cada sesión; en 32 casos (65%) se realizó LVE y en 17 (34.6%) ET. La erradicación variceal se obtuvo en 39 (79.6%) de los casos, 31 (79.4%) con LVE y 8 (20.5%) con ET (p=0.0003), en un promedio de 3.7 y 4.1 sesiones, respectivamente. Durante el seguimiento, 10 pacientes presentaron un episodio de resangrado (20.4%), 4 posterior a LVE (12.5%) y 6 después de escleroterapia (35.6%); el 50% de los casos de resangrado (5 pacientes) tenía HTP de origen intrahepático, todos con Child-Pugh C y PELD promedio de 35 puntos, de los cuales dos fallecieron debido al episodio agudo de resangrado.

Conclusiones: La frecuencia de resangrado en esta población fue de 20.4% y los principales factores relacionados fueron el sitio de

obstrucción, con mayor incidencia en aquéllos de causa intrahepática (6), todos ellos con un PELD >20 puntos y Child C, seguido de degeneración cavernomatosa de la vena porta (3); además, fue más frecuente en los pacientes tratados con ET que con LVE (35.6%vs12.5%). La erradicación variceal se logró en un 39 de 49 casos, con un promedio de 3 a 4 sesiones, y en mayor porcentaje en aquellos tratados con LVE. En la edad pediátrica, las causas de HTP no cirróticas son las más comunes, como se refleja en esta población; asimismo, está demostrada una mayor efectividad en la erradicación variceal con LVE, pero en esta unidad no se dispone de ligadores pediátricos para niños menores de 10 kg. Con respecto a la mortalidad presentada en este estudio, corresponde a lo informado en las publicaciones médicas mundiales.

Financiamiento: No se requirió.

Dom097

HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS INDETERMINADAS CON AFECCIÓN HEPÁTICA Y DE MÉDULA ÓSEA EN UN LACTANTE MENOR

C. E. González-Orduña, M. A. Ortiz-Guerra, P. Coello-Ramírez, C. A. Carballido-Murguía, R. A. Franco-Copete, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: La histiocitosis de células indeterminadas es una enfermedad rara caracterizada por la acumulación de histiocitos, células dendríticas y monocitos en varios tejidos y órganos. Su etiología es desconocida. Se puede presentar en “formas multisistémicas” con o sin disfunción orgánica; es una enfermedad de mal pronóstico con afectación multisistémica a pesar de tratamiento y en niños menores de dos años de edad.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente lactante menor con histiocitosis indeterminada con afectación multisistémica de hígado y médula ósea.

Informe de caso: Lactante de 4 meses de edad con antecedente de prematuridad de 32 semanas. Inició con distensión abdominal, evacuaciones disminuidas en consistencia; a los seis meses presentó anemia, trombocitopenia y hepatomegalia; el ultrasonido abdominal mostró hepatomegalia y múltiples imágenes hipocogénicas de 10 mm de diámetro. A los ocho meses presentó lesiones papulares de 2-3 mm de diámetro en espalda, abdomen y cuero cabelludo, con distensión abdominal. La biometría hemática confirmó linfopenia, anemia y trombocitopenia. TORCH: negativo, inmunoglobulinas normales y subpoblación linfocitaria sin alteraciones. El aspirado de médula ósea reveló hipocelularidad, inmunofenotipo negativo para malignidad, ausencia de megacariocitos, linfocitos aumentados, sin blastos, incremento de células plasmáticas e histiocitos. Ultrasonido hepático de control con aumento del tamaño de las lesiones hepáticas hasta 50 mm. Aumentó la hepatomegalia y persistió con plaquetopenia de 17 000. Elastografía hepática: 1.72 m/s consistente con fibrosis. Biopsia de piel con lesión infiltrativa de la dermis reticular y papilar; la inmunohistoquímica mostró CD1A, S100 y CD68 en células tumorales de médula y piel, langerina negativa en células de piel, Ki-67 positivo en un 20% de células tumorales, correspondiente a histiocitosis de células indeterminadas. Se trató con prednisona y vinblastina.

Discusión: Hasta la fecha se han informados <100 casos en las publicaciones médicas internacionales y de ellos se identificó a siete pacientes de edad pediátrica. La mayoría de los casos tiene afectación única de piel sin alteración sistémica. La norma de referencia para diferenciar entre HCL de la histiocitosis de células de Langerhans es el registro de langerina negativa. La afectación a órganos de riesgo corresponde a hepatomegalia >3 cm, con o sin alteraciones funcionales, esplenomegalia >2 cm, alteraciones hematopoyéticas (anemia, leucopenia o trombocitopenia). En esta paciente se observó

afectación hepática, así como de médula ósea, es decir, una afectación multisistémica. No existe un tratamiento establecido y distintas modalidades se han propuesto en las publicaciones médicas. La mayoría tiende a la resolución espontánea, pero se debe vigilar estrechamente la afectación a órganos o la evolución a la leucemia. Al momento, la paciente se halla en vigilancia por consulta externa, con respuesta parcial con prednisona y vinblastina (dosis 11), con lesiones activas en piel y remisión de anemia, trombocitopenia y hepatomegalia.

Conclusiones: La histiocitosis no determinada multisistémica tiene un curso impredecible, sobre todo con la participación de órganos de riesgo, y se relaciona muchas veces con un mal pronóstico. Es importante establecer un diagnóstico temprano y tratar con oportunidad para mejorar la sobrevida en estos pacientes.

Financiamiento: Este trabajo no recibió patrocinio ni financiamiento alguno.

Dom098

SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y HEPATITIS AUTOINMUNE: INFORME DE CASO

C. C. Cabeza-Meneses, E. M. Estrada-Arce, E. García-Rodríguez, P. Coello-Ramírez, E. Rivera-Chávez, L. E. Flores-Fong, Nuevo Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno inflamatorio crónico del tracto intestinal de patogenia multifactorial; recientemente se ha observado un aumento de su diagnóstico en la población pediátrica y al mismo tiempo relación con otros trastornos autoinmunitarios. El término de superposición se refiere a la coexistencia de dos enfermedades autoinmunitarias en el mismo paciente.

Objetivo: Describir la presentación clínica y evolución de un paciente con enfermedad inflamatoria intestinal y hepatitis autoinmunitarias.

Informe de casos: Adolescente de 14 años de edad con antecedente de un año de evolución con evacuaciones líquidas y sanguinolentas, acompañadas de dolor abdominal que lo despierta por la noche y pérdida de peso de unos 10 kg. Durante el abordaje se detectó coproparasitoscópico con quistes de *Entamoeba histolytica*, por lo que recibió tratamiento antiparasitario, sin mejoría. Al completar el abordaje destacan paraclínicos: plaquetas, 524 000; Hb: 10.3; VSG, 40; IgG, 2 810 (elevada); GGT, 1 093; FA, 912; ac. antiactina positiva; pANCA positivo; coprocultivos y coproparasitoscópicos negativos. Se realizó colonoscopia que mostró CUCI (Mayo 3). Biopsia hepática consistente con hepatitis autoinmunitaria, sin datos de colangitis esclerosante y colangiorrresonancia normal. Se inició tratamiento con prednisona y azatioprina, con mejoría clínica, ganancia de peso y normalización paraclínica.

Discusión: En el mundo es más frecuente la enfermedad de Crohn; en el síndrome de superposición de la EII, las enfermedades autoinmunitarias hepáticas se relacionan habitualmente con CUCI hasta en un 50% a 88 %, como es el caso de este paciente, en quien se descartó hasta el momento superposición con colangitis esclerosante primaria. Es frecuente que los pacientes con HAI y EII presenten asimismo otras enfermedades inmunológicas tiroideas y articulares. Su relación con otras afecciones autoinmunitarias sugiere una base genética e inmunológica.

Conclusiones: No se conoce la frecuencia real de la hepatitis autoinmunitaria en los pacientes con EII. Su detección es importante a fin de evitar daño hepático crónico con fibrosis y cirrosis, por lo que debe considerarse esa posibilidad en todo enfermo con EII y tasas altas de transaminasas, hipergammaglobulinemia, en particular de la IgG, y biopsia consistente con hepatitis periportal.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom099

MANIFESTACIONES CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TUMOR DE GIST: INFORME DE CINCO CASOS

C. N. Torres-Rodríguez, J. A. Fonseca-Nájera, J. Monroy-Ubaldo, Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son lesiones de la pared intestinal con incidencia de 0.4 casos por millón, con presentación clínica variable e inespecífica. La endoscopia es indispensable en el diagnóstico para detectar lesiones y tumores. En el plano histológico se distingue por positividad del CD117 de forma típica, aunque en niños el CD34 es el representativo.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas, endoscópicas e histopatológicas de los cinco pacientes con tumor GIST en el servicio de endoscopia pediátrica.

Informe de casos: En los últimos 15 años se diagnosticó en el servicio a cinco pacientes con GIST, cuatro masculinos y uno femenino, con edad promedio al diagnóstico de 11 años 6 meses. El tiempo de evolución promedio antes del diagnóstico fue de dos años, con datos iniciales inespecíficos como vómito, fiebre, hiporexia, astenia, adinamia, pérdida de peso y cefalea; un caso se detectó por síncope secundario a choque hipovolémico al presentar ruptura de tumor abdominal, la cual sólo ocasionaba estreñimiento previo. En el 60% se encontró el tumor gástrico (fondo, píloro y antro), el otro 40% en yeyuno e íleon, con tamaño de 4.5 a 11 cm, uno de ellos con cinco lesiones tumorales. En cuatro casos se sospechó el diagnóstico por endoscopia y se identificaron tumores con mucosa normal o cambios leves (Tabla 1). Sólo en cuatro pacientes se realizó inmunohistoquímica, en la cual el CD117 se detectó positivo en 3, seguido por S100 y DOG1 en 2 y CD34 en 1; dos de estos sujetos tuvieron riesgo intermedio para malignidad y dos con riesgo alto: malignos, 60%; intermedios, 20%; y benignos, 20%. Al momento del diagnóstico, un paciente contaba con implante a epíplon y uno metástasis hepáticas. El 100% requirió resección tumoral e imatinib; sólo uno ha presentado recaída.

Discusión: En la población pediátrica se ha registrado mayor frecuencia en mujeres prepuberales, a diferencia de lo encontrado en este estudio con un solo caso femenino. El sangrado de tubo digestivo (STD) se menciona en las publicaciones médicas hasta en el 33% de los niños, pero en este estudio dos presentaron STD anemizante, uno STD no anemizante y uno anemia resistente al tratamiento. La localización más común informada es la gástrica en el 60%, seguida por yeyuno e íleon, lo que coincide con este informe, aunque se refiere que el antro es el principal sitio y éste sólo se reconoció en uno de los casos. La endoscopia revela protuberancias cubiertas con mucosa normal; sólo uno de estos pacientes la presentó y el resto tuvo cambios inespecíficos señalados. Las publicaciones médicas demuestran que el 88% de los casos pediátricos es positivo al CD34 (SDH); en este estudio sólo uno lo presentó y el de mayor frecuencia fue el CD117 en tres casos, como es característico en adultos. El riesgo de malignidad se determinó como intermedio en dos casos y alto en otros dos. Es importante resaltar que los informes mundiales registran tumoraciones benignas en 70% a 80% de los casos, pero sólo uno de esta serie se clasificó con benignidad (cuatro malignos).

Conclusiones: Ésta es la serie de casos más grande presentada en México y se observan datos distintos de los conocidos hasta el momento. El pronóstico de los GIST, aunque es variable, se ha presentado favorable en esta serie si se cumple el tratamiento quirúrgico y farmacológico con imatinib.

Financiamiento: El autor y los coautores patrocinaron este trabajo.

Tabla 1. Características de los pacientes con GIST (Dom099)

Paciente	Dato clínico	Lesión endoscópica	Patología		Inmunohisto química							
			Localización	Tamaño	Mucosa	Nº mitosis x 50 campos de alto poder	Celularidad	Tamaño	CD117	CD34	S100	DOG1
1	Cefalea, vómito, fiebre, hiporexia Dolor abdominal, STD bajo	Fondo	5 cm	Erosiva		5	Epitelioide	5 x 4 cm	+	-	+	-
2	anemizante, síncope por choque hipovolémico Astenia, adinamia, disnea, STDB anemizante	Píloro	12 cm	Normal		5-7	Mixto (epitelioide y fusiforme)	4.5 cm	+	+	-	-
3	Anemia resistente a tratamiento hematológico	Antro	5 tumores	Ulcerada sangrante		2	Epitelioide	11 cm	+	-	-	+
4	Dolor abdominal, STD bajo, pérdida de peso, fiebre, vómito	Yeyuno	5 cm	hiperémica, congestiva		10	Mixto (epitelioide y fusiforme)	5 x 4.5 cm	-	-	+	+
5		Íleon	-	-		2	-	3 cm	NA	NA	NA	NA

Dom100

EVALUACIÓN DE LA EXPRESIÓN DE CCR2 Y CCR5 EN MONOCITOS Y LINFOCITOS EN SANGRE PERIFÉRICA DE NIÑOS CON OBESIDAD E HÍGADO GRASO

M. J. Garcés-Hernández, G. Queipo-García, G. Escobedo, N. Garibay-Nieto, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-de La Tijera, E. Villanueva-Ortega, K. Pedraza, J. Hernández-Ruiz, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El hígado graso no alcohólico (HGNA) es la causa más común de enfermedad hepática crónica en niños y abarca desde la esteatosis simple (ES) hasta la esteatohepatitis (EH), que puede llevar a la cirrosis y el cáncer. Se ha observado en biopsias de niños con EH un infiltrado celular de macrófagos y linfocitos, además de fibrosis e inflamación portal, a diferencia de la población adulta en la que se observa a nivel sinusoidal. Las quimiocinas como CCL5 (RANTES) juegan un papel importante en la fisiopatología de EH. CCL3-5 atrae linfocitos alrededor del endotelio portal mediante su unión con la quimiocina CCR5 presente en estos linfocitos. El sistema CCL2-CCR2 se ha observado en la progresión a la fibrosis. Las células de Kupffer, hepatocitos y células estelares secretan CCL2, lo que promueve la atracción de monocitos CCR2+. El incremento de macrófagos y linfocitos en tejido hepático de niños con EH hace sospechar en la existencia de un incremento en sangre periférica de estas células y que éstas sobreexpresen receptores CCR2 y CCR5, ya que migran al sitio de lesión.

Objetivo: Evaluar la cantidad de monocitos y linfocitos en sangre periférica de niños con HGNA y su expresión de CCR2 y CCR5. Es necesaria una mayor comprensión de los mecanismos fisiopatológicos que llevan a la EH, con el fin de prevenir futuras hepatopatías en el adulto.

Material y Métodos: Estudio observacional, transversal y analítico. Se incluyó a pacientes de la clínica de obesidad infantil del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se realizaron Fibroscan, estudios metabólicos y muestra de sangre periférica para valoración inmunológica. Se valoraron cantidad y características de monocitos y linfocitos mediante citometría de flujo. Se compararon resultados entre cuatro grupos: control, obesidad sin HGNA, ES y EH.

Resultados: Se incluyó a 26 pacientes. Se observa una correlación negativa entre la esteatosis valorada por Fibroscan (CAP) y la expresión de CCR5 de linfocitos CD4+ de sangre periférica. Se observa también una correlación positiva entre el grado de adiposidad y la cantidad y expresión de monocitos CCR2+. Se reconoce una disminución de la cantidad y expresión de CCR5 de linfocitos circulantes CD4+ y CD8+ de niños con hígado graso.

Conclusiones: Se advierten diferentes relaciones entre leucocitos inflamatorios y variables de daño hepático y metabólico. Un incremento de la esteatosis hepática se vincula con una disminución de la expresión de CCR5 en linfocitos CD4+. Tanto la expresión de CCR2 como la cantidad de monocitos comunes se incrementan conforme aumenta la adiposidad. La expresión de CCR5 en linfocitos circulantes CD4+ decrece en niños con hígado graso. La expresión de CCR5 en linfocitos circulantes CD8+ se incrementa con la obesidad, pero tiende a disminuir conforme progresa el daño hepático. Los linfocitos

CD4+CCR5+ y CD8+CCR5+ decrecen en sangre periférica en niños con hígado graso; esta disminución sugiere que probablemente se estén infiltrando en el tejido hepático. Se requiere completar la muestra para inferir una conclusión final.

Financiamiento: Este estudio está financiado por CONACYT y autorizado por el comité de investigación con el número de registro: DI/17/311/03/028.

Dom101

DERIVACIÓN MESOREX EN NIÑOS CON HIPERTENSIÓN PORTAL PREHEPÁTICA

N. González-Rozo, H. Silva-Báez, L. E. Flores-Fong, P. Coello-Ramírez, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: La obstrucción de la vena porta extrahepática (OVPEH) en la infancia es la causa más frecuente de hipertensión portal con una incidencia de 0.72 casos por millón. El tratamiento actual consiste en la administración de betabloqueadores y vasodilatadores, esclerosis y ligaduras endoscópicas, derivación portosistémica transyugular (TIPS), derivación quirúrgica, y trasplante hepático. Las técnicas quirúrgicas disponibles tienen como objetivo reducir la tasa de complicaciones, como sangrado gastrointestinal, hipersplenismo, falla de medro, disfunción neurocognitiva y coagulopatía. La derivación tipo MesoRex es la técnica de elección por ser curativa y restablecer fisiológicamente el flujo portal a través del hígado.

Objetivo: Describir la presentación clínica y los resultados obtenidos de tres pacientes con derivación tipo MesoRex.

Informe de casos: Se trata de tres pacientes (dos masculinos y uno femenino) con hipertensión portal extrahepática por degeneración cavernomatosa de la vena porta secundaria a cateterismo umbilical en el periodo comprendido entre los años 2003 y 2018; los criterios de inclusión fueron pacientes no cirróticos, clasificados como Child A y B, con antecedentes de más de un episodio grave de hemorragia por varices esofágicas o gastropatía portal que requirieron transfusión de hemoderivados, pacientes en quienes falló la escleroterapia y ligaduras endoscópicas, hipersplenismo grave sin respuesta al tratamiento médico, trombocitopenia menor a 50 000, anemia y esplenomegalia masiva. Hallazgos en ecografía Doppler y TAC abdominal de hipertensión portal extrahepática; en los tres pacientes se empleó la técnica de derivación tipo MesoRex. Un niño requirió esplenectomía. Todos los pacientes tuvieron vigilancia posquirúrgica en los meses 1, 3, 6 y 12 y luego cada seis meses durante el seguimiento; se evaluaron con ultrasonido Doppler el tamaño del bazo, el diámetro y la velocidad de flujo de la derivación. La permeabilidad del puente se evaluó mediante ecografía posoperatoria y TAC abdominal. Se realizaron estudios hematológicos, de función hepática y química sanguínea completos para identificar disminución progresiva de hipersplenismo. Los betabloqueadores decrecieron de modo progresivo de acuerdo con la evolución de cada paciente.

Discusión: La hipertensión portal en niños de origen extrahepático es la causa más común de trombosis y degeneración cavernomatosa de la vena porta que produce complicaciones catastróficas como el sangrado digestivo y el hipersplenismo; en 25% a 30% de los casos es secundaria a la colocación de catéter umbilical en la etapa neonatal (se sugiere su uso sólo para situaciones específicas). La derivación MesoRex ha cambiado el pronóstico y algoritmo del tratamiento de pacientes con OVPEH en los últimos años; hoy en día es la primera opción terapéutica ofrecida, ya que es curativa y restablece fisiológicamente el flujo portal normal al hígado. En esta serie ningún paciente ha sangrado ni ha presentado episodios de encefalopatías y el 100% de las derivaciones se mantiene permeable, con recuentos hematológicos normales.

Conclusiones: La derivación tipo RexShunt es un tratamiento efectivo en niños con OVPEH, ya que en estos tres pacientes se obtuvo una gran efectividad en la prevención de las hemorragias, mejoría de la función hepática e hipersplenismo, mejor calidad de vida y reversión del retraso del crecimiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom102

ETIOLOGÍA, EVOLUCIÓN CLÍNICA, FACTORES PRONÓSTICOS Y DESENLACES DE LOS PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA AGUDA PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F. J. López-Rodríguez, M. K. Angulo-Perea, E. Hernández-Chávez, Y. A. Castillo-De León, UMAE, Hospital de Pediatría CMNO IMSS (HP)

Introducción: La insuficiencia hepática aguda pediátrica (IHAP) se caracteriza por la aparición rápida de insuficiencia hepática grave, con o sin encefalopatía, y ocurre en niños sin enfermedad hepática previa. En los países en desarrollo, las causas más importantes son las infecciosas. De manera tradicional se utilizan los criterios de trasplante del King's College (KC-TH) como predictor pronóstico, los cuales tienen un valor predictivo de mortalidad bajo, lo que ha creado la necesidad de utilizar otras escalas pronósticas como PELD (enfermedad pediátrica en etapa terminal), LIU (unidades de lesión hepática) y aLIU (unidades de lesión hepática al ingreso). En los últimos años, con la mejoría del tratamiento de apoyo y el trasplante hepático (TH), las tasas de supervivencia han aumentado hasta el 83%, pero los resultados en el medio aún son precarios.

Objetivo: Describir la etiología, evolución clínica, factores pronósticos y desenlaces de los pacientes con IHAP del HP.

Informe de casos: Se incluyó a 18 pacientes con IHAP atendidos en el HP CMNO IMSS en el periodo de enero del 2015 a junio del 2018. Criterios de inclusión: a) ausencia de hepatopatía crónica, b) INR >1.5 con encefalopatía, c) INR >2.0. Variables independientes: edad, sexo, etiología, laboratorios de ingreso: GGT, ALT, AST, BT, BD, albúmina, TP, TPT, INR, amonio, lactato; criterios KC-TH: valor de escalas PELD, LIU, aLIU; tratamiento, transfusión de hemoderivados, trasplante hepático y mortalidad. Análisis estadístico: frecuencias, porcentajes, mediana, intervalo y χ^2 de Pearson mediante el programa estadístico SPSS 21.

Discusión: En este estudio de casos no se encontró predominio de género (1:1), mediana de edad, 51.5 meses (4 años). La principal etiología fue hepatitis autoinmunitaria: 27.7% (5 pacientes); infecciosa, 16.6% (3 pacientes): 1 caso CMV, 1 VHA y 1 PB19; tóxica, 5% (1 paciente) por plomo; e indeterminada, 50% (9 pacientes). La mediana para los laboratorios de ingreso fueron: ALT, 715.5 U/I; AST, 648.5 U/I; GGT, 51.5 U/I; BT, 13.7 mg/dl; BD, 9.95 mg/dl; amonio, 77 mmol/L; TP, 30.5 seg; albumina, 3.1 mg/dl; lactato, 3.4 mmol/L. El 83% (15 pacientes) cursó con encefalopatía. En cuanto al tratamiento, 83% (15 pacientes) recibió algún hemoderivado, 33% (6 pacientes) esteroide y 11% (2 pacientes) tratamiento específico para la etiología. El 33% (6 pacientes) cumplió criterios de KC-TH, que se realizó en tres de ellos, los cuales fallecieron por complicaciones relacionadas. Se efectuó relación con χ^2 de Pearson con las escalas pronósticas, PELD ($p=0.389$), LIU ($p=0.389$) y aLIU ($p=0.389$), así como el nivel sérico de BT >17.0 mg/dl ($p=0.455$) y la presencia o ausencia de encefalopatía ($p=0.396$) con la mortalidad; ninguna de ellas fue estadísticamente significativa como predictor pronóstico. La mortalidad general en este estudio fue del 55.6%, con una supervivencia del 44.4%.

Conclusiones: La etiología más frecuente en este hospital es la hepatitis autoinmunitaria; en un gran porcentaje, la causa permanece indeterminada, la mortalidad en general es aún alta y el tratamiento con trasplante hepático no mejoró la sobrevida; los marcadores

pronósticos utilizados no fueron significativos para predecir la mortalidad, pero esta muestra es pequeña para inferir conclusiones al respecto.

Financiamiento: Este trabajo no requirió ningún tipo de financiamiento.

Dom103

MANIFESTACIONES HEPATOBILIARES EN PACIENTES ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

K. Buendía-Juárez, E. Hernández-Chávez, I. González-Guerrero, S. Pacheco-Sotelo, UMAE, Hospital de Pediatría, CMNO IMSS

Introducción: La fibrosis quística (FQ) es la enfermedad genética más común en la población caucásica, con afectación multisistémica que incluye enfermedad hepatobiliar, la cual se informa en 30% a 50% de los pacientes. Dentro de las principales manifestaciones hepatobiliares se incluyen colestasis neonatal (<10%) y esteatosis como hallazgo incidental por ultrasonido (USG) abdominal que oscila entre 23% y 67%, y puede relacionarse con deficiencias nutricionales selectivas o alteraciones en el metabolismo fosfolipídico, colelitiasis (12%), transaminasemia leve fluctuante (25%-50%) y cirrosis biliar (20%-40%) con inicio en la primera década de la vida e implica la manifestación hepática más grave con progresión a hipertensión portal en etapas posteriores de la vida.

Objetivo: Describir la presencia de manifestaciones hepatobiliares en pacientes escolares y adolescentes con FQ.

Informe de casos: Diseño transversal. La población incluyó a pacientes de 6 a 16 años, con diagnóstico de FQ atendidos en el Servicio de Gastroenterología Pediátrica, UMAE, Hospital de Pediatría CMN, Occidente. Las variables de desenlace fueron hepatomegalia, esplenomegalia, colelitiasis, valores de bilirrubina total (BT), bilirrubina directa (BD), aspartato aminotransferasa (AST), alanino aminotransferasa (ALT), gammaglutamiltransferasa (GGT), deshidrogenasa láctica (DHL), fosfatasa alcalina (FA), colesterol total, triglicéridos, patrones de ultrasonido abdominal. El análisis estadístico incluyó frecuencia, porcentajes, medianas e intervalos intercuartílicos (RIC).

Discusión: Se registró un total de 20 pacientes, 55% (11) niños, con una mediana de edad de 9.5 años (RIC 5). Se encontraron alteraciones clínicas en 7 (35%) pacientes, de los cuales 4 (57%) presentaron hepatomegalia, 2 (29%) colelitiasis y 1 esplenomegalia. Dieciocho (90%) sujetos revelaron alteraciones bioquímicas, 17 (94%) transaminasemia fluctuante y en 13 de ellos se encontró alteración de transaminasas en su último registro; 9 (50%) registraron elevación de GGT y 3 (17%) de DHL. El perfil de lípidos y los valores de bilirrubinas y FA se encontraron normales en todos los pacientes. En la determinación más reciente de las pruebas de funcionamiento hepático se encontraron las siguientes medianas: AST, 30 mg/dl (RIC 27); ALT, 33 mg/dl (RIC 24); GGT, 18 mg/dl (RIC 40); DHL, 525 U/l (RIC 232); FA, 218 U/l (RIC 112). Por rastreo ultrasonográfico, 12 (60%) personas presentaron morfología hepática o pancreática anormal en 83 y 17%, respectivamente. Se informó ausencia quirúrgica de vesícula biliar en los casos que existió litiasis vesicular. En un paciente con transaminasemia persistente se realizó biopsia hepática percutánea, la cual señaló esteatosis macrovesicular del 80% y microvesicular del 15%.

Conclusiones: Las manifestaciones hepatobiliares son frecuentes en pacientes con FQ; estos hallazgos coinciden con lo notificado en las publicaciones médicas coincidentes con transaminasemia fluctuante y esteatosis, por lo que se requiere vigilancia periódica en este aspecto mediante enzimas hepáticas, USG y, en casos seleccionados, biopsia hepática.

Financiamiento: Este trabajo no requirió ningún tipo de financiamiento.

Dom104

NIVELES SÉRICOS DE ALT EN NIÑOS CON ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA SEGÚN SU ESTADO NUTRICIONAL

N. Lizola-Arvizu, N. Córdoba-Morales, J. Flores-Calderón, E. Garrido-Magaña, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La obesidad infantil es un problema importante de salud en este país; una de sus consecuencias es la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) que puede manifestarse como hígado graso, esteatohepatitis con o sin fibrosis y evolucionar a la cirrosis. En México se desconoce la prevalencia y se ha recomendado la medición de la alaninotransferasa (ALT) para su escrutinio.

Objetivo: Determinar los valores de ALT en niños con obesidad y sobrepeso según su estado nutricional.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Se incluyó a pacientes de 6 a 16 años, con sobrepeso, obesidad y peso normal. En todos se realizó elastografía transitoria para el diagnóstico de hígado graso y se midieron cifras séricas de ALT, glucosa, perfil de lípidos; se midió la tensión arterial y perímetro de cintura (PC). Se consideró elevación de ALT con valores superiores a 25 U/l y esteatohepatitis con hígado graso por elastografía y con valores de ALT superiores a 80 U/l. Se determinaron medidas de tendencia central y frecuencias simples.

Resultados: Se incluyó a 93 niños con una media de edad de 12 años; género masculino en 57 (62%) y femenino en 36 (38%). Por IMC se documentó obesidad en 46 (49.5%) casos y sobrepeso en 17 (18.3%); se incluyó a 30 (32.3%) niños eutróficos. Tuvieron incremento de ALT >25 U/l 81/93 (87%) y ALT ≥80 U/l en 9 (9.6%). De los pacientes con obesidad, presentaron esteatosis 40/46 (86.9%) y esteatohepatitis 7/46 (15.2%). En los pacientes con sobrepeso, 11/17 (64.7%) desarrollaron esteatosis y 2 (11.7%) esteatohepatitis. En los niños eutróficos, 7 (23.3%) tuvieron esteatosis y ninguno esteatohepatitis. El incremento del perímetro de la cintura se encontró en 46 (100%) de los niños obesos (por arriba del percentil 95°), 8 (47%) con sobrepeso (por arriba del percentil 85°), y en 5 (16.6%) de peso normal se encontró el PC entre los percentiles 85° y 95°. Se detectó hipertensión arterial en 2/93 (2.1%), hiperglucemia en 2/93 (2.1%) y dislipidemia en 38 (38.7%).

Conclusiones: En este estudio se observó que 66% de los niños con obesidad y sobrepeso tuvo elevación de transaminasas, que fue significativa en un 9.6%; el síndrome metabólico se presentó en un 12.9%. Se recomienda realizar escrutinio para EHGNA en todo niño con IMC >p85, sobre todo con factores de riesgo y establecer un tratamiento oportuno.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom105

HEPATOPATÍA SECUNDARIA AL SÍNDROME DE DRESS (DRUG REACTION WITH EOSINOPHILIA AND SYSTEMIC SYMPTOMS): INFORME DE CASO

I. G. De La Torre-Rodríguez, J. E. Alfaro-Bolaños, J. M. Cázares-Méndez, E. M. Toro-Monjaraz, E. Montijo-Barrios, J. F. Cadena-León, F. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: El síndrome de DRESS es una dermatosis con eosinofilia y múltiples síntomas sistémicos secundaria a fármacos. Este síndrome causa una gran variedad de síntomas clínicos dos a cuatro semanas después de iniciar el medicamento inductor. Se cree que tiene una relación genética con HLA-B1502. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre, erupción cutánea, hallazgos hematológicos y alteración en las pruebas de funcionamiento hepático. El alopurinol

y la carbamazepina son los fármacos más referidos, 80% de los pacientes presenta elevación de las enzimas hepáticas y puede ser causa de insuficiencia hepática.

Objetivo: Describir las características clínicas de presentación hepática del síndrome.

Informe de casos: Paciente femenino de 10 años que en agosto de 2017 inicia abordaje por crisis convulsivas. En noviembre de 2017 se indica fenitoína a 5 mg/kg/día y un mes después presenta fiebre de 39.7°C e inicia con eritema, exantema facial con diseminación a tórax y extremidades; consulta y se diagnostica con infección faríngea y se prescriben lincomicina, ibuprofeno y naproxeno. Dado que persiste con fiebre y dermatosis diseminada, consulta en esta institución y se solicita valoración por el servicio; la exploración física revela ictericia generalizada, dermatosis generalizada caracterizada por exantema maculopapular confluyente, morbiliforme y pruriginoso, eritrodermia, ligero edema facial, poliadenopatías, hígado de 7.5 cm por percusión total y de 1.5x2x2 cm bajo reborde costal derecho, sin esplenomegalia. En el plano neurológico no hay datos de encefalopatía; se solicitan pruebas de función hepática. El servicio de dermatología e inmunología la valora ante la sospecha del síndrome ya mencionado y se decide suspender la fenitoína e iniciar esteroide con adecuada evolución. En la **Tabla 1** se observa el resumen de los estudios de laboratorios.

Discusión: El síndrome de DRESS es un padecimiento muy raro con una incidencia descrita de 0.4/100 000 habitantes en la población general. Se relaciona con diferentes fármacos, pero entre los más importantes figuran los anticonvulsivos. Es importante vigilar alteraciones hepáticas, ya que un 80% de los pacientes presenta afectación hepática que puede evolucionar a insuficiencia hepática aguda y ser letal. En cuanto al tratamiento, lo más importante es tener la sospecha clínica, retirar el fármaco y administrar esteroides en algunas ocasiones. Además, se deben buscar siempre causas infecciosas, ya que se ha descrito también como causa una reactivación del virus del herpes simple, que en este caso se informó negativo.

Conclusiones: En todo paciente tratado con antiepilepticos, y que cumple los criterios japoneses para el diagnóstico de DRESS (exantema maculopapular tres semanas después del inicio del fármaco, fiebre >38°, aminotransferasas >100 U/L, leucocitosis, eosinofilia, linfadenopatías, alteraciones en la línea blanca), hay que buscar datos de daño hepático e intervenir oportunamente para prevenir la progresión a la insuficiencia hepática que puede ser letal.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom106

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN UN ADOLESCENTE SECUNDARIO A HIPERTENSIÓN PORTAL POR HEMOCROMATOSIS: INFORME DE UN CASO

C. Montejo-Velázquez, A. Gutiérrez-Atemis, J. M. Lechuga-Ruiz, E. Tintori-Tintori, A. P. Rodríguez-Pérez, G. A. Garrido-Sánchez, C.

Pantaleón-Martínez, M. R. Herrero-Maceda, E. Cerda-Reyes, Hospital Central Militar, Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología

Introducción: Esta revisión describe la afección hepática por hemocromatosis de un paciente adolescente en un hospital militar de la Ciudad de México. La hemocromatosis afecta sobre todo a caucásicos y tiene una prevalencia de 1 por 200 a 300 personas; en la población hispana se ha informado 1 en 3 703 habitantes. La enfermedad se vuelve clínicamente aparente después de los 40 años de edad en hombres y después de los 50 años en mujeres.

Objetivo: Presentar el caso clínico de un paciente de la segunda década de la vida con complicaciones secundarias a hemocromatosis.

Informe de casos: Se trata de un paciente masculino de 14 años de edad que acude al servicio de urgencias por hemorragia de tubo digestivo alto con repercusión hemodinámica y hematológica. La valoración endoscópica revela varices esofágicas grandes de la clasificación de Baveno y varices gástricas GOV2 de la clasificación de Sarín. Luego de la atención de urgencia se hospitalizó para abordaje de síndrome de hipertensión portal. Tiene antecedentes de labio leporino y un tío finado por enfermedad hepática (causa desconocida). En clínica presentó en la exploración inicial: hepatomegalia, esplenomegalia y el resto normal para su edad y género. Bioquímica: plaquetas, 78 000 µg/l; tiempo de protrombina, 18 seg; INR, 1.42; albúmina, 4.3; bilirrubina total, 1.1 mg/dl; alanino aminotransferasa, 110 UI/l; alanino aspartato aminotransferasa, 78 UI/l; fosfatasa alcalina, 267 U/l. Panel para hepatitis virales negativo, ac. para citomegalovirus, herpes, toxoplasma, rubeola, Epstein-Barr, así como VIH negativo. Estudios de autoinmunidad negativos, α₁-antitripsina, ceruloplasmina y lipasa ácida lisosomal dentro de parámetros normales. En estudios de gabinete se informó TC abdominal con hepatoesplenomegalia y datos de hipertensión portal, hiperdensidad del parénquima hepático con datos de enfermedad por depósito contra hemosiderosis. Informe de ferritina de 980 ng/ml, por lo cual se realizó biopsia hepática con tinción de Pearl positiva, fibrosis estadio 3-4 de la clasificación de Ishak, puentes de fibrosis con nódulos de transición a cirrosis e informe de estudios de genética con búsqueda del gen HFE C282Y homocigoto; ECOTT describe: corazón estructural y funcionalmente normal, con hipertensión pulmonar ligera, FEVI 70%, PSAP 40 mmHg (**Figura 1**).

Discusión: Caso de un paciente mestizo adolescente con cirrosis hepática descompensada por hemorragia de tubo digestivo alto variceal (Child-Pugh A, MELD de 11 puntos), con criterios de trastorno metabólico por acumulación de hierro hereditaria. La hemocromatosis es un diagnóstico diferencial de enfermedades hepáticas en pacientes con antecedentes familiares, hiperpigmentación cutánea, hepatomegalia, hiperglucemia, atrofia testicular, fatiga y miocardiopatía con hallazgos de laboratorio alterados en relación con el hierro. En este paciente la presentación no fue la típica.

Conclusiones: Es un caso excepcional en este instituto por el grupo etario en que se presentó (es el primer caso documentado). La afección hepática tiene relevancia para evitar errores diagnósticos en

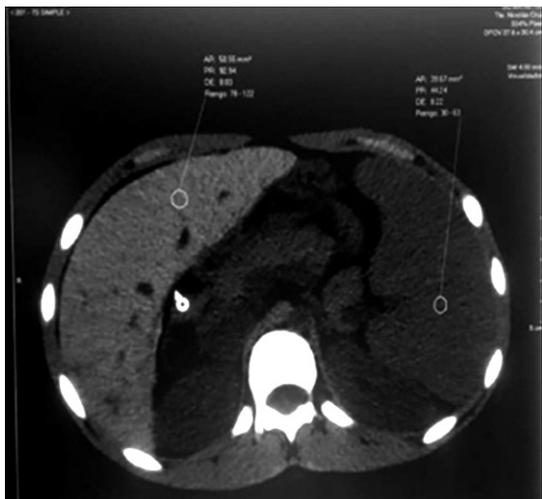
Tabla 1. Estudios de laboratorio. (Dom105)

Pruebas de función hepática	ALT (UI/L)	AST (UI/L)	GGT (UI/L)	ALB (mg/dl)	BD (mg/dl)	TP (seg)	INR (%)	TPT (seg)
27.12.17	307	196	627	3.1	1.35	11.9	1.1	24.5
03.01.18	2 181	1 718	557	2.5	3.63	11.2	0.98	23.8
08.01.18	510	89	340	3.7	0.7	10.8	0.9	25.5
11.01.18	281	84	256	3.9	0.59	11.1	0.92	26.7
30.01.18	33	22	72	4.1	0.2	11.2	0.96	27.1
Biometría hemática	HB (mg/dl)	HTO (%)	LEU	NEU	LINF	EO	PLT	
27.12.17	15.8	46.6	22 500	10.1	4.3	4.5	330 000	
03.01.18	12.8	37.5	12 700	2.9	7	0.3	140 000	
11.01.18	13.8	40.1	56 000	3.6	1.6	0.1	606 000	

esta población. Un dato analítico anormal con un adecuado algoritmo puede llevar a un diagnóstico adecuado. Hoy en día, el paciente se encuentra en lista de espera de trasplante hepático.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Angiotomografía de aorta toracoabdominal; corte axial que muestra densidad incrementada en forma generalizada y difusa hasta de 90 UH en fase simple.



Dom107

FRECUENCIA DE VARICES ESOFÁGICAS, GÁSTRICAS Y ESOFAGOGÁSTRICAS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PORTAL (HTP) PREHEPÁTICA E INTRAHEPÁTICA: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

J. E. Alfaro-Bolaños, J. F. Cadena-León, J. M. Cázares-Méndez, E. Montijo-Barrios, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría, Gastroenterología y Nutrición Pediátrica

Introducción: Las varices esofágicas (VE), varices gástricas (VG) y esofagogástricas (VEG) son una complicación frecuente con una elevada morbimortalidad en pacientes con HTP. La HTP se caracteriza por una elevación de la presión en la vena porta >5 mmHg y el desarrollo de varices con una presión ≥ 10 mmHg. En 60% de los casos, la primera manifestación de las varices es el sangrado anemizante.

Objetivo: Determinar la frecuencia de varices esofágicas, gástricas y esofagogástricas en pacientes con HTP prehepática e intrahepática en el Instituto Nacional de Pediatría en el periodo de 2007 al 2017.

Material y Métodos: Pacientes con diagnóstico de HTP prehepática e intrahepática del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo comprendido entre 2007 y 2017. Tipo de estudio: transversal, descriptivo, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, tipo de HTP, grado de varices según la clasificación japonesa, primera manifestación (sangrado o esplenomegalia). Análisis estadístico: los resultados se analizaron con base en porcentajes para obtener frecuencias, media y promedio.

Resultados: Se obtuvieron 93 expedientes clínicos, de los cuales 71% correspondía a HTP prehepática y 29% a intrahepática. La edad promedio fue de 49 meses, con predominio del género masculino en el 61.3%. Al distribuir los casos por grupos etarios, el 68.8% correspondía a pacientes <5 años de edad. Se identificó que el principal

motivo de consulta fue el sangrado de tubo digestivo (STD) alto en un 65.6% y en segundo lugar la esplenomegalia con 34.4%. Es importante considerar que hasta en el 70.5% de los casos el sangrado fue anemizante (descenso >2 mg/dl de la hemoglobina y repercusiones hemodinámicas). El tipo de HTP más frecuente fue la intrahepática con 70.9% y fue su causa en un 100% de la degeneración cavernomatosa de la vena porta; el factor de riesgo para desarrollar degeneración cavernomatosa fue el antecedente de onfalocclisis en un 89.4%. Las tres principales causas de HTP intrahepática fueron: sinusoidal, esto es, cirrosis secundaria a atresia de vías biliares; y presinusoidal, es decir, fibrosis hepática congénita y esclerosis hepatoportal con 29.6%, 22.2% y 18.5%, respectivamente. Las VE grado 3 se encontraron en 47% en la HTP prehepática y 44% en la HTP intrahepática, con STD anemizante en 58.1%; las VE grado 2 en el 41.9% presentaron STD anemizante. En cuanto a las VEG y VG en la HTP prehepática, las tipo GOV-1 con 64.3% y las IGV2 con 78%, respectivamente, son las que más se encontraron; en la HTP intrahepática se observan datos similares con las VEG, pero con las VG las tipo 1 predominan con 75%.

Conclusiones: La HTP de tipo prehepático en niños es la causa más frecuente de HTP y el STD en 65.6% es la primera causa de consulta; la degeneración cavernomatosa de la vena porta fue la causa más frecuente relacionada con onfalocclisis, por lo que es importante considerar las técnicas terapéuticas y factores de riesgo en el periodo neonatal inmediato, dado el riesgo que constituye este procedimiento para el desarrollo de degeneración cavernomatosa de la vena porta. La experiencia en el instituto constituye una referencia sobre datos epidemiológicos acerca de la HTP en países latinoamericanos para conocer el comportamiento de la HTP.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom108

HEPATITIS AUTOINMUNE EN EDAD PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA DE 12 AÑOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

D. G. Puente-Sifuentes, F. E. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, E. M. Toro-Monjaraz, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, E. Montijo-Barrios, J. M. Cázares-Méndez, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La hepatitis autoinmunitaria es un proceso inflamatorio del hígado que puede ser fulminante, agudo, subagudo y crónico, con cuadro clínico inespecífico, alteraciones bioquímicas y autoanticuerpos específicos y cambios histopatológicos y sin causa determinada. Se considera más agresiva en niños y el tratamiento inmunosupresor ofrece respuesta satisfactoria con altas tasas de remisión.

Objetivo: Describir la evolución clínica, estudios bioquímicos y respuesta al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de hepatitis autoinmunitaria en el Instituto Nacional de Pediatría.

Material y Métodos: Pacientes con hepatitis autoinmunitaria en el Instituto Nacional de Pediatría del 2005 al 2017. Tipo de estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo. Variables: edad, sexo, valores bioquímicos, presentación clínica, hallazgos histológicos, tratamiento, remisión y recaída. Análisis estadístico: variables cualitativas; se obtuvieron frecuencias absolutas y porcentajes. Se realizaron pruebas de normalidad con Kolmogorov-Smirnoff. En aquellas sin normalidad se obtuvieron medianas, mínimos y máximos. Para ALT se realizó la prueba de Friedman.

Resultados: Se identificaron 71 expedientes, 48 con datos completos para analizar. El 58.3% correspondió a mujeres y el resto a hombres. Se aplicó el sistema de puntuación para diagnóstico propuesto por el grupo internacional de hepatitis autoinmunitaria y correspondió a 16.6% (definitivo), 62.5% (probable) y 20.8% (<7 puntos). La

mediana de edad fue de 85.5 meses (7.1 años) con intervalo intercuartil de 27 a 128 meses. El dato clínico más frecuente fue hepatomegalia con 87%, seguido de astenia con 70%; menos frecuente fue el prurito con 27%. Al diagnóstico, 43 pacientes (89%) presentaron hipertransaminasemia con mediana de ALT en 113 IU/L, mínimo de 17 IU/L y máximo de 4 802 IU/L. Respecto de IgG, la mediana fue de 1 670 UI/ml, mínimo de 245 UI/ml y máximo de 6 580 UI/ml. El 52% tuvo cifras de autoanticuerpos positivos tipo ANA o SMA y 27% para anti-LKM-1. Hubo seronegatividad en 21% casos. Se realizó biopsia hepática en todos los casos (Tabla 1) y se utilizó prednisona y azatioprina simultáneamente en el tratamiento inicial. El 73% redujo los valores de ALT a tres meses de tratamiento con mediana en 33 IU/L, mínimo de 6 IU/L y máximo de 197 IU/L. A 12 meses hubo ALT con mediana en 40 IU/L, mínimo de 12 IU/L y máximo 195 IU/L. Cumplidos 24 meses de tratamiento, 85.4% redujo los valores de ALT con mediana de 33.5 IU/L, mínimo de 8 IU/L y máximo de 312 IU/L. Hubo una disminución progresiva de ALT a los 24 meses con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.000$). Se presentó recaída en algún punto de la evolución, en 17 de los 48 pacientes (35.4%) y 5 de los 17 casos requirieron cambio de fármacos a micofenolato de mofetilo. En 39 casos (81%) se suspendió exitosamente el tratamiento antes de 48 meses por remisión clínica, bioquímica e histológica. Seis pacientes se mantuvieron resistentes a los corticoides y continuaron atención médica. Hubo indicación de trasplante hepático en dos pacientes sin culminarse y un enfermo falleció durante el seguimiento por choque séptico.

Conclusiones: La hepatitis autoinmunitaria representa un reto diagnóstico para el pediatra por la forma de presentación clínica. Es necesario tener conocimiento de la enfermedad para evitar las posibles complicaciones (insuficiencia hepática y cirrosis). El tratamiento adecuado, en su mayoría, favorece la evolución y el pronóstico; debe recordarse que para suspender el tratamiento se requiere remisión clínica, bioquímica e histológica de la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Alteraciones en la biopsia hepática

	Frecuencia n=48	Porcentaje
Fibrosis	12	25.0
Formación de rosetas	1	2.1
Hepatitis de interfaz	8	16.7
Cambios atípicos	2	4.2
Cirrosis hepática	3	6.3
Fibrosis en puente más necrosis	6	12.5
Fibrosis más esteatosis hepática	2	4.2
Hepatitis de interfaz más fibrosis	4	8.3
Fibrosis más cambios biliares	4	8.3
Células plasmáticas	6	12.5

Dom109

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO POR ANTROPOMETRÍA EN PACIENTES ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON FIBROSIS QUISTICA

K. Buendía-Juárez, F. J. Álvarez-Chávez, D. Martínez-Bejarano, R. Macías-Rosales, S. Pacheco-Sotelo, UMAE, Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS

Introducción: El estado nutricional es un indicador pronóstico de la función pulmonar en pacientes con fibrosis quística (FQ); los individuos con un estado nutricional deficiente se relacionan con una pobre

función pulmonar, lo que representa una mayor morbilidad y menor esperanza de vida.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional en pacientes escolares y adolescentes con FQ.

Material y Métodos: Diseño transversal; la población se conformó con pacientes de 6 a 15 años 11 meses con diagnóstico de FQ atendidos en el Servicio de Gastroenterología Pediátrica. El estado de nutrición se realizó con peso, talla, índice de masa corporal (IMC) ajustado a puntuación z y de acuerdo con la clasificación de la OMS, pliegue cutáneo tricipital (PCT) y subescapular (PCSE), área total del brazo (ATB), área muscular del brazo (AMB), área grasa del brazo (AGB) e índice de grasa del brazo (IGB), ajustado a puntuación z y de acuerdo con patrón de Frisncho. Para el análisis estadístico se obtuvieron frecuencias, porcentajes, medianas e intervalo intercuartil (RIC).

Resultados: Se incluyó en este estudio a 20 pacientes, 14 (70%) escolares y 6 (30%) adolescentes; 50% se integró con niñas. La mediana de edad fue de 10 años (RIC 4.5); 12 (60%) de los pacientes tuvieron talla baja de acuerdo con el índice T/E; según IMC/E, se encontraron 5 (25%) pacientes con desnutrición grave, 5 (25%) con desnutrición moderada y 10 (50%) con estado de nutrición normal. Al tomar en cuenta la CMB/E, 6 (30%) se clasificaron con desnutrición moderada, mientras que 14 (70%) no presentaron esta entidad. Cuatro (20%) pacientes presentaron un ATB/E y AMB/E con una puntuación z por debajo de -2 desviaciones estándar (DE); todos los pacientes presentaron un AGB/E normal, mientras que 1 (5%) presentó un IGB/E con una puntuación z por debajo de -2 DE.

Conclusiones: La prevalencia de desnutrición moderada y grave al considerar el parámetro IMC/E en pacientes escolares y adolescentes con FQ en este medio es muy alta comparada con el 10% en la población americana y europea. De acuerdo con la evaluación de la composición corporal por antropometría de los pacientes incluidos en este estudio, el parámetro más afectado fue el área muscular de brazo con menor afectación del área grasa del brazo.

Financiamiento: Este trabajo no requirió ningún tipo de financiamiento.

Dom110

COLECISTITIS AGUDA EN NIÑOS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

L. S. Tapia-Brito, S. A. Jiménez-Sánchez, J. Flores-Calderón, R. C. Ortiz-Galván, A. G. Sordia-Reyes, UMAE, Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI

Introducción: La colecistitis aguda alitiásica es una entidad rara de la edad pediátrica; puede llegar a representar 30% a 50% del total de la colecistitis y usualmente aparece como complicación de otras enfermedades o estados muy críticos de los pacientes. La causa más frecuente de la colecistitis litiásica es la enfermedad hemolítica, seguida de prematuridad, uso de alimentación parenteral prolongada, sepsis, quemaduras y malformaciones congénitas de las vías biliares, así como obesidad.

Objetivo: Conocer la frecuencia en niños con diagnóstico de colecistitis litiásica y alitiásica, cuadro clínico, factores relacionados y tratamiento.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo y transversal; se revisó el expediente clínico de pacientes con diagnóstico por ultrasonido de colecistitis, que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico en el hospital de Pediatría CMN Siglo XXI, en el periodo comprendido entre enero del 2013 y diciembre de 2016. Análisis estadístico: a las variables cuantitativas se les determinó su respectiva media, desviación estándar o mediana, según fuera el tipo de distribución de la población. Las variables cualitativas se presentaron en frecuencias simples.

Resultados: Se incluyó a 31 pacientes, 77% del sexo femenino y 23% del masculino; el grupo etario más frecuente fue el de adolescentes y la edad media fue de 11 ± 4 años. El estado nutricional tuvo peso normal en 48%, sobrepeso en 16% y obesidad en 13%. En el 74% de los casos, los datos clínicos fueron dolor abdominal crónico de predominio derecho, dispepsia, náusea y vómitos; se acompañó de pancreatitis aguda en el 25% de los casos, colestasis en el 16%, hipercolesterolemia en un 3% y trigliceridemia en el 29%. Los hallazgos histopatológicos fueron colecistitis litiasica en un 51.6%, colecistitis alitiásica en 29%, y sin datos de inflamación notoria y sin litos en un 19.4%. Todos los pacientes se sometieron a colecistectomía laparoscópica sin complicaciones.

Conclusiones: Estos resultados mostraron una mayor frecuencia de colecistitis aguda litiasica en niños, con predominio del sexo femenino. Los factores relacionados más frecuentes fueron la dislipidemia y el sobrepeso, y obesidad en una tercera parte de los casos. La colecistitis aguda es una entidad clínica que debe considerarse dentro de las posibles causas de dolor abdominal agudo en niños. El tratamiento quirúrgico en niños es efectivo al igual que en el adulto.

Financiamiento: Este trabajo no tuvo financiamiento.

Dom111

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN PANCREÁTICA ENDOCRINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE Y CRÓNICA EN UN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

A. García-Montalvo, J. J. Vargas-Lares, J. C. Barrera-de León, UMAE, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente

Introducción: La insuficiencia pancreática endocrina es consecuencia de pancreatopatías crónicas, como la pancreatitis crónica. Se manifiesta por intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus.

Objetivos: Describir la función pancreática endocrina mediante glucosa basal en ayuno, hemoglobina glucosilada A1C, curva de tolerancia a la glucosa e insulina sérica total en ayuno basal en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda recurrente y crónica.

Material y Métodos: Estudio transversal descriptivo en pacientes pediátricos de 1 a 15 años, 11 meses y 29 días, con diagnóstico de pancreatitis aguda recurrente y crónica en seguimiento en el servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica de la UMAE, CMNO, del hospital de pediatría del IMSS de enero del 2014 a septiembre del 2017. Se excluyó a los pacientes con diagnóstico de prediabetes o diabetes mellitus, endocrinopatías, fibrosis quística, consumo de esteroides, insulina o hipoglucémicos orales, o episodio de PA en los últimos seis meses. El protocolo lo aprobaron el Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) y el Comité Local de Ética en Investigación (CLEI) de la UMAE, Hospital de Pediatría, Centro Médico de Occidente del IMSS. Se evaluó la presencia de resistencia a la insulina y función de células B mediante el cálculo de los índices HOMA-B, HOMA-IR, HOMA-IS e índice de disponibilidad de insulina (ID). Se describieron las características de los episodios de pancreatitis de acuerdo con gravedad, temporalidad y etiología, presencia de calcificaciones o disfunción pancreática exocrina, y se clasificó el estado nutricional de acuerdo con la OMS. Se analizaron los datos mediante el paquete de software SPSS 22 (IBM Corp, Armonk, NY, United States).

Resultados: En la población estudiada se encontró riesgo incrementado de diabetes o prediabetes en el 22% (2/9) mediante los criterios de ADA; ningún paciente cumplió criterios de diabetes. Se encontró resistencia a la insulina en el 44% (4/9) mediante HOMA IR. La función de células B se encuentra conservada en todos los pacientes, pero con datos de disminución de sensibilidad a insulina y disponibilidad de ella mediante las determinaciones de HOMA-B e ID, respectivamente. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 66%.

Conclusiones: Existe alteración de la función pancreática endocrina en la población pediátrica con pancreatitis aguda recurrente y crónica, desde los primeros años de evolución de la enfermedad, a pesar de encontrarse clínicamente asintomática. Para la evaluación, el índice de HOMA y sus derivados pueden ser herramientas útiles y accesibles por su sencillez y reproducibilidad, sobre todo en la población pediátrica en la que la evaluación de la función pancreática endocrina mediante pruebas dinámicas puede ser de difícil aplicación.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom112

PANCREATITIS HEREDITARIA: UN RETO DIAGNÓSTICO EN UN ADOLESCENTE CON PANCREATITIS RECURRENTE

A. G. Pérez-Padilla, J. C. Guerra-Godínez, R. I. Alcántara-García, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Introducción: La pancreatitis recurrente (PR) se define como episodios de pancreatitis aguda, con resolución entre ellos. Su etiología es diversa y el diagnóstico depende de la historia clínica y estudios paraclínicos. Debe abordarse de manera sistemática y diferenciar de las siguientes alteraciones médicas: hiperparatiroidismo, hiperlipidemia tipo I, parasitosis por *Ascaris lumbricoides*, fibrosis quística, citrulinemia, autoinmunidad o susceptibilidad genética.

Objetivo: Dar a conocer el caso de un paciente con antecedente de PR, abordaje y conclusión diagnóstica.

Informe de casos: Paciente masculino de 15 años de edad evaluado por presentar cuatro episodios de pancreatitis entre septiembre de 2015 y marzo de 2017. Antecedentes de obesidad a los 10 años, alcoholismo y drogadicción de 12 a 13 años. No cuenta con familiares con antecedentes de pancreatitis. El primer suceso se desencadenó tras ingestión de comida copiosa en lípidos. El ultrasonido pancreático señaló aumento de volumen y los estudios de laboratorio documentaron dislipidemia. En octubre de 2015 se solicitó serología viral, que fue negativa. En el medio privado se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, sin encontrar litos en colédoco, cístico ni vesícula. Se practicó esfinterotomía y barrido con catéter de balón de Fogarty sin extraer litos, y se comprobó la permeabilidad del colédoco.

En mayo de 2017 es referido al servicio de gastroenterología pediátrica del HRAEB por PR. Se solicitaron estudios paraclínicos para evaluar posibilidad de parasitosis, fibrosis quística, citrulinemia, autoinmunidad y genética. Por imagen, la tomografía axial del páncreas reveló calcificaciones sin dilatación del Wirsung. La colangiografía resonancia mostró permeabilidad de la totalidad del conducto pancreático y accesorio, calibre normal y drenaje adecuado, sin ectasia. Se evaluó y encontró suficiencia pancreática exocrina. En febrero de 2018 inició reemplazo enzimático.

En mayo 2018 se obtuvo el resultado genético de mutación del gen *R122h* y *N291* (gen de tripsinógeno PRSS1): paciente portador en heterocigosis de una mutación patogénica en el gen *CTRC* que codifica a la proteína quimiotripsina (Tabla 1).

Discusión: En 1952, Comfort y Steinberg describieron por primera vez esta entidad autosómica dominante sin malformaciones del páncreas. Se ha indicado que hay mayor prevalencia en pacientes jóvenes, con antecedentes familiares de pancreatitis. Puede ser concomitante a los cálculos pancreáticos y llevar al enfermo a presentar una progresión gradual de destrucción pancreática. Los genes referidos más a menudo son: *PRSS1*, *CFTR* y *SPINK 1*. Singhi y colaboradores describieron en 2014 las condiciones demográficas, radiográficas e histomorfológicas. En su trabajo destacan que los pacientes tenían antecedentes de dolor abdominal intermitente y familiares con antecedente de pancreatitis (edad promedio de 21

Tabla 1. Episodios de pancreatitis según las fechas, con respectivos estudios de laboratorio e imagen (Dom112)

	Sep/15	Oct/15	Nov/15 y junio/16	Nov/16	Marzo/17	Julio/17	Ago/17	Sep/17	Nov/17
Episodio	Primero	Segundo		Tercero	Cuarto	Quinto		Sexto	Séptimo
	Hipercolesterolemia/ hipertrigliceridemia			Leucocitosis (12860)			<i>Lactoferrina en heces, p-ANCA, c-ANCA, factor reumatoide, anticuerpos antimúsculo liso, anticuerpos anti mitocondriales y anti nucleares Hep 2 negativos. TMNA 66 elementos normal, cloro en sudor 21 y 27 mmol/L</i>		
Amilasa/ lipasa	amilasa 198/ lipasa 594			lipasa 1573/ amilasa 252	amilasa 104/ lipasa 1124	amilasa normal/ lipasa 503			
USG	Cuerpo 16 mm		Normal	cuerpo 25 mm/ colédoco 5 mm					
TAC									Calcificaciones pancreáticas

años). Los pacientes con alteración genética en PRSS1 desarrollan una forma progresiva de pancreatitis caracterizada por atrofia lipomatosa que culmina con insuficiencia pancreática.

Conclusiones: El abordaje de PR requiere un hospital de tercer nivel de atención. En el caso del paciente presentado, hubo diversos factores para el desarrollo de pancreatitis: toxicomanías, obesidad e hipertrigliceridemia. Sin embargo, durante su estudio y abordaje se resolvieron, pero continuó con episodios de pancreatitis. No se demostró causa anatómica u obstructiva (biliar), metabólica o autoinmunitaria. El diagnóstico genético se obtuvo luego de 100 días de proceso. La mutación encontrada es concordante con PH.

Financiamiento: El estudio genético ha sido financiado por los familiares del paciente con apoyo de la institución.

Dom113

EXPERIENCIA DEL USO DE LA ENDOSCOPIA PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA EN PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

C. M. Jaramillo-Esparza, R. Vázquez-Frías, P. Espinosa-Rosas, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La hemorragia gastrointestinal en pediatría es un problema relativamente común y potencialmente peligroso, por lo cual

es importante que el personal de la salud a cargo de pacientes pediátricos esté familiarizado con las causas, su evaluación y el tratamiento de la hemorragia digestiva.

Objetivo: Exponer la frecuencia del uso de la endoscopia diagnóstica y terapéutica realizada en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, en la población pediátrica con hemorragia gastrointestinal.

Material y Métodos: Es un estudio retrospectivo en pacientes referidos al servicio de endoscopia pediátrica; éstos se sometieron a procedimientos endoscópicos para diagnóstico o tratamiento del sangrado de tubo digestivo alto o bajo; es preciso conocer la incidencia de este diagnóstico y el uso del estudio endoscópico en pacientes pediátricos de una institución de tercer nivel de atención en México.

Resultados: Entre 2013 y 2018 se realizó un total de 1 902 procedimientos endoscópicos, de los cuales 138 (7%) fueron por sangrado de tubo digestivo alto o bajo. De estos 138 estudios: 2 fueron por cápsula endoscópica (1.5%), 56 colonoscopias (40%), 7 enteroscopias (5%), 72 endoscopias altas (52%), 1 rectosigmoidoscopia (0.7%); 118 procedimientos fueron diagnósticos y 20 terapéuticos (15%). En 84 procedimientos se realizó toma de biopsias (60%).

De los hallazgos observados durante los estudios endoscópicos se encontró lo siguiente: 22 casos de gastropatía erosiva (16%), 15 de esofagitis (11%), 18 de colitis (13%) con 15 casos de proctitis (11%), 14 estudios se informaron como normales (10%), 13 casos de varices (2 rectales y 11 esofágicas; junto con 3 gástricas), 9 casos de úlcera (de los cuales 4 fueron en tubo digestivo bajo y 5 en tubo digestivo alto), 16 casos de pólipos intestinales/rectales (12%); 1 caso de angiodisplasia de colon (ciego y transversal), 1 episodio de ectasia

vascular yeyunal, 1 caso de hemangiomas colónicos, 1 caso de síndrome de Mallory-Weiss, 3 casos de malformaciones vasculares, 2 casos de colitis pseudomembranosa, 3 casos de alergia alimentaria; en 3 casos no fue posible realizar el estudio por mala preparación.

Conclusiones: Existen pocos informes publicados acerca del uso de herramientas endoscópicas en el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia gastrointestinal en pediatría, por lo que es importante conducir estudios que mejoren los conocimientos en este tema tan importante y mucho más frecuente de lo previsto en esta población de pacientes.

En pediatría, la mayor parte de las directrices en procedimientos endoscopios para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva se basa en las publicaciones médicas existente en adultos; sin embargo, esto no siempre es aplicable, por lo que es importante divulgar la experiencia de centros de tercer nivel, donde se adiestra a médicos pediatras en el área de la endoscopia. A pesar de la experiencia relativamente corta, es determinante saber y tratar de manera objetiva al sangrado de tubo digestivo desde el punto de vista endoscopio en pediatría. Pese a que la terapéutica es similar a la del adulto, existen notables diferencias.

Financiamiento: Ninguno.

Dom114

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

D. Espinosa-Saavedra, G. Blanco-Velasco, D. A. Serrano-Ávila, B. González-Ortiz, J. Flores-Calderón, L. A. López-Valenzuela, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Las principales indicaciones pediátricas para uso de la cápsula endoscópica (CE) son: sospecha de enfermedad de Crohn (54%), hemorragia gastrointestinal de origen oscuro (HGIOO) y anemia crónica (17%), dolor abdominal y diarrea (13%), poliposis (11%) y otras afecciones del intestino delgado (5%). En pacientes con HGIOO se notifican diferencias en el rendimiento diagnóstico que van del 53% al 95%. La tasa combinada de retención de CE es del 2.3%. En este país existe un estudio de 27 pacientes, 15 pacientes con HGIOO (27.1% hiperplasia nodular linfoide, 13.3% hemangiomas, 6.6% angiodisplasias, 13.3% yeyunoileítis erosiva, 13.3% colitis ulcerativa crónica inespecífica, 6.6% telangiectasia, 6.6% poliposis y 6.6% úlcera duodenal). Por consiguiente, aún no se conocen la epidemiología, indicaciones, rendimiento diagnóstico y complicaciones presentadas en los pacientes pediátricos sometidos a cápsula endoscópica en México.

Objetivo: Determinar el rendimiento diagnóstico, seguridad y eficacia de la cápsula endoscópica en pacientes pediátricos.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de tipo prueba diagnóstica. Se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la UMAE, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez y en la UMAE, Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI, en pacientes pediátricos sometidos a estudio endoscópico con cápsula endoscópica, en el periodo de enero de 2010 a abril de 2018.

Resultados: Se efectuó un total de 32 estudios, 56.3% femeninos; la media de edad fue de 11.5 años (DE +3.6), la edad mínima fue de 3 y la máxima de 16 años; nutricionalmente, 28 pacientes (87.5%) con estado nutricional normal, 3 con desnutrición crónica y 1 con desnutrición aguda. La indicación clínica más frecuente del estudio fue la sospecha de hemorragia de intestino delgado con un total de 27 pacientes (85%) y de poliposis intestinal por antecedente de anemia crónica con 5 (15%). Se encontró un rendimiento diagnóstico en 28 pacientes (87.5%). La media del tiempo de tránsito intestinal fue de 319 minutos (DE +127 minutos). No se observaron

dificultades técnicas y no se presentó retención de ninguna cápsula, por más de 14 días.

Conclusiones: Se presenta la experiencia de la institución con obtención de resultados superiores a los informes nacionales e internacionales con un rendimiento diagnóstico del 87.5%. Se corrobora que el uso de la cápsula endoscópica en pacientes pediátricos es un método diagnóstico seguro.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom115

PANCREATITIS AGUDA, AGUDA RECURRENTE Y CRÓNICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

P. X. Sempértégui-Cárdenas, J. M. Cázares-Méndez, L. E. Tovar-Correa, J. E. Alfaro-Bolaños, J. A. Valdez-Romero, E. Montijo-Barrios, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La pancreatitis es una inflamación del páncreas que se manifiesta por dolor abdominal, elevación serológica de enzimas pancreáticas o imágenes radiográficas que muestran inflamación del órgano. El diagnóstico en la edad pediátrica se ha incrementado, por lo que es importante conocer su presentación clínica, etiología, tratamiento y evolución.

Objetivo: Describir la presentación clínica, tipo y etiología de la pancreatitis, atención hospitalaria y evolución en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México, de enero de 2006 a octubre de 2017.

Material y Métodos: Estudio transversal, observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes con diagnóstico de pancreatitis de enero de 2006 a octubre de 2017, atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría de la Ciudad de México. Se obtuvieron medidas de frecuencia absoluta y relativa, tendencia central y dispersión.

Resultados: Se analizaron 198 expedientes; 136 tuvieron información completa, 65% correspondió a mujeres y el resto a varones; la edad promedio fue de 127 meses (DS 51.96); el 94.4% presentó cuadro clínico de dolor abdominal y el 83.3% vómito; la intensidad media de dolor fue de 6.8 (DS 3.0). El valor medio de amilasa fue de 1 485 y el de lipasa de 1 050. El estudio de imagen más solicitado fue ultrasonido en un 37.7% y el hallazgo más frecuente edema de páncreas con colección peripancreática. De acuerdo con la gravedad, el 82.4% fue leve, el 4.4% moderada y el 13.2% grave. El 64% incluía a sujetos previamente sanos; en el resto, la afección de base más frecuente fue la hematooncológica con 9.6%. Entre los factores más frecuentes, el 33.8% consistió en causa biliar, el 29.4% en idiopática y el 12.5% en farmacológica. El 55.1% correspondió a agudas, el 41.9% a recurrentes y el 2.9% a crónicas. El 99.3% requirió analgesia intravenosa y los opioides fueron los más prescritos con 69.4% de casos. El promedio de días de ayuno fue de 6. Se utilizaron antibióticos en el 47.1% y el más prescrito fue la combinación cefalosporina+metronidazol. El 29.4% tuvo complicaciones: 15.4% de tipo local y el resto sistémico. La estancia hospitalaria promedio fue de 12.4 días (DS 9.4). Ningún paciente falleció.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes se integró con mujeres adolescentes y se presentaron con dolor abdominal intenso y vómito. Un número considerable presentó enfermedad de base; la etiología biliar fue la más común a diferencia de lo informado en las publicaciones médicas. Predominaron los tipos agudo y agudo recurrente. Se trataron con ayuno y analgésicos, en particular opioides, y casi la mitad recibió antibióticos. Una tercera parte tuvo complicaciones, la mitad de ellas sistémicas. No se presentaron fallecimientos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom116

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MENORES DE 10 KG DE PESO

D. C. Godoy-Salgado, J. M. Cázares-Méndez, J. E. Alfaro-Bolaños, I. G. De La Torre-Rodríguez, M. V. López-Ugalde, E. Montijo-Barrios, J. F. Cadena-León, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es el tratamiento de elección actual en pacientes que requieren alimentación enteral a través de una sonda. La GEP es en particular útil cuando es necesario proporcionar nutrición enteral por un periodo >2-3 sem según la recomendación de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo.

Objetivo: Describir la experiencia de la colocación de la GEP en pacientes <10 kg en un hospital de tercer nivel.

Material y Métodos: Pacientes sometidos a GEP <10 kg en el departamento de gastroenterología y nutrición pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría en un periodo comprendido entre mayo y julio de 2018. Tipo de estudio: observacional y retrospectivo; la información se obtuvo del expediente electrónico de cada paciente, así como de la base de datos de la unidad diagnóstica de gastroenterología pediátrica integral. El procesamiento y análisis de los datos se realizaron mediante el programa SPSS, versión 22.0. La distribución de frecuencias simples y sus porcentajes se aplicaron a las variables cualitativas: sexo, diagnóstico de base, indicación para la realización, complicaciones tempranas y tardías, profilaxis antibiótica, analgesia. Para la variable cuantitativa (edad y tiempo de ayuno poscolocación) se aplicaron pruebas de tendencia central.

Resultados: Se identificó a cinco pacientes sometidos a GEP <10 kg. La mediana de edad fue de 9 meses con predominio del género femenino con un 80% de los casos; la indicación para colocación en el 100% de casos fue la alteración de la mecánica de la deglución. En el 40% de los casos se presentaron complicaciones tempranas mínimas, en especial el eritema local y la fuga. Hasta la fecha, ninguno de los pacientes ha presentado complicaciones tardías y mayores. Al 80% de los pacientes se les aplicó profilaxis antibiótica con cefalotina a dosis de 100 mg/kg/día y uno de ellos ya tenía tratamiento antibiótico previo por proceso infeccioso agregado. Los cinco pacientes recibieron analgesia con paracetamol y ketorolaco. En el 100% de los casos se inició alimentación a las 6 horas poscolocación.

Conclusiones: La GEP es un procedimiento efectivo para proporcionar un apoyo nutricional seguro, con complicaciones mínimas en comparación con la técnica abierta y con recuperación y egreso hospitalario más rápidos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom117

INDICADORES DE CALIDAD EN LA COLONOSCOPIA PEDIÁTRICA

A. C. Ogaz-Campos, P. Espinosa-Rosas, L. A. Waller-González, R. Soto-Solís, M. G. Reyes-Aguilar, J. M. Vidal-Medina, I. M. Llanos-Aran-go, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: Los programas de detección temprana del cáncer colorrectal han permitido el desarrollo de indicadores de calidad que se encuentran establecidos: detección de adenomas e intubación cecal. En niños, los indicadores derivados no siempre son aplicables y es necesario de definir y vigilar los indicadores específicos.

Objetivo: Evaluar los indicadores de calidad para la colonoscopia pediátrica en esta institución.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo en el que se revisaron informes de colonoscopia realizados entre marzo de 2013 y mayo de 2018; se identificaron indicadores de calidad para cada estudio: indicación del procedimiento, limpieza intestinal, intubación del ciego e íleon terminal y complicaciones.

Resultados: Se revisaron 204 colonoscopias, 50.5% del sexo masculino. La edad media fue de 9.8 años±4.4. La indicación más frecuente fue el sangrado del tubo digestivo bajo (29.9%, 61/204), estudio o seguimiento de enfermedad inflamatoria intestinal (17.6%, 36/204) y enteropatía alérgica (13.7%, 28/204). La calidad de la preparación intestinal se notificó en 36% (74/204), proporción de la cual 35% (26/74) fue inadecuado. El porcentaje de intubación cecal fue de 86.8% (177/204) y de íleon terminal de 52.9% (108/204). La edad menor de 5 años (p=0.005) y la mala preparación intestinal (p=0.008) fueron los principales factores para no realizar la intubación ileal. Las complicaciones se presentaron en 1% de los estudios.

Conclusiones: La calidad de la colonoscopia es similar a lo notificado en otros centros internacionales; es necesario realizar la sistematización del informe endoscópico para evitar la omisión de datos clave y mejorar el porcentaje de intubación ileal.

Financiamiento: No existió financiamiento para realizar este trabajo.

Dom118

ENTEROSCOPIA MONOBALÓN: EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

L. M. Baños-Rocha, J. M. Cázares-Méndez, M. López-Ugalde, E. Montijo-Barrios, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: El territorio del intestino delgado se ha considerado el área menos explorada del tracto gastrointestinal debido a la limitación del acceso endoscópico por su longitud y tortuosidad. Sin embargo, con su advenimiento en el año 2007, la enteroscopia de un solo balón representó un método más simple y útil para el diagnóstico de afecciones como el sangrado de tubo digestivo oculto, enfermedad inflamatoria intestinal, síndromes polipoides, y posibilitó la práctica de procedimientos terapéuticos como hemostasia, polipectomía o dilatación con balón. Este procedimiento se ha convertido en una alternativa segura y eficaz en las poblaciones pediátrica y adulta con enfermedades del intestino delgado.

Objetivo: Describir las características clínicas, indicaciones y hallazgos endoscópicos de los pacientes pediátricos sometidos a enteroscopia en una institución mexicana de tercer nivel de enero del 2016 a julio del 2018.

Material y Métodos: Se realizó la revisión retrospectiva de los expedientes de pacientes objeto de enteroscopia diagnóstica o terapéutica monobalón entre enero de 2016 y junio de 2018. Todos los procedimientos se realizaron con el equipo Olympus SIF-180Q (200 cm de largo, 9.2 mm de diámetro externo y un canal de trabajo de 2.8 mm) acoplado a un sobretubo de silicón de 132 cm de largo y 13.2 mm de diámetro externo con un balón en el extremo distal y desechable. El balón se infló con una Unidad de Control Olympus (modelo MAJ 1440). Se extrajeron variables clínicas, hallazgos endoscópicos, complicaciones, rendimiento diagnóstico y tratamiento. Los datos se tabularon en SPSS, versión 22, y se obtuvieron estadísticas descriptivas de frecuencias absolutas y relativas, medias y desviaciones estándar.

Resultados: Se practicó un total de 16 enteroscopias monobalón en 15 pacientes (femenino/masculino: 8/7) con una media de edad de 11.7 años (DE 3.3). Todos los procedimientos se llevaron a cabo por vía anterógrada, bajo anestesia general. La principal indicación fue sangrado del tubo digestivo oculto (31.3%) seguida por enteropatía

perdedora de proteínas (25%), síndrome de poliposis intestinal (incluida la enfermedad de Peutz-Jeghers en cinco pacientes), gastroenteropatía alérgica en un paciente y sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal en un caso. Se encontraron anomalías en 87.5% (14 casos) y la enteropatía inflamatoria fue el hallazgo predominante en más de la mitad de los casos (56.25%). Se realizó polipectomía en dos sujetos. No hubo complicaciones derivadas de la enteroscopia y se alcanzó hasta la porción ileal en el 81.3% de los procedimientos.

Conclusiones: La enteroscopia monobalón es una herramienta diagnóstica y terapéutica útil con un alto valor en la práctica clínica para la investigación de anomalías del intestino delgado en la población pediátrica, con un perfil de seguridad demostrado en múltiples estudios.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom119

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

A. Velasco-Arellano, E. Montijo-Barrios, C. Romo-González, J. Moreira-Mandujano, J. Burgeño-Ferreira, J. F. Cadena-León, J. M. Cázares-Méndez, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: *Helicobacter pylori* (HP) es una bacteria gramnegativa, microaerófila y helicoidal; en México, la tasa de infección aumenta de manera proporcional con la edad, 24.5% en niños menores de cuatro años y 65% en los adolescentes. La inflamación crónica inducida por *H. pylori* altera la fisiología secretora del ácido gástrico en grado variable y conduce a una gastritis crónica que, en la mayoría de los individuos, es asintomática y no progresa. La utilización de métodos diagnósticos invasivos para identificar la presencia de *H. pylori* incluye las pruebas de ureasa rápida, cultivo microbiológico, histología y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tejido, por lo que se requiere estudio endoscópico para obtener biopsias de estómago. En el plano endoscópico se ha descrito la presencia de inflamación gástrica, eritema difuso, patrón nodular, así como erosión y úlcera duodenal.

Objetivo: Describir los hallazgos endoscópicos y su relación con infección por *Helicobacter pylori* en la población pediátrica.

Material y Métodos: Se revisaron 108 expedientes clínicos y muestra por conveniencia de los pacientes con dolor abdominal que realizaron estudio endoscópico en el servicio de gastroenterología en el Instituto Nacional de Pediatría en la Ciudad de México entre el 1 marzo de 2017 y el 1 marzo de 2018. Se incluyó a niños de 1 a 18 años con hallazgos endoscópicos de eritema, edema, erosión, nodularidad, atrofia y puntillero hemorrágico. Todos los pacientes contaban con biopsia de cuerpo, antro y bulbo, así como métodos de detección para HP. Se consideró infección por *H. pylori* en aquellos que presentaran cualquiera de las pruebas positivas, cultivo, PCR o histología. En el análisis estadístico para las variables cuantitativas se usó la media y desviación estándar para variables numéricas con distribución normal; la mediana y valor mínimo y máximo para variables numéricas con distribución no normal. Se empleó prueba de Fisher para determinar significancia estadística entre la presencia de *H. pylori* y el hallazgo endoscópico ($p < 0.05$).

Resultados: La media de edad fue de 10.5 ± 4.6 años, con una distribución 51.9% ($n=56$) para el género femenino y 48.1% ($n=52$) para el masculino. Los niños sometidos a endoscopia presentaron dolor abdominal crónico y dolor en epigastrio como síntomas predominantes; el 63% tuvo infección por *H. pylori*. Esta última se determinó por histología en 41 (37.9%), reacción en cadena de la polimerasa

(PCR16 sRNA) en 29 (26.8%) y PCR ureC en 39 (36.1%) en al menos un sitio anatómico analizado (incisura, antro, bulbo); el cultivo para *H. pylori* fue positivo en 18 (16.6%) y se presentó sobre todo en antro. La presencia de eritema fue el hallazgo endoscópico notificado con más frecuencia, para antro 35 (32.4%) y para cuerpo 42 (38.8%) (Tabla 1). Los pacientes con PCR positiva en antro y cultivo se relacionaron con presencia de eritema gástrico ($p=0.0283$); también se identificó una relación de nodularidad y presencia de *H. pylori* en cultivo ($p=0.0414$). No se encontró relación con el hallazgo endoscópico y el sitio anatómico de la biopsia.

Conclusiones: Este estudio concluyó la importancia de los hallazgos endoscópicos enfocados en eritema y nodularidad como posible manifestación endoscópica para sugerir infección por *H. pylori* en población pediátrica; este hallazgo puede identificar a pacientes con una marcada colonización, lo que obliga al médico a realizar una búsqueda intencionada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Hallazgos endoscópicos de acuerdo con la localización anatómica

Hallazgos	Antro <i>n</i> (%)	Cuerpo <i>n</i> (%)	Bulbo <i>n</i> (%)
Eritema	35 (32.4)	42 (38.9)	20 (18.5)
Nodularidad	41 (38)	15 (13.9)	28 (25.9)
Edema	4 (3.7)	4 (3.7)	3 (2.8)
Úlcera	2 (1.9)	4 (3.7)	2 (1.9)
Erosión	6 (5.6)	5 (4.6)	1 (0.9)
Puntillero hemorrágico	4 (3.7)	9 (8.3)	1 (0.9)
Atrofia	1 (0.9)	1 (0.9)	0 (0)
Normal	15 (13.9)	28 (25.9)	53 (49.1)

Dom120

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN NIÑOS CON SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

L. I. Hernández-Luengas, E. M. Aguilar-Gutiérrez, B. González-Ortiz, J. Flores-Calderón, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El sangrado del tubo digestivo (STD) es uno de los episodios más amenazantes para la vida en la infancia. Las causas de la hemorragia digestiva son múltiples y varían según sea el grupo etario; puede manifestarse en forma aguda o crónica y en ocasiones ser causa de anemia y aun de choque hipovolémico.

Objetivo: Conocer las causas y sitio del sangrado de tubo digestivo en niños sometidos a endoscopia diagnóstica.

Material y Métodos: Estudio descriptivo y transversal. Se revisaron los expedientes clínicos de todos los niños atendidos en el Hospital de Pediatría de CMN Siglo XXI por presentar STD; sus edades comprendían desde recién nacidos hasta los 16 años; se incluyó a aquellos objeto de estudio endoscópico (panendoscopia o colonoscopia) para localización del sitio del sangrado. Los datos se analizaron por frecuencias simples.

Resultados: Entre julio del 2016 y julio del 2018 se practicaron 252 endoscopias en niños atendidos por presentar STD; se incluyeron 252 casos, con edades entre los 10 días de vida y los 16 años de edad, 53% del sexo femenino y 47% del masculino; se realizaron 137 panendoscopias y 115 colonoscopias. Según fuera el grupo etario, se atendió a 47 lactantes cuyas causas más frecuentes de STD fueron los varices esofágicas (45%); a 55 prescolares por varices esofágicas

(40%) y a 150 escolares y adolescentes por alergia alimentaria y varices esofágicas en 28 y 31%, respectivamente. Tuvo STD alto un 57.2% y la causa más frecuente fue la ruptura de varices esofágicas y gástricas en 79 (31.3%), seguida de gastropatía en un 22.7% y lesiones vasculares en 1% de los casos. En el STD bajo, las causas más comunes fueron pólipos (25%), colitis nodular y proctocolitis nodular (17%). En 83% de los casos atendidos después de localizar el sitio de sangrado se pudo realizar tratamiento endoscópico, en 62 casos escleroterapia o ligadura de varices, en 3 aplicación de argón-plasma y en 28 polipectomía.

Conclusiones: Este estudio mostro que las causas más frecuentes de STD alto son las varices esofágicas y las de STD bajo la presencia de pólipos; en ambos, la endoscopia fue un procedimiento diagnóstico y terapéutico que permite resolver el problema en el 36% de los casos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom121

FACTORES ASOCIADOS CON SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO (STD) SECUNDARIO A ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED (EICH) EN NIÑOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA (INP) DURANTE ENERO DE 2010 Y ENERO DE 2017

L. E. Tovar-Correa, J. F. Cadena-León, J. M. Cázares-Méndez, E. M. Toro-Monjaraz, E. Montijo-Barrios, F. E. Zárate-Mondragón, K. R. Ignorosa-Arellano, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: El STD en la EICH es un hallazgo frecuente en pediatría; entre los factores relacionados de sangrado se describen causas infecciosas, coagulopatías y trombocitopenia. En el INP se registró una frecuencia de EICH con STD en 50% de los casos en el periodo de 1998-2010.

Objetivo: Identificar los factores relacionados con STD en la EICH de los pacientes que recibieron trasplante de células hematopoyéticas en el INP entre enero de 2010 y enero de 2017.

Material y Métodos: Estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes de 0 a 18 años de edad, de cualquier género, objeto de panendoscopia, colonoscopia o rectosigmoidoscopia por STD alto o bajo, con criterio diagnóstico de EICH confirmado mediante estudio histopatológico (intestino, piel o hígado); se revisaron informes, coprocultivo, hemocultivo, biometría hemática y panel gastrointestinal (*Campylobacter yeyuni*, *Clostridium difficile*, *Salmonella*, *E. coli* enterotoxigénica, *E. coli* 0157, *E. coli* productora de toxina shiga, *E. coli* enterohemorrágica, *Yersinia enterocolitica*, adenovirus, *V. cholera*, rotavirus, norovirus, *G. lamblia*, criptosporidios, *E. histolytica*).

Resultados: Se revisaron 285 expedientes en el periodo de enero de 2010 a enero de 2017 y 18 (6,3%) pacientes presentaron STD; esta población se integró con 18 pacientes (100%), 14 masculinos (77%) y 4 femeninos (22%). Una proporción de 7/18 pacientes (38.8%) presentó rectorragia o hematoquecia no anemizante y 11 (61%) diarrea con sangrado microscópico y evidencia de anemia. Los pacientes presentaron además diarrea (83%), dolor abdominal (50%), náusea y vómito (44.4% en ambas), rectorragia (38.9%) y distensión abdominal (5.6%). Los pacientes que tuvieron EICH con sangrado de tubo digestivo bajo tuvieron como principal factor adjunto procesos infecciosos como virus; no obstante, los que iniciaron con diarrea y anemia crónica se acompañaron de procesos infecciosos de origen bacteriano. El agente infeccioso de mayor frecuencia fue el VEB con 6 pacientes (33%); sin embargo, de los que cursaron con sangrado, 6/7 (85%), seguido de virus BK con 5 (27,7%), CMV con 3 pacientes

(16.6%) y adenovirus en 2 pacientes (11.1%); menos frecuentes fueron *E. coli*, *Campylobacter jejuni*, *Giardia lamblia*, virus JC, cada una con 6.1% de frecuencia, y finalmente *Blastocystis hominis*, salmonela y virus del herpes, con 3% cada uno. En la mayoría de los pacientes se identificaron varios agentes infecciosos en materia fecal, así como en hemocultivos. De los pacientes con STD, la mortalidad fue de 2/7 pacientes (28.5%) y de los pacientes con diarrea y STD microscópico ninguno falleció ni tuvo coagulopatía o trombocitopenia al momento de la endoscopia. Los hallazgos endoscópicos más frecuentes en la panendoscopia fueron erosión y eritema y en la colonoscopia pérdida del patrón vascular y friabilidad de la mucosa colónica.

Conclusiones: El STD se presentó en 6.3% (18/285), probablemente por mejoría en la selección de donadores, tipos de fuente de células progenitoras y tratamiento de acondicionamiento; el tipo de STD fue bajo en relación con infecciones virales, como VEB, virus BK y CMV, con disminución a 28.5% de mortalidad. Las infecciones bacterianas tuvieron mejor pronóstico y sobrevivieron.

Financiamiento: Este trabajo no recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom122

DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES COMO INDICACIONES DE COLONOSCOPIA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

J. I. Aguilar-Hernández, G. Gómez-Navarro, UMAE, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: La colonoscopia es un procedimiento endoscópico que consiste en la visualización de la mucosa del colon en sus diversos segmentos. La colonoscopia es hoy día la técnica de elección para el estudio del colon y cada vez se emplea más por ofrecer un alto rendimiento diagnóstico y terapéutico. Las indicaciones varían de acuerdo con la edad del paciente. Algunas de las contraindicaciones incluyen colitis fulminante, megacolon tóxico, sospecha de perforación intestinal, peritonitis aguda, coagulopatía grave, cirugía reciente de víscera hueca y rechazo al estudio por parte de los padres. Algunos estudios señalan como principales indicaciones en lactantes y escolares la evaluación de anemia inexplicable, hemorragia gastrointestinal inexplicada, melena de origen desconocido o hematoquecia; en adolescentes: evaluación de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sangrado rectal y dolor abdominal. En esta institución, una unidad de tercer nivel, las colonoscopias representan el 13.8% de los procedimientos endoscópicos que se realizan, por lo que se consideró importante realizar este estudio.

Objetivo: Determinar los diagnósticos más frecuentes como indicación de colonoscopia en el servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica en un hospital pediátrico de tercer nivel de atención.

Material y Métodos: En este estudio retrospectivo, observacional y descriptivo se incluyó a todos los pacientes menores de 16 años de edad sometidos a colonoscopia en un periodo de seis meses (enero a junio de 2018). Los datos se obtuvieron directamente del expediente clínico y se concentraron en una base de datos. Las variables analizadas fueron género, grupo etario y diagnóstico como indicación de colonoscopia; se aplicó estadística inferencial y se hicieron determinaciones de media, frecuencia y porcentaje.

Resultados: Se analizó un total de 43 expedientes correspondientes de los pacientes objeto de colonoscopia, de los cuales 69% correspondió a hombres y 31% a mujeres, con edades mínima de 11 meses y máxima de 15 años y 5 meses, con una mediana de 7 años. De acuerdo con las edades se agruparon en cuatro categorías: lactantes (de 1 mes a 2 años de edad), 6.9%; preescolares (de 2 a 5 años), 23.2%; escolares (de 6 a 11 años), 39.5%; y adolescentes (de 12 a 15

años), 30.2%. La indicación de colonoscopia más frecuente en la población atendida fue sangrado del tubo digestivo (n=20) en los cinco grupos etarios, con una frecuencia de 10% en lactantes, 15% en preescolares, 45% en escolares y 30% en adolescentes. El segundo diagnóstico más frecuente fue la diarrea crónica (n=9) con una frecuencia de 11% en lactantes, 22% en preescolares y 33% en escolares y adolescentes. La frecuencia de enfermedad inflamatoria fue mayor en escolares que en adolescentes como indicación de colonoscopia (6.9%vs4%). La poliposis intestinal y la enfermedad de Hirschsprung fueron otras indicaciones que sólo se registraron en pacientes preescolares con una prevalencia de 5% cada una.

Conclusiones: En este hospital, el sangrado del tubo digestivo fue el diagnóstico más frecuente que llevó tanto a neonatos como a lactantes, preescolares, escolares y adolescentes a la colonoscopia. El género masculino es el afectado más a menudo. La mayor incidencia se observó en la etapa de escolares. Una de cada cinco colonoscopias se efectuó por diarrea crónica, que constituyó el segundo diagnóstico más frecuente en esta población, con afectación sobre todo de los adolescentes.

Financiamiento: Este estudio no recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom123

CORRELACIÓN DE LOS VALORES SÉRICOS DE 25-HIDROXIVITAMINA D CON EL ÍNDICE CINTURA/TALLA Y LOS NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA Y DIASTÓLICA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

S. I. Cortés-Álvarez, C. A. Sánchez-Ramírez, L. Pérez Manzo, Y. Flores-Ruelas, Facultad de Medicina, Universidad de Colima

Introducción: La vitamina D juega un papel importante en la salud y entidades como la obesidad y la hipertensión arterial se han relacionado con cifras bajas de 25-OH-D. En la actualidad, en México, 4 de cada 10 escolares y adolescentes presentan obesidad y algunos de ellos alteraciones en el índice cintura/talla (ICT). Por otro lado, se conoce que la hipertensión arterial puede desarrollarse como consecuencia de la obesidad y la deficiencia de vitamina D; hoy en día, la obesidad y la hipovitaminosis D son problemas de salud pública en este país.

Objetivo: Determinar la correlación entre los valores séricos de 25-OH-D con el ICT y las cifras de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) y la correlación entre el ICT y los valores de PAS y PAD en escolares y adolescentes.

Material y Métodos: Diseño transversal analítico. Se incluyó a 277 sujetos (144 escolares y 133 adolescentes) de distintas escuelas de la zona conurbada Colima-Villa de Álvarez, México. Se les tomó una muestra sanguínea para la determinación de 25-OH-D mediante la técnica ELISA y se realizaron mediciones antropométricas (peso, talla, circunferencia de cintura), así como medición de PAS y PAD. Análisis estadístico: Kolmogorov-Smirnov, coeficiente de correlación de Spearman, χ^2 , U de Mann-Whitney. Se consideró como nivel de significancia una $p < 0.05$.

Resultados: Hasta 167 (79.9%) niños y adolescentes mostraron cifras de deficiencia/insuficiencia de 25-OH-D y 42 (20.09%) de suficiencia. De acuerdo con el estado nutricional se encontraron valores significativamente menores de 25-OH-D en escolares y adolescentes obesos o con estado nutricional normal ($p < 0.01$). Además, se identificó una mayor frecuencia de cifras de PAS > 90 en adolescentes respecto de escolares ($p < 0.01$). Al realizar el análisis de correlación entre los valores de 25-OH-D e ICT se identificó una correlación negativa moderada y significativa ($r = -0.41$, $p < 0.01$); respecto de la correlación entre las cifras de 25-OH-D y la PAS hubo una correlación

negativa significativa ($r = 0.29$, $p < 0.01$); sin embargo, entre los valores de 25-OH-D y los de PAD se evidenció una correlación negativa no significativa ($r = -0.14$, $p = 0.50$). Por último, respecto de la correlación entre el ICT y la PAS se obtuvo una correlación positiva moderada significativa ($r = 0.50$, $p < 0.01$), pero una correlación positiva débil pero significativa con la PAD ($r = 0.29$, $p < 0.01$).

Conclusiones: Los valores de 25-OH-D se correlacionaron con el ICT y las cifras de PAS. Asimismo, se obtuvo una correlación positiva y significativa entre el ICT y los valores de PAS y PAD.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Dom124

PERFIL POBLACIONAL DE LOS NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO Y OBESIDAD QUE ASISTIERON AL PROGRAMA PAIDOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ EN EL AÑO 2017

N. M. J. Mendoza-Tavera, S. Villalpando-Carrión, M. T. Siliceo-Bernardi, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La obesidad corresponde a una pandemia en expansión que afecta por igual a la población infantil; en este país, por situaciones socioeconómicas, culturales, genéticas y ambientales, se advierte un crecimiento acelerado del fenómeno. Las intervenciones en todos los niveles de atención parecen ser insuficientes para contener y diezmar el problema, por lo que es obligado reevaluar la atención en salud y educación por parte de las instituciones de salud en cuanto a efectividad de los programas y efecto de las intervenciones.

Objetivo: Describir el perfil poblacional de los niños que asisten al programa de obesidad y sobrepeso PAIDOS del Hospital Infantil de México en el año 2017.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrolectivo y observacional de pacientes pediátricos del Hospital Infantil de México Federico Gómez atendidos en el departamento de gastroenterología y nutrición en el periodo de enero a diciembre de 2017. Variables analizadas: edad, género, IMC, puntuación z de IMC, factores de riesgo, distribución de macronutrientes. Análisis estadístico: medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

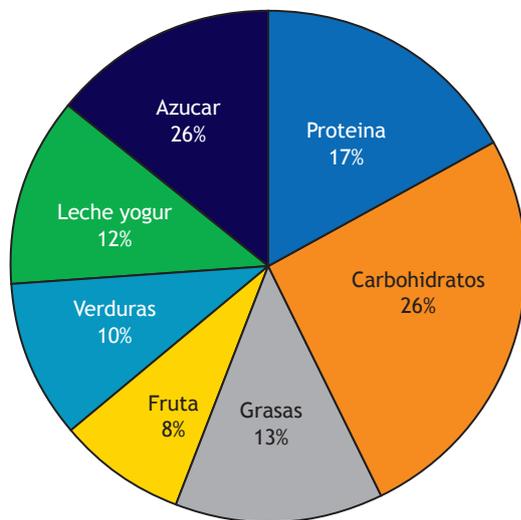
Resultados: Se analizó a un total de 167 niños que asistieron a las consultas del Proyecto de Atención Infantil Dinámica de Obesidad y Sobrepeso en el año 2017, con seguimiento por lo menos en una cita; se identificaron semejanzas o diferencias con el promedio nacional y se observó un predominio en la población masculina con 94% (6% la femenina); mayor número de casos de sobrepeso sobre obesidad en una relación 1.3:1; 60% de la población femenina y 44% de la masculina tienen diagnóstico de obesidad. Resalta que en niños y niñas preescolares, escolares y adolescentes existe una elevada prevalencia de obesidad y sobrepeso, muchos de los casos sin saber que tienen comorbilidades adjuntas, como síndrome metabólico, hasta en el 18.5% de la población analizada; se registró un porcentaje de abandono del seguimiento de 43.7% y una tasa de éxito definida como el descenso de un carril de la gráfica de índice de masa corporal (IMC) para la edad por puntuación z del 13.7%. En la alimentación del primer año se observó que la administración de leche materna se encuentra por debajo de la mediana nacional con seis meses, con una media nacional de 10 meses según la ENSANUT 2012. Es muy llamativa la distribución de macronutrientes en la dieta en todos los grupos etarios analizados: se identificó un alto consumo de carbohidratos y menos del 20% en conjunto con consumo de frutas y verduras, como se observa en la Figura 1.

Conclusiones: La obesidad infantil es un problema de índole global, de la cual la población mexicana no está exenta, de acuerdo con la

Encuesta Nacional de Salud 2016; la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad infantil en localidades urbanas y rurales es de 34.9% y 29.0% respectivamente. Se observó en este estudio que los factores que favorecen la obesidad están presentes en la población estudiada en el Hospital Infantil de México en proporciones similares a las descritas en las publicaciones médicas, pero con una prevalencia muy superior respecto de los demás países de América Latina y el mundo, con una elevada proporción de antecedentes familiares positivos relacionados con factores ambientales y conductuales que pueden dar lugar a que se perpetúe este padecimiento incluso de forma transgeneracional.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Distribución de los grupos de alimentos en la alimentación de pacientes con sobrepeso y obesidad del programa PAIDOS 2017.



Dom125

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y LA PERCEPCIÓN DE LOS PADRES SOBRE EL PESO DE SUS HIJOS: SU INFLUENCIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO

K. L. Chávez-Caraza, S. E. Ortega-Alonzo, P. A. Portillo-Palma, J. Rodríguez-De Ita, J. J. Góngora-Cortés, M. E. Aguirre-Flores, Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey

Introducción: México es el primer lugar en la obesidad infantil en el mundo. Entre sus causas figura la percepción distorsionada que tienen los padres respecto del estado nutricional de sus hijos, así como las prácticas en la alimentación del niño.

Objetivo: Describir cómo influyen tanto las prácticas de alimentación como la percepción de los padres sobre la apariencia de sus hijos en el estado nutricional del niño.

Material y Métodos: Tras la validación del cuestionario de prácticas de alimentación (0.69 del α de Cronbach), se realizó un estudio observacional, analítico y transversal que incluyó a niños de 2 a 6 años. Se encuestó a los padres y se recogieron datos demográficos. La percepción de los padres se determinó con pictogramas y se midió el índice de masa corporal. Los padres seleccionaron la imagen más similar a la silueta de su niño. Se utilizó la regresión lineal para analizar variables a través de análisis de varianza multivariado y pruebas de seguimiento *post hoc*.

Resultados: Un número de 154 cuestionarios fue válido e incluyen principalmente a madres, padres emparejados, trabajadores,

con educación superior y con peso normal. Los niños fueron 53% hombres y 47% mujeres, con una edad promedio de 46 meses (± 15) y una prevalencia de 20% de sobrepeso/obesidad. Los padres de niños con sobrepeso/obesos tenían más probabilidades de restringir el consumo de alimentos con el objetivo de limitar la ingestión de alimentos no saludables ($p=0.014$), mantener el peso del niño ($p=0.016$) y promover menos variedad y alimentos bien equilibrados ($p=0.03$); 80% subestimó su estado nutricional. Los padres que percibieron a sus hijos con peso normal (82%) tenían menos probabilidades de presionar al niño para comer ($p=0.038$) y quienes los percibieron con sobrepeso (5%) los restringieron para controlar el peso ($p=0.015$). Los padres cuya percepción correspondía al estado nutricional del niño (68%) tenían más probabilidades de demostrar una alimentación saludable ($p=0.038$).

Conclusiones: La versión en español del cuestionario representa un instrumento adecuado para evaluar las prácticas de alimentación. La percepción errónea del estado nutricional del niño es un problema actual: pocos padres reconocen que sus hijos tienen sobrepeso. Las prácticas de alimentación son conductas modificables a través de medidas de intervención.

Financiamiento: Ninguno.

Dom126

IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA Y ECUACIÓN DE SLAUGHTER PARA EVALUAR EL PORCENTAJE DE GRASA CORPORAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FIBROSIS QUÍSTICA

K. Buendía-Juárez, R. Macías-Rosales, S. Pacheco-Sotelo, UMAE, Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS.

Introducción: El estado de nutrición es un indicador pronóstico de supervivencia en pacientes con fibrosis quística (FQ). El término de obesidad con peso normal (OPN) es un fenotipo relacionado con alteración de vías metabólicas e inflamación. En la población adulta de pacientes, con y sin FQ, una función pulmonar reducida, independientemente del peso corporal, se ha vinculado con un mayor grado de adiposidad; sin embargo, aún faltan estudios al respecto tanto en niños como en adultos.

Objetivo: Evaluar el porcentaje de grasa corporal (%GC) en pacientes escolares y adolescentes con FQ por medio de impedancia bioeléctrica (IB) y ecuación de Slaughter (ES).

Material y Métodos: Diseño transversal. La población se integró con pacientes de 6 a 15 años 11 meses con diagnóstico de FQ atendidos en el Servicio de Gastroenterología Pediátrica. El estado de nutrición se estableció con peso, talla, índice de masa corporal (IMC) ajustado a puntuación z y de acuerdo con la clasificación de la OMS. Se obtuvo %GC a través de la ES al evaluar el pliegue cutáneo tricótipal y subescapular y la IB y se clasificó de acuerdo con el patrón de referencia de McCarthy. Para el análisis estadístico se realizaron frecuencias, porcentajes, mediana, intervalo intercuartílico (RIC), correlación de Pearson y prueba de χ^2 .

Resultados: Se incluyó a un total de 20 pacientes, 50% del sexo femenino; 14 (70%) fueron escolares y 6 (30%) adolescentes. La mediana de la edad fue de 10 años (RIC 4.5); de acuerdo con IMC/E, se encontraron 10 (50%) pacientes con estado de nutrición normal, 5 (25%) con desnutrición moderada y 5 (25%) desnutrición grave. La mediana del %GC determinado por ES fue de 10.45 (RIC 8.8) y por IB de 25.6 (RIC 8). Con base en el patrón de referencia de McCarthy, según la ES se encontró que 15 pacientes (75%) presentaron grasa baja, mientras que 5 (25%) mostraron un grado de adiposidad normal; por el método de IB, 8 (40%) pacientes presentaron un %GC normal, 3 (15%) se clasificaron con grasa baja, 1 (5%) con exceso de grasa y 8 (40%) con obesidad. Se obtuvo una correlación moderada

entre el %GC por ES y el registrado por IB ($r=0.500$, $p=0.027$); no se encontró correlación entre el %GC por IB e IMC ($r=0.401$, $p=0.120$). Sin embargo, al realizar la correlación entre el %GC por ES e IMC, se obtuvo una correlación muy alta ($r=0.945$, $p<0.001$). No se encontró relación entre el %GC por ES al clasificarse por percentiles (grasa baja o grasa normal) y manifestaciones clínicas de tipo respiratorio o digestivo; no obstante, se encontró que 8 (40%) de los pacientes con grasa baja presentaron mayor prevalencia de ellas.

Conclusiones: Estos hallazgos demuestran una correlación moderada al determinar el %GC con la ES e IB; se identificó una correlación positiva entre el %GC determinado por ES e IMC, si bien ésta no se encontró al evaluar el %GC por IB e IMC. Se observó mayor frecuencia de síntomas respiratorios en pacientes que presentaron grasa baja respecto de la grasa normal con base en el patrón de referencia de McCarthy al ser evaluados por ES, algo similar a lo informado en las publicaciones médicas.

Financiamiento: Este trabajo no requirió ningún tipo de financiamiento.

Dom127

PRINCIPALES MOTIVOS DE PRIMERA CONSULTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA DEL OCCIDENTE DE MÉXICO

J. I. Aguilar-Hernández, G. Gómez-Navarro, C. E. Sánchez-López, A. Leyva-Flores, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: Las enfermedades gastrointestinales constituyen las principales causas de consulta externa en pediatría, por lo que se consideran un problema de salud pública y se relacionan con una elevada morbimortalidad. Debido a esto, también las referencias de atención de segundo a tercer niveles se han incrementado de forma significativa, ya que no se han establecido los lineamientos adecuados de referencia para toda la gama de afecciones gastrointestinales en pediatría. Múltiples factores se han vinculado con los cambios epidemiológicos de las enfermedades gastrointestinales, incluidos la vía del parto, la lactancia materna y su duración, la introducción a la alimentación complementaria, el consumo excesivo de bebidas azucaradas, el uso irrestricto de antibióticos, entre otros. Sin embargo, los estudios sobre motivos de consulta en gastroenterología pediátrica publicados son escasos, aunque se han descrito al dolor abdominal crónico, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), alergia a proteína de la leche de vaca (APLV) y estreñimiento como los principales motivos de consulta mundial en los últimos años.

Objetivo: Determinar los principales motivos de primera consulta en el servicio de gastroenterología pediátrica de un hospital de referencia del occidente de México.

Material y Métodos: En este estudio descriptivo, observacional y retrospectivo se incluyó a todos los pacientes menores de 16 años de edad enviados a primera consulta al servicio de gastroenterología pediátrica y que contaban con nota médica de valoración registrada en el expediente electrónico en un periodo de seis meses (enero a junio de 2018). Las variables analizadas fueron: motivo de envío, género, grupo etario y necesidad de seguimiento o alta tras la primera cita; se hicieron determinaciones de media, frecuencia y porcentaje.

Resultados: Los principales motivos de primera consulta en 360 pacientes incluidos fueron: ERGE con 74 pacientes (20%), seguida por estreñimiento con 65 (18%), APLV y desnutrición con 46 pacientes (13%) y síndrome colestásico/ictericia con 18 pacientes (5%). Llama la atención que la desnutrición todavía constituye un motivo de consulta principal en este hospital, a diferencia de otros informes en los que ha disminuido con el paso del tiempo. La colestasis, por otro

lado, no se cita entre los motivos de consulta más comunes en otros países, mientras que la fibrosis quística sí y en este hospital sólo constituyó el 2% de los motivos de primera consulta. El grupo etario mayormente atendido fue el de neonatos y preescolares (159 pacientes), cuyo principal motivo de consulta fue APLV; en la etapa preescolar (73) y en escolares (82) fue el estreñimiento y en los 46 adolescentes captados fue la ERGE. El género masculino fue predominante con 57% de las valoraciones y su principal motivo de consulta fue la ERGE, mientras que en el género femenino fue el estreñimiento. El 22.2% de los pacientes egresó posterior a la primera consulta.

Conclusiones: ERGE, estreñimiento, APLV y desnutrición constituyen los principales motivos de consulta; destaca el incremento de APLV como motivo de primera consulta desde hace algunos años y la persistencia de desnutrición como motivo de consulta incluso en esta época. Hubo predominio del género masculino y de menores de dos años de edad. Una quinta parte de los pacientes enviados no requería seguimiento en tercer nivel de atención.

Financiamiento: Ninguno.

Dom128

RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES Y LOS CAMBIOS MACROSCÓPICOS, HISTOLÓGICOS Y DE VACIAMIENTO GÁSTRICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ALERGIA ALIMENTARIA

E. M. Aguilar-Gutiérrez, J. Flores-Calderón, M. E. Rendón-Macias, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La alergia alimentaria afecta a al menos a 10% de la población, con mayor incidencia en la población pediátrica. La alergia alimentaria puede relacionarse con procesos inflamatorios, así como cambios en la motilidad gastroesofágica. Aún hay escasa evidencia sobre la evaluación conjunta de los síntomas, hallazgos endoscópicos, histopatológicos y vaciamiento gástrico (VG).

Objetivo: Conocer la relación entre síntomas gastrointestinales, con los hallazgos endoscópicos e histopatológicos, y grado de vaciamiento gástrico en niños con diagnóstico de alergia alimentaria.

Material y Métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron los datos clínicos, informes de los hallazgos de endoscopia, histología y gammagrama gastroesofágico de niños enviados a la CE de gastroenterología con diagnóstico de alergia alimentaria y que fueron atendidos entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2016. Los resultados se analizaron mediante frecuencias simples y relativas en porcentajes; para relacionar los síntomas con los hallazgos endoscópicos, histopatológicos y gammagráficos se crearon tablas de contención, regresión logística y lineal y valores de kappa para determinar la concordancia entre los hallazgos endoscópicos e histopatológicos.

Resultados: Se incluyó a 51 pacientes, 28 (54%) del sexo masculino, con edad de 7 meses a 14 años. Antecedentes: atopia familiar, 25%; otros síntomas de atopia, 41%; recibieron atención previa con dieta de restricción en 76% y 78% para ERGE. Hallazgos clínicos de acuerdo con el grupo etario: dolor abdominal en escolares y adolescentes, vómito en los preescolares y reflujo en lactantes. Hallazgos de la endoscopia: esofagitis en 43% (23% grados II-III), gastritis en 64% y duodenitis nodular en 70% de los casos. La esofagitis se correlacionó con el síntoma de reflujo ($p<0.001$) y la gastritis con distensión abdominal ($p=0.039$). Hallazgos histológicos: esofagitis en 80%, gastritis en 60%, duodenitis en 88% (media de 3 eosinófilos/campo). La gastritis y duodenitis se correlacionaron con distensión abdominal ($p=0.039$ y $p=0.07$, respectivamente). En 34/51 (66%) casos se obtuvo informe de gammagrafía gastroesofágica y la correlación con

los síntomas fue: RGE en 13/14 con retraso en el VG y 8/10 con VG normal; tuvieron diarrea 8/10 con VG acelerado. La concordancia entre los hallazgos de la endoscopia y el informe histológico fueron: esofagitis, kappa 0.16; gastritis, kappa 0.24; y duodenitis, kappa 0.37; en general, la concordancia observada fue menor de 50%.

Conclusiones: Este estudio mostró que los niños con alergia alimentaria muestran diferentes síntomas según sea la edad; el hallazgo endoscópico e histopatológico más frecuente fue la duodenitis. Se recomienda la toma de biopsias para corroborar los hallazgos endoscópicos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom129

PREVALENCIA DE ALERGIA ALIMENTARIA Y PERFIL CLÍNICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL ISSSTE VERACRUZ QUE ACUDIERON A CONSULTA DE ALERGOLOGÍA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE ENERO DE 2013 A SEPTIEMBRE DE 2017

A. J. Valencia-Hernández, R. A. Dorantes-Aguilar, I. Baltazar-Gómez, M. A. Medina-Ávalos, Hospital Regional ISSSTE

Introducción: La alergia alimentaria en los últimos años se considera un problema de salud emergente debido al aumento de su prevalencia y distribución geográfica en países occidentales, lo que ha incrementado el número de casos de anafilaxia y muertes relacionadas con ella en los servicios de urgencias. En este país, los estudios sobre alergia alimentaria en niños aún son escasos; se puede considerar que es una afección subdiagnosticada en el medio. En Veracruz no existe ningún informe sobre alergia alimentaria en pacientes pediátricos, por lo que se consideró importante realizar este estudio.

Objetivo: Conocer la prevalencia y el perfil clínico de los pacientes pediátricos con diagnóstico de alergia alimentaria en el Hospital Regional ISSSTE, Veracruz.

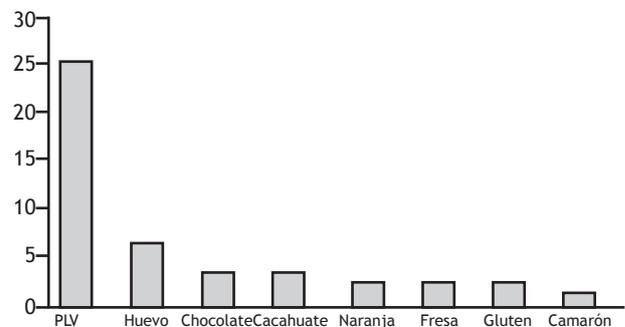
Material y Métodos: Se consideró una muestra de 680 expedientes de pacientes que acudieron a consulta externa de alergología y cirugía pediátrica en el Hospital Regional ISSSTE Veracruz en el periodo comprendido entre enero de 2013 y septiembre de 2017. El intervalo de edad que se consideró fue de recién nacidos a 17 años 11 meses de edad. Tipo de estudio: observacional, transversal y descriptivo. Variables analizadas: edad, sexo, lactancia materna, atopia familiar, alérgenos y síntomas gastrointestinales, respiratorios y dermatológicos. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia simple y absolutas para la obtención de porcentajes.

Resultados: La prevalencia de alergia alimentaria diagnosticada con la prueba de Prick fue de 5.88%, con predominio del género femenino en el 68%. La etapa de desarrollo diagnosticada promedio fue de lactante mayor (1a1m-2 años edad) con el 47.5%. El 58% no recibió seno materno. Sólo el 27% presentó atopia familiar. El alimento alergénico con mayor frecuencia es PLV con un 65%, seguido del huevo con 15.5%, chocolate y cacahuete con 10% y un 7.5% para otros tipos de alérgenos, que no son comunes (Figura 1). El comportamiento clínico se basó en síntomas gastrointestinales, respiratorios y dermatológicos. Los síntomas gastrointestinales predominantes fueron la diarrea en un 82.5%, seguida de dolor abdominal con 67.5%, reflujo gastroesofágico con 57.5%, estreñimiento con 52.5% y distensión abdominal con 22.5%. El síntoma respiratorio predominante fue la tos con 85%, seguida por rinitis en 77.5%, estornudos en 65% y sibilancias en 25%. Los síntomas dermatológicos predominantes fueron dermatitis por contacto con 50%, seguida por urticaria con 37.5%, dermatitis del pañal con 7.5% y dermatitis atópica con 5%.

Conclusiones: La prevalencia de alergia alimentaria es alta en pacientes pediátricos, sobre todo en lactantes mayores, y es similar a la informada en países occidentales, situación que resulta alarmante si no se reconocen los síntomas a tiempo, así como el diagnóstico y el tratamiento, y la calidad de vida del paciente decrece, con posible afectación incluso de su estado nutricional, así como muerte por anafilaxia. No debe olvidarse que cualquier alimento puede tener efecto alérgico. En este país se requieren programas educativos para médicos generales, pediatras y personal de salud a fin de mejorar el conocimiento de esta enfermedad, además de incentivar la lactancia materna exclusiva, un factor que reduce el riesgo de presentar alergia alimentaria.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Alimentos alergénicos positivos en la prueba de Prick.



Dom130

INFORME DE CASO: TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO HEPÁTICO Y REVISIÓN DE LAS PUBLICACIONES MÉDICAS

A. G. Bernal-Villaseñor, I. González-Guerrero, Y. A. Castillo-De León, M. C. R. Macías-Rosales, S. Pacheco-Sotelo, G. A. Badallo-Rivas, UMAE, Hospital de Pediatría, CMNO IMSS

Introducción: El tumor miofibroblástico inflamatorio es una entidad rara de predominio en la edad pediátrica; no hay informe de su incidencia en las publicaciones médicas. La etiología no es clara y en términos bioquímicos puede presentar anemia, trombocitosis, leucocitosis, neutrofilia, velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva y enzimas hepáticas elevadas. Los marcadores como la alfafetoproteína sérica y el antígeno carcinoembrionario se encuentran normales y puede presentar elevación del antígeno Ca 19-9. Los hallazgos histopatológicos son tres patrones básicos en combinación dentro del mismo tumor: un patrón mixoide/vascular, un patrón compacto de células fusiformes y un patrón fibroso hipocelular. Su curso es casi siempre benigno con sobrevida que supera el 90%. El tratamiento del tumor miofibroblástico inflamatorio es controversial, pero la resección quirúrgica es lo más recomendable. Otra opción terapéutica es la embolización selectiva, la cual reduce hasta 10 veces el tamaño del tumor a través de la necrosis. El pronóstico es difícil de predecir, dado que la recurrencia se ha visto vinculada con factores como el tamaño y la localización abdominopélvica.

Objetivo: Describir el caso de un paciente con tumor miofibroblástico inflamatorio hepático como caso poco frecuente y revisión de las publicaciones médicas.

Informe de casos: Paciente masculino de 4 años que inicia al año de edad con anemia, trombocitopenia e incremento del perímetro abdominal; la sospecha inicial fue tumoración maligna (hepatoblastoma mesenquimal), para lo que recibió quimioterapia, sin

respuesta. Pasó luego a exploración con biopsia transquirúrgica, la cual mostró datos indicativos de tumor miofibroblástico inflamatorio, por lo que se realizó lobectomía hepática izquierda, con presencia de recidiva de tumoración al mes de la cirugía. La evolución fue tórpida en los últimos tres años tras la lobectomía, por lo que se decidió embolización selectiva de arteria hepática izquierda correspondiente a los segmentos III y IV con adecuada evolución, sin recidiva de la tumoración.

Discusión: Es relevante dar seguimiento al caso ante el riesgo de nueva recidiva local a pesar del tratamiento quirúrgico y el poco tiempo de evolución posterior a la embolización.

Conclusiones: El tumor miofibroblástico inflamatorio en la población pediátrica puede presentar dificultades en su diagnóstico, tratamiento y riesgo de recidiva.

Financiamiento: Este trabajo no requirió ningún tipo de financiamiento.