



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 19 de noviembre de 2019

Mar166

EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE-POST INFECCIÓN (SII-PI) ES MUY POCO FRECUENTE EN MÉXICO Y ESTOS PACIENTES TIENEN SIMILARES CARACTERÍSTICAS A AQUELLOS CON SII-NO PI

M. J. Schmulson-Wasserman, D. Rivera-Lechuga, A. D. Santana-Vargas, L. Charua-Guindic, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga", O. D.

Introducción: La prevalencia del SII-PI en Norteamérica (Estados Unidos y Canadá), Europa y Asia se ha registrado en 10.1%, 12 meses después de una enteritis infecciosa (EI). Sin embargo, no hay estudios en América Latina y dos estudios previos en México sugieren una prevalencia baja cercana al 5%.

Objetivo: Determinar la prevalencia del SII-PI en pacientes que consultan a un hospital de tercer nivel en el centro de México y comparar los subtipos de SII, la gravedad de síntomas, otros síntomas funcionales y signos de alarma respecto de SII-No PI.

Material y métodos: Setenta pacientes consecutivos con SII-Roma III, que se tamizaron para un estudio de aspectos inmunológicos en SII, contestaron el cuestionario de Spiller para SII-PI y el cuestionario de gravedad de IBS-SSS. La prevalencia del SII-PI se determinó mediante 3 grupos de criterios diferentes con base en el cuestionario de Spiller. C1: ≥ 2 de inicio súbito, inicio durante un viaje o enfermedad inicial caracterizada por uno o más de fiebre, vómito, disentería, cultivo de heces +. C2: inicio súbito + >2 de fiebre, diarrea, vómito, sangrado rectal. C3: inicio súbito + EI dada por la presencia de signos de apoyo como cultivo de heces + o episodio agudo con ≥ 2 de fiebre, vómito, diarrea, sangrado rectal, inicio durante

un viaje al extranjero. Las características del SII-PI comparado con no PI se compararon mediante la prueba exacta de Fisher o la U de Mann-Whitney. Otros síntomas del cuestionario de Roma III se agruparon en esofágicos, gastroduodenales, anorrectales, distensión abdominal, y signos de alarma; y se compararon mediante la prueba de proporcionales bilaterales independientes.

Resultados: La prevalencia del SII-PI fue C1: 5.7%; C2: 0; C3: 1.4%. Los subtipos de SII fueron C1: 2 SII-D y 2 SII-NC; C3: 1 SII-NC; ninguno con SII-E o SII-M. La gravedad de síntomas en SII-PI fue C1: 1 leve, 3 moderados; C3: 1 leve. El inicio de los síntomas en años, mediana (moda) fue: C1: 5(1); C3: 1(1). Sólo se realizaron comparaciones entre SII-PI respecto de SII-No PI en C1 sin encontrar diferencias en edad ($p=0.32$), sexo ($p=0.97$), subtipos de SII ($p=0.28$), gravedad ($p=0.96$), inicio de síntomas ($p=0.72$), frecuencia de otros síntomas funcionales o de alarma.

Conclusiones: En pacientes con SII-Roma III de un hospital de tercer nivel en México, la prevalencia del SII-PI es muy baja. Lo anterior puede deberse a la exposición a IE tempranamente en la vida y a la "no desaparición microbiana" como factores protectores. Además, la prevalencia varía según sean los criterios diagnósticos utilizados, un factor que debe investigarse con más profundidad. Financiamiento: Financiado con fondos de la División de Investigación de la Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Mar167

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE PREDOMINIO ESTREÑIMIENTO TRATADOS CON LA COMBINACIÓN ALVERINA/SIMETICONA

G. A. Ramos-Aguilar, N. Pérez y López, A. Llorente-Ramón, D. Barraza-Ortiz, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) forma parte del grupo de trastornos funcionales intestinales. Se caracteriza por dolor o malestar abdominal crónico, episódico y recurrente, que se alivia o se relaciona con la defecación, acompañado de distensión abdominal y caracterizado por un cambio en la frecuencia y/o la consistencia de las evacuaciones. Se debe considerar que esta alteración afecta a todos los aspectos psicosociales del paciente y ello modifica su calidad de vida, razón por la cual se decide implementar la terapia más adecuada para los pacientes que visitan la consulta externa de Gastroenterología del Hospital Juárez de México.

Objetivo: Determinar el efecto en la calidad de vida de pacientes con síndrome de intestino irritable predominio estreñimiento con el tratamiento con la combinación alverina/ simeticona de la consulta externa de Gastroenterología del Hospital Juárez de México.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal, en el que se evaluó a pacientes que cumplen con los criterios de inclusión. La recolección de datos se programó desde la inclusión, semana 0 y semana 6 de iniciado el tratamiento; el apego al tratamiento se vigiló mediante llamada telefónica cada semana, así como eventualidades y posibles efectos adversos. Se evaluó la calidad de vida mediante IBS QOL (0-100) en la visita inicial y en la semana 6. Al completar este tiempo se clasificó a los pacientes en tres grupos de acuerdo con su respuesta al tratamiento: a) buenos respondedores con aumento de 15 puntos en relación con el puntaje inicial, b) respondedores débiles que tengan un aumento de 10 a 15 puntos y c) no respondedores que no tengan incremento, es decir, menor de 10. Se aplicará la escala visual análoga del dolor (0-10). En este sentido, se usó la prueba χ^2 . El análisis se realizó con 95% de intervalo de confianza ($p > 0.05$) mediante el software SPSS v.22.

Resultados: Se incluyó a un total de 29 pacientes y la edad promedio fue de 48.5 años (32-65 años), con predominio del sexo femenino en 100% ($n=29$). El nivel académico promedio fue secundaria y representó un 31%. Los pacientes se dividieron en buen respondedor 34.5%, débil respondedor 41.4% y no respondedor 24.1% ($n=29$). No se encontró correlación entre cada una de las esferas individuales del cuestionario con comorbilidad, pacientes mayores de 45 años y nivel educativo con un $p=0.034$ con correlación de Pearson.

Conclusiones: La combinación alverina/ simeticona demostró ser efectiva en el control del dolor abdominal, lo que modificó de forma significativa la calidad de vida de los pacientes.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento.

Mar168

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

H. W. Citalan-Poroj, N. Pérez y López, D. A. Barraza-Ortiz, J. I. Hernández-Solís, C. N. Ascencio-Barrientos, J. A. González-Angulo Rocha, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno gastrointestinal, el cual consiste en síntomas por movimiento retrógrado del contenido gástrico, con síntomas típicos de pirosis y regurgitación. Por su parte, el síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno intestinal funcional caracterizado por dolor abdominal recurrente, relacionado con la defecación y cambios en el patrón evacuatorio o cambios en la forma de las heces. Es reconocido como la anomalía intestinal crónica más común. Estas dos entidades tienen un efecto negativo en la calidad de vida de los pacientes; a pesar de ello, la sobreposición más frecuentemente informada ha sido la dispepsia funcional y el SII. Existen pocos datos

de la frecuencia de SII en pacientes con diagnóstico de ERGE por pH-metría. Casi todos son estudios basados en cuestionarios de síntomas y/o hallazgos endoscópicos. Existe aún menos información de SII en relación con los fenotipos del ERGE como hipersensibilidad al reflujo (HR) y pirosis funcional (PF).

Objetivo: Describir la frecuencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con síntomas típicos de reflujo gastroesofágico, clasificados como enfermedad por reflujo gastroesofágico, hipersensibilidad al reflujo y pirosis funcional. Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo comprendido entre junio de 2015 y junio de 2019; se analizaron los expedientes de todos los pacientes a los que se les realizó pH-metría-impedancia y panendoscopia. Se excluyó a los expedientes incompletos y a pacientes externos referidos de otra institución. Las variables cuantitativas se expresaron como desviación estándar y medias. Para diferencia de proporciones se utilizó χ^2 o t de Student según correspondiera (variables no paramétricas o paramétricas, respectivamente). Se utilizó el programa SPSS V22 y se consideró estadísticamente significativo valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 1 003 informes de pacientes, de los cuales 580 se diagnosticaron con síntomas típicos de reflujo gastroesofágico (57.82%). De este grupo, 68.3% correspondió a pacientes femeninos y 31.7% a masculinos. La edad promedio fue de 48.95 años ($DE \pm 13.2$). Con base en el fenotipo de presentación, ERGE 58.6%, HR 23.3% y PF 18.1%. ERGE masculino 35.3%, femenino 64.7%; PF masculino 25.7%, femenino 74.3%; HR masculino 27.4%, femenino 72.6%; $p = 0.086$. En cada grupo se valoraron los síntomas pirosis y regurgitación. En el grupo de ERGE se observó una frecuencia de pirosis de 100%, regurgitación del 84.4%; en PF, 80.7% pirosis y regurgitación 66.8%; en HR 75% y regurgitación 75.6%; $p = 0.001$. La frecuencia total de SII en pacientes con síntomas típicos de reflujo gastroesofágico fue del 18% ($n = 109$). SII-D 39 pacientes, SII-E 41 y SII-M 29. La frecuencia de SII por fenotipos, ERGE 13.2%, PF 26.7% y HR 25.9%, $p = 0.001$. En el grupo de ERGE se presentó SII-D 46.7%, SII-E 22.2% y SII-M 31.1%. Para PF SII-D 24.1%, SII-E 55.2% y SII-M 20.7%; para HR SII-D 31.4%, SII-E 42.9% y SII-M 25.7%; $p = 0.062$.

Conclusiones: ERGE y SII son enfermedades que afectan a diferentes regiones del tracto digestivo, pero que coexisten con frecuencia. En los pacientes con trastornos funcionales esofágicos se encontró mayor prevalencia de SII-E. El reflujo tipo gas fue más frecuente en el grupo de pacientes con SII-E y no hubo diferencia en el tipo de reflujo entre los pacientes con y sin SII.

Financiamiento: Este trabajo no ha sido patrocinado total ni parcialmente por institución gubernamental ni industria farmacéutica.

Mar169

SENSIBILIDAD RECTAL ALTERADA. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, HALLAZGOS MANOMÉTRICOS Y FACTORES ASOCIADOS EN POBLACIÓN ADULTA MEXICANA

M. A. Suárez-Jáquez, J. D. Martínez-Cortés, N. G. Salas-Lozano, F. M. Salinas-Montes de Oca, J. I. Minero-Alfaro, Y. Zamorano-Orozco, J. E. Suárez-Morán, C. I. Blanco-Vela, Hospital Español de México

Introducción: La sensación rectal alterada se define clínicamente como hiposensibilidad o hipersensibilidad rectal de acuerdo con la presencia de umbrales sensoriales elevados o disminuidos a la distensión del balón rectal. En los casos con síntomas de estreñimiento se ha relacionado con hiposensibilidad rectal y en aquéllos con incontinencia a la hipersensibilidad rectal. Hasta el día de hoy no se comprenden por completo los factores que determinan la sensibilidad rectal alterada.

Objetivo: Comparar las características demográficas, los hallazgos manométricos y antecedentes relacionados entre pacientes con sensibilidad rectal normal, hiposensibilidad e hipersensibilidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes derivados al departamento de fisiología gastrointestinal de dos centros de tercer nivel, para realizar una manometría anorrectal de alta resolución (MAAR), en el periodo mayo-junio del 2019. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 17.0 y las frecuencias se expresaron como porcentajes y para la comparación entre los grupos con sensibilidad rectal normal, hiposensibilidad e hipersensibilidad se utilizaron las pruebas de χ^2 , t de Student y las de rangos de Wilcoxon.

Resultados: Se analizó a 196 pacientes, 49.5% (N=97) en el grupo 1 con sensibilidad normal, 42.4% (N=83) en el grupo 2 con hiposensibilidad y 8.1% (N=16) en el grupo 3 con hipersensibilidad rectal. El 78% (153/196) del total de la población correspondió a mujeres. Al realizar la comparación entre los tres grupos, los hombres presentaron mayor hiposensibilidad rectal en comparación con las mujeres [32.6% (14/43) con sensibilidad normal vs. 60.5% (26/43) con hiposensibilidad vs. 7% (3/43) con hipersensibilidad rectal en hombres y 54.2% (83/153) vs. 37.3% (N=57/153) vs. 8.5% (N=13/153) en mujeres, respectivamente, $p<0.05$]. La presencia de incontinencia se vinculó con hipersensibilidad rectal [57.6% (45/78) presentó sensibilidad normal vs. 30% (24/78) con hiposensibilidad rectal vs. 11.5% (9/78) con hipersensibilidad rectal, $p<0.05$] y la de estreñimiento con hiposensibilidad rectal [41% (44/107) vs. 53.2% (57/107) vs. 5.6% (6/107), respectivamente, $p<0.05$]. No se encontraron relaciones entre la sensibilidad rectal y enfermedad metabólica, lesión de la médula espinal, trastorno neurológico, o

incontinencia urinaria. Tras la comparación entre los tres grupos, también se encontraron diferencias significativas en cuanto al número de gestas (2.35±2 vs. 1.13±2 vs. 0.91±1, $p<0.01$), el número de partos (1.71±2 vs. 0.83±1 vs. 0.64±1, $p<0.05$), la duración máxima de contracción (8.54±4 vs. 9.64±4 vs. 11.31±5, $p<0.05$), la primera sensación rectal (29.38±12 vs. 63.49±52 vs. 31.25±12, $p<0.001$), la sensación de urgencia (61.96±19 vs. 121.93±56 vs. 44.38±15, $p<0.001$) y sensación de incomodidad (121.75±40 vs. 216.02±63 vs. 68.13±22, $p<0.001$). Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: Las alteraciones sensoriales del recto obedecen a múltiples factores aún no del todo comprendidos y pueden aparecer ante la ausencia de lesión neurológica o medular. La hiposensibilidad rectal se presenta con mayor frecuencia en hombres y en pacientes con estreñimiento y, por otro lado, la hipersensibilidad rectal se relaciona con pacientes con incontinencia.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar170

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y MANOMÉTRICAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

K. C. Trujillo-de la Fuente, Y. Zamorano-Orozco, E. E. Méndez-Peralta, D. Alemán-Abitia, Hospital General Regional 1 IMSS "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro"

Introducción: Los trastornos motores esofágicos comprenden una amplia variedad de padecimientos poco frecuentes que comprometen

Tabla 1. Características demográficas, hallazgos manométricos y factores relacionados en población adulta mexicana con alteración de la sensibilidad rectal y controles normales

Variable	Hiposensibilidad rectal (n=83)	Sensibilidad rectal normal (n= 97)	Hipersensibilidad rectal (n= 16)	Valor de P
Edad (años)	55.32 ±14	53.32 ±14	48.93 ±48	P= 0.254
Sexo Femenino*	57 (68.7%)	83 (42.3%)	13 (6.6%)	P=0.023
Talla (cm)	158.47 ±7	157.47 ±7	153.5 ±7	P=0.057
Incontinencia fecal* (n=78)	24 (30.8%)	45 (57.7%)	9 (11.5%)	P=0.017
Estreñimiento* (n=107)	57 (53.3%)	44 (41.1%)	6 (5.6%)	P=0.017
Proctalgi* (n=7)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	0 (0%)	P=0.017
Protocolo prolapso* (n=4)	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	P=0.017
Número de gestación	1.13±2	2.35±2	0.91±1	P=0.004
Número de partos	0.83±2	1.71±2	0.64±1	P=0.013
Multiparidad*	11 (13%)	24 (24.7%)	2 (12.5%)	P=0.042
Operación abdominal*	0 (0%)	3 (3.1%)	2 (12.5)	P=0.047
Presión basal canal anal (mmHg)	67.11 ±23	63.63 ±25	60.68 ±23	P=0.507
Presión máxima en contracción voluntaria (mmHg)	(1.69) 2 ±81	1.61±93	1.36 ±52	P=0.351
Duración de contracción (s)	9.64±4	8.54±4	11.31 ±5	P=0.044
Longitud esfínter anal (cm)	3.48±1	3.44 ±1	3.33 ±1	P=0.770
Presión residual anal (mmHg)	28.31 ±30	26.51±29	28.42 ±30	P=0.914
Porcentaje de relajación (%)	65.43 ±30	64.81 ±29	61.44 ±22	P=0.883
Presión intrarrectal (mmHg)	(1.11) 2 ±44	(1.05)2 ±41	(1.10)2 ±47	P=0.649
Diferencia recto/anal (mmHg)	85.15 ±50	78.7 ±42	91.46 ±49	P=0.479
1era Sensación rectal (ml)	63.49 ±52	29.38±12	31.25 ±12	P=0.000
Sensación de urgencia (ml)	121.93 ±56	61.96±19	44.38 ±15	P=0.000
Sensación de incomodidad (ml)	216.02 ±63	121.75 ±40	68.13 ±22	P=0.000

*Las variables cualitativas se expresan en frecuencia y porcentaje (%) y las variables cuantitativas se expresan en media, con medidas de dispersión de desviación estándar.

alguna alteración de la función motora. Estos trastornos se presentan como resultado de una anomalía muscular, la cual puede ser primaria (miotonías, esclerodermia), de tipo metabólico (diabetes mellitus, hipertiroidismo e hipotiroidismo), defectos del sistema nervioso central (accidentes cerebrovasculares), y problemas inherentes al sistema nervioso entérico, como las fallas de la coordinación motora de la peristalsis y de ambos esfínteres esofágicos. Para el diagnóstico de estas anomalías, la manometría de alta resolución (MAR) hace posible detallar información de segmentos específicos del esófago, así como la velocidad de contracción y del tránsito del bolo, y esta adopción generalizada ha llevado a una reestructuración de la Clasificación de Chicago v.3.0. y por lo tanto es una herramienta útil para el diagnóstico actual de los trastornos esofágicos.

Objetivo: Describir la diversidad de los trastornos motores esofágicos identificados por manometría de alta resolución.

Material y métodos: Tipo de estudio: cohorte transversal retrospectiva. Variables analizadas: edad, género, síntomas principales, comorbilidades presentes, diagnóstico de envío, hallazgos endoscópicos, y diagnóstico por manometría de alta resolución. Análisis estadístico: se recolectaron datos y se evaluó a todos los pacientes sometidos a manometría de alta resolución con equipo GIVEN ManoScan 360° Modelo A120, del servicio de Motilidad Digestiva del Hospital General Regional 1 IMSS Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, durante el periodo 2017-2018. Los resultados serán analizados con medias de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

Resultados: Véase la Figura 1.

Conclusiones: Los trastornos motores esofágicos son un hallazgo frecuente en pacientes enviados para MAR por la presencia de síntomas

persistentes, una vez descartada una causa orgánica como el origen de éstos. En este estudio se observó que la MEI fue el trastorno esofágico motor más prevalente en la población con motivo de envío de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Sin embargo, la presencia de la obstrucción del tracto de salida debe adoptar importancia para investigar y esclarecer su causa primaria, ya que el tratamiento se guiará basado en los hallazgos manométricos obtenidos y, por lo tanto, una identificación adecuada de estos trastornos permitirá ofrecer opciones terapéuticas más dirigidas y personalizadas para cada individuo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar171

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA. LOS ÚLTIMOS AÑOS SON LOS PEORES

M. Aja-Cadena, M. Cortés-Barradas, G. P. Martínez-Pérez, H. Laffitte-García, B. A. Priego-Parra, P. F. Martínez-Torres, D. Tovar-Rodríguez, S. S. Jiménez-Rodríguez, A. Inurreta-Vásquez, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La educación médica se ha caracterizado por un nivel de exigencia alto, lo que genera grados de estrés significativos entre los estudiantes universitarios y mayor probabilidad de padecer morbilidades psicológicas en comparación con la población general, tales como ansiedad y depresión, así como mayor prevalencia de trastornos funcionales digestivos, como el síndrome de intestino irritable (SI). Aunque existen múltiples estudios que demuestran la mayor prevalencia del SI en esta población, no existe un análisis de acuerdo con la prevalencia de éste y sus factores relacionados con el grado académico. La hipótesis del estudio fue que a mayor grado y demanda académica mayor probabilidad de padecer SI.

Objetivo: Evaluar la prevalencia del SI y sus factores relacionados en estudiantes de medicina y vincularlos con su grado académico.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en todos los alumnos de la Facultad de Medicina Miguel Alemán Valdés, los cuales contestaron el cuestionario modular de Roma IV para SI y un instrumento que recolectó las características sociodemográficas y factores relacionados con la aparición de síntomas. Los sujetos se agruparon en 5 categorías con los semestres cursados en: 1=2 semestres, 2=4 semestres, 3=6 semestres, 4=8 semestres y 5=10 semestres. Se compararon las prevalencias y subtipos del SI, las características demográficas y factores de riesgo entre los grupos.

Resultados: Se incluyó a un total de 509 sujetos (255 mujeres, 50.1%) con una edad promedio de 21.1 ± 1.6 años. La prevalencia global de SI fue de 15% (n=76), y los subtipos más frecuentes fueron SI-E 30% (n=23), SI-D 15% (n=23) y SI-M 50% (n=38). Los factores relacionados con SI fueron: malos hábitos dietéticos (75%, $p=0.0001$), estrés 68% ($p=0.001$), sobrecarga académica 47.4% ($p=0.001$) postinfeccioso 24% ($p=0.05$). Los subtipos SI-D y SI-M estuvieron más vinculados con la causa postinfecciosa (44% vs. 44% vs. 8%, $p=0.04$). De acuerdo con los semestres, la mayor prevalencia de SI se observó en los grupos 2 (35%) y 5 (32%), lo cual fue estadísticamente significativo ($p<0.001$, **Tabla 1**). Aunque no hubo diferencia estadísticamente significativa, los grupos 4 y 5 también tuvieron mayor prevalencia de SI-D. La presencia de malos hábitos dietéticos y sobrecarga académica fue mayor en el grupo 5 comparado con los otros grupos ($p=0.04$).

Conclusiones: Aunque la prevalencia global del SI de acuerdo con los criterios de Roma III es similar a lo informado en otros estudios, este estudio demuestra que la prevalencia aumenta en los últimos 2 años de la carrera. Este incremento se vinculó con mayor sobrecarga académica y peores hábitos dietéticos. Con base en

Tabla 1. Demografía y características generales de la población

Variable	Total de la población n=33 (%)	Trastornos motores esofágicos por Chicago v.3.0	
		No n=21 (5)	Sí n=12 (%)
Edad \pm DE	50.9 \pm 13.8	51.4 \pm 14.6	50 \pm 11.4
Género			
Masculino	9 (27.3)	16 (76.2)	4 (33.3)
Femenino	24 (72.7)	5 (23.8)	8 (66.6)
Trastornos motores			
MEI	4 (12)	N/A	4 (33.3)
OTS	4 (12)	N/A	4 (33.3)
Acalasia (II)	2 (6)	N/A	2 (16.6)
EED	1 (3)	N/A	1 (8.3)
CA	1 (3)	N/A	1 (8.3)
Hallazgos endoscópicos			
Normal	7 (21.2)	N/A	3 (25)
Esofagitis	7 (21.2)	N/A	3 (25)
Hernia hiatal	7 (21.2)	N/A	2 (16.6)
Funduplicatura	3 (9)	N/A	3 (25)
Gastropatía	5 (15.1)	N/A	0 (0)
Otros	4 (12.1)	N/A	1 (8.6)
Síntomas			
Dolor torácico	10 (30.3)	5 (23.8)	5 (41.6)
Disfagia	23 (69.6)	13 (61.9)	10 (83.3)
Pirosis	24 (72.7)	16 (76.1)	8 (66.6)
Pérdida de peso	8 (24.2)	5 (23.8)	3 (25)
Regurgitación	25 (75.7)	16 (76.1)	7 (58.3)
Tos nocturna	14 (42.4)	7 (33.3)	7 (58.3)
Asma	5 (15.1)	4 (19)	1 (8.3)
Odinofagia	10 (30.3)	7 (33.3)	3 (25)
Náusea	9 (27.2)	5 (23.8)	4 (33.3)

DE, desviación estándar; N/A, no aplica; MEI, motilidad esofágica inefectiva; OTS, obstrucción del tracto de salida; EED, espasmo esofágico distal; CA, contractilidad ausente.

Fuente: Archivo clínico del "Hospital General Regional 1 IMSS Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro"

los resultados, es importante instituir estrategias dirigidas a corregir estos factores, especialmente en los alumnos que cursan los últimos semestres.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para este proyecto de investigación.

Tabla 1. Prevalencia de SII de acuerdo con los semestres académicos

	Grupo 1 n=136	Grupo 2 n=115	Grupo 3 n=105	Grupo 4 n=68	Grupo 5 n=85
SII (n,%)	15 (11%)	8 (7%)	9 (9%)	17 (25%)*	27 (32%)*
SI-E	20%	23%	22%	18%	37%
SI-D	13%	10%	11%	35%	22%
SI-M	67%	57%	67%	47%	41%

Mar172

REFLUJO PROXIMAL ÁCIDO EN ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO NO EROSIVA E HIPERSENSIBILIDAD AL REFLUJO

D. A. Barraza-Ortiz, A. Llorente-Ramón, G. A. Ramos-Aguilar, N. Pérez y López, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva (ERNE) se caracteriza por presencia de síntomas pero sin daño a la mucosa por endoscopia y con exposición al ácido anormal. La hipersensibilidad al reflujo (HR) se caracteriza por exposición normal al ácido con probabilidad de relación de síntomas positiva (PAS+). Son dos entidades de relevancias clínicas importantes y muy comunes. Existen resultados inconsistentes con respecto al papel que juega el reflujo proximal ácido y no ácido en pacientes con ERNE, así como HR en estudios con pH-metría-impedancia.

Objetivo: Comparar el reflujo proximal ácido, parámetros de manometría de alta resolución (MAR) y parámetros de pH-metría-impedancia entre pacientes con HR y ERNE.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años o más de cualquier género con pirosis enviados al laboratorio de motilidad del Hospital Juárez de México. Se compararon entre los dos grupos (HR y ERNE) los siguientes parámetros de pH-metría-impedancia: número de reflujo ácido proximal, porcentaje de tiempo de exposición al ácido y tiempo de exposición al bolo, y en MAR: porcentaje de motilidad esofágica inefectiva (MEI), integral de contractilidad distal (DCI) y presión integrada de relajación (IRP). Se utilizaron medidas de tendencia central, estadística descriptiva; para la diferencia de proporciones se utilizó t de Student en variables cuantitativas, en variables no paramétricas χ^2 , y se consideró estadísticamente significativo un valor de $P < 0.05$.

Resultados: De los 100 pacientes incluidos, 51 tuvieron ERNE y 49 HR. Predominaron pacientes de menor edad en el grupo de HR, así como pacientes de sexo femenino (HR 43.9 vs. ERNE 50.4 años, $p < 0.001$); (HR 73% vs. ERNE 65% sexo femenino, $p = 0.421$). Al comparar con ERNE, los pacientes con HR tuvieron un menor número de reflujos proximales ácidos (20.2 vs. 27.8; $p = 0.047$), un menor tiempo de exposición al bolo (0.40 vs. 0.78, $p = 0.001$), IRP más elevado (9.7 vs. 6.9, $p = 0.012$) estadísticamente significativos, no estadísticamente significativos menor porcentaje de pacientes con MEI (47% vs. 65%; $p = 0.302$), y DCI más elevado (920.9 vs. 718.5; $p = 0.184$) y la misma frecuencia de unión tipo III (39%).

Conclusiones: HR se presenta a edades más tempranas, con predominio de sexo femenino; en HR existe menor número de reflujos proximales ácidos, menor tiempo de exposición al bolo, IRP más elevado comparado con ERNE, sin diferencias en MEI, DCI, y tipo de unión.

Financiamiento: Este trabajo no recibió patrocinio.

Mar173

SENSIBILIDAD Y CAPACIDAD RECTAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS ANORRECTALES. UN ESTUDIO UTILIZANDO UN NOVEDOSO BARÓSTATO AMBULATORIO DE DISTENSIONES RÁPIDAS

E. C. Morel-Cerda, K. R. García-Zermeño, C. Aquino-Ruiz, O. Rodríguez-Aguilera, G. A. Hernández-Ramírez, J. Reyes-Huerta, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana. Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal

Introducción: Las alteraciones sensitivas y de la distensibilidad rectal juegan un papel predominante en la fisiopatología de los trastornos anorrectales. Aunque de forma sistemática se evalúa la sensibilidad rectal de forma indirecta durante la realización de la manometría anorrectal (MAR), esta técnica es susceptible de errores, es dependiente del operador y no está bien estandarizada. El baróstato se considera la prueba estándar de oro para evaluar la distensibilidad y sensibilidad del recto. Sin embargo, su disponibilidad y costo limitan su uso. Recientemente se encuentra disponible un baróstato ambulatorio de distensiones rápidas (BADR), el cual facilita la evaluación de la función sensitiva y motora del recto.

Objetivo: Describir las alteraciones de la sensibilidad y la capacidad rectal en pacientes con trastornos anorrectales mediante el BADR.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes consecutivos que acudieron a la unidad para la realización de MAR por las siguientes indicaciones: a) estreñimiento, b) incontinencia fecal (EF) y c) proctalgia. Luego de la realización de la MAR, de acuerdo con el protocolo de Londres, se realizó la prueba BADR. Este dispositivo consiste en una bomba que utiliza un compresor de aire, diseñado para inflar una bolsa de baróstato (de poliolefina) que está acoplada sobre un catéter de PVC que se coloca por vía rectal. La bolsa se infla a una tasa predeterminada de 120 ml/min, hasta alcanzar una presión rectal de 40 mmHg o 700 ml de volumen. Mediante un software especial se calcula la capacidad rectal, la distensibilidad rectal y los umbrales sensitivos (con base en la capacidad rectal) para primera sensación (normal 10-30%), urgencia (normal 40-80%) y máxima tolerancia (normal 80-100%). Si 2 de 3 de los umbrales sensitivos estaban por arriba o debajo de los valores normales, los pacientes se clasifican en: a) normosensibles, b) hiposensibles, c) hipersensibles. Se realizaron correlaciones y la prueba de kappa (concordancia) con los valores de sensibilidad obtenidos durante la MAR.

Resultados: Hasta el momento se ha evaluado a 56 pacientes: 31 con estreñimiento, 15 con incontinencia fecal y 10 con proctalgia. El tiempo promedio de realización del BADR fue de 8 minutos y fue un estudio bien tolerado por todos los pacientes. Las alteraciones de la sensibilidad rectal, distensibilidad y capacidad se muestran en la **Tabla 1**. La correlación entre la MAR y el BADR para primera sensación

Tabla 1. Sensibilidad, distensibilidad y capacidad rectal en los grupos de pacientes

	Estreñimiento n=31	IF n=15	Proctalgia n=10
Capacidad rectal disminuida (<200 ml) (n,%)	8 (25%)	6 (40%)	4 (40%)
Hiposensibilidad (n,%)	24 (77%)*	11 (73%)*	1 (10%)
Hipersensibilidad (n,%)	0	4 (26%)	5 (50%)*
Capacidad rectal (ml)	225±88	198±90	202±78
Distensibilidad (mL/mmHg)	7.3±13*	6.6±5.5	6.3±2.2

fue de 0.31, para urgencia de 0.45, para máxima tolerancia de 0.37 y para capacidad rectal de 0.67.

Conclusiones: La prueba de BADR demuestra alteraciones sensitivas y de la distensibilidad en la mayoría de los pacientes con trastornos anorrectales. Este método es fácil de realizar y aporta una evaluación más fisiológica en comparación con la evaluación indirecta realizada durante MAR. Las alteraciones detectadas durante la BADR proveen las bases para instituir un tratamiento fisiopatológico en los trastornos anorrectales.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento.

Mar174

SEVERIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN INCONTINENCIA FECAL SECUNDARIA A DESGARRO PERINEAL DE ALTO GRADO

J. J. Cantú-Pompa, S. Rodríguez-Jacobo, A. M. Avitia-Herrera, M. T. Sánchez-Ávila, D. S. Avitia-Herrera, L. A. Morales-Garza, J. J. Góngora-Cortés, J. F. Sánchez-Ávila, M. T. González-Garza, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Tecnológico de Monterrey

Introducción: La incontinencia fecal (IF) es un problema médico con profundos efectos sociales, que afecta la calidad de vida de los pacientes. El sexo femenino es un factor de riesgo independiente para la incontinencia. Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de referir IF de moderada a grave. Es más frecuente en mujeres (seis a ocho veces más que en hombres) debido en gran parte a las lesiones del esfínter anal que se presentan durante el parto (traumatismo obstétrico), lo que podría explicar esta diferencia basada en el sexo. Estudios de prevalencia en distintas poblaciones han puesto de manifiesto tasas globales de incontinencia fecal tras el parto que pueden oscilar entre el 4 y el 59% (Rodríguez R, 2015).

Objetivo: Conocer la calidad de vida y la gravedad de la incontinencia fecal secundaria al desgarro perineal durante el parto de tercero y cuarto grados en una población del Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad.

Material y métodos: Se incluyó a 179 mujeres que presentaron desgarros de tercero y cuarto grados en el Hospital Materno Infantil de Alta especialidad durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2014. Posteriormente, las pacientes que señalaron tener síntomas de incontinencia fecal se les aplicó el cuestionario de calidad de vida de Rockwood para incontinencia fecal traducido al idioma español y adaptado al medio (Sánchez-Ávila MT, 2018), así como la determinación de la gravedad de la incontinencia fecal con la escala de Wexner modificada por Kamm. Se realizó un estudio de tipo transversal y prospectivo, mediante el cual se determinó la calidad de vida y gravedad de la incontinencia fecal secundaria al desgarro perineal de tercero y cuarto grados. El análisis incluyó estadística descriptiva y multivariable. Para el análisis de correlaciones de las variables de la puntuación de Wexner y de las variables del Cuestionario de Calidad de vida (FIQLS) se realizaron correlaciones de Pearson y gráficas de scatterplot para ilustrar las variables.

Resultados: Se identificó incontinencia fecal postparto en 9 pacientes, con una frecuencia calculada de 11.1%. Se encontró una correlación significativa entre la gravedad de la incontinencia fecal dada por la escala de gravedad de Wexner modificada y las subescalas del Cuestionario de Calidad de Vida medida por FIQL (estilo de vida: $R = 0.791$; $p = 0.01$; depresión: $R = 0.719$; $p = 0.029$; vergüenza: $R = 0.695$; $p = 0.038$), excepto para el dominio de conducta en el que no se encontró diferencia ($R = 0.533$; $p = 0.533$) en pacientes que presentaron desgarros perineales de tercero y cuarto grados.

Conclusiones: Se encontró una prevalencia de 11.1%, la cual es mayor a la notificada en series españolas de 7.3% (Rodríguez *et al*),

pero dentro de los límites establecidos globalmente (4 a 59%) y publicados en estudios de prevalencia en distintas poblaciones. Además, se encontró que a mayor gravedad de la incontinencia fecal menor calidad de vida de los pacientes

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar175

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS FUNCIONALES ANORRECTALES

J. P. Guillermo-Durán, M. F. García-Cedillo, L. A. Estrella-Sato, E. Martínez-Hernández, F. U. Villegas-García, M. J. Sanabrais-López, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: Los trastornos psiquiátricos, incluidas la ansiedad y la depresión, se han informado en un 30 a 70% de los pacientes con síndrome de intestino irritable (SI), los cuales, junto con otros factores, contribuyen al deterioro de la calidad de vida en estos pacientes. No obstante, en el grupo de pacientes con trastornos funcionales anorrectales (TFA), esta prevalencia no se conoce con claridad. La escala de ansiedad y depresión intrahospitalaria (HADS, por sus siglas en inglés) es un instrumento de detección, el cual ha demostrado buen rendimiento en el reconocimiento de estos padecimientos.

Objetivo: Determinar la frecuencia de comorbilidad psiquiátrica con base en la escala HADS en pacientes con trastornos funcionales anorrectales.

Material y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyó a una población de pacientes con diferentes subtipos de TFA diagnosticados mediante criterios de ROMA III y una manometría anorrectal de alta resolución realizada en el INCMNSZ durante 2018 y 2019. A todos los pacientes se les aplicó la escala de ansiedad y depresión intrahospitalaria. Se analizaron las siguientes variables: demográficas, hallazgos manométricos, diagnóstico, puntuación patológica (para ansiedad, depresión y ambas) y puntuación limítrofe. Se evaluaron tres grupos: estreñimiento con disineria defecatoria (DD), b) incontinencia fecal sin DD (IF) y c) incontinencia fecal con DD (IF-DD). El análisis estadístico se realizó en el software SPSS v.25. Resultados: Se incluyó a un total de 31 pacientes, 67.7 % mujeres ($n = 21$), con una mediana de edad de 65 años (51 a 71). La distribución por diagnósticos fue la siguiente: 13 pacientes (41.9 %) con DD, 11 (35.5 %) con IF y 7 (22.6 %) con IF-DD. En los hallazgos manométricos, el patrón defecatorio predominante fue el disinérgico tipo 1 (58.1 %) y se registró sensibilidad rectal anormal en 61.3 % de los pacientes (la hipersensibilidad fue la más frecuente). En las puntuaciones del HADS, el 54.8% ($n = 17$) de los pacientes presentó puntuación anormal (patológica o limítrofe) para al menos alguno de los trastornos afectivos y se presentó la siguiente distribución: 5 pacientes (16.1 %) con puntuación patológica para ansiedad, 1 (3.2 %) para depresión, 3 (9.7 %) para ambos y 8 (25.8 %) con puntuación limítrofe para uno o ambos trastornos. No se informaron diferencias estadísticamente significativas al comparar las puntuaciones entre los 3 grupos diagnósticos; sin embargo, se encontró que la sensibilidad rectal normal predominó en pacientes con ambos trastornos afectivos (ansiedad y depresión) ($p = 0.04$).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con TFA presentan una puntuación anormal en la escala HADS, sin diferencias entre los subtipos de TFA, y sólo una cuarta parte presenta ansiedad o depresión, lo cual es menor a lo notificado en SI. Es importante evaluar estos trastornos psiquiátricos en la población con TFA, así como estudiar si la presencia de dichos trastornos se relaciona con la respuesta en la terapia de biorretroalimentación.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar176

CONSULTAS DE REFERENCIA EN GASTROENTEROLOGÍA Y LA EVALUACIÓN DE DOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO

M. L. Largacha-Barreiro, F. X. Hinojosa-Dueñas, M. A. Constante-Quijije, Y. X. Arteaga-Castro, R. J. Saltos-García, J. G. Zambrano-Villasis, O. Díaz-Cárdenas, Hospital de Especialidades Portoviejo

Introducción: En Ecuador, la consulta a pacientes con síntomas digestivos se calcula en el 30% aproximadamente de los motivos de consulta en atención primaria. En este medio, las derivaciones a las consultas gastroenterológicas representan 5% a 7.1% de las derivaciones a atención especializada. Así, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades digestivas generan el 13% de la actividad en atención especializada y el 24% del gasto farmacéutico. Los pacientes se derivan al especialista para consultar sobre el diagnóstico o el tratamiento, para realizar un procedimiento especializado cuando la investigación y las opciones terapéuticas de la atención primaria se agotan y, finalmente, para disponer de una segunda opinión. El Hospital de Especialidades Portoviejo inicia su apertura con un Programa de Capacidad Resolutiva de Atención Primaria (CRAP) y posteriormente se realiza la consulta de alta resolución (CAR).

Objetivo: Determinar las diferencias significativas de ambos procesos, el número de derivaciones, sus motivos, tiempos de demora en atención y utilización de métodos utilizados para la valoración y establecer número de pacientes con afección digestiva beneficiados de ambos sistemas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo en pacientes que se atendieron en el Hospital de Especialidades Portoviejo, con los Programas establecidos del Servicio de Gastroenterología desde su apertura; CRAP desde el 1 de mayo del 2018 al 31 de diciembre del 2018; y CAR desde el 1 de enero al 30 de junio del 2019; sin distinción de sexo, edad, condición social, etnia. Se analizaron el número y el motivo de derivación, los tiempos de demora y la utilización de recursos de ambos programas.

Resultados: Se han realizado 76,156 consultas de atención especializada en este centro hospitalario, de las cuales 4,997 corresponden a gastroenterología, esto es, el cuarto lugar de atención por servicio. Hasta 1 856 son pacientes que se ingresaron a los sistemas de atención; 43.37% a CRAP y 56.62% a CAR. Se observó una disminución de demora de tiempo 45.6± 61.4 días frente a 10.1± 29.1 días, $p < 0.001$. Las causas de derivación más frecuentes fueron dispepsia (21.5%), gastritis aguda y crónica (16.5%), tamizaje de cáncer de colon (6.1%), alteración del ritmo intestinal (18.2%), dolor abdominal (7.5%) y reflujo gastroesofágico (30.2%) con aumento en los pacientes de reflujo en CAR. Los tiempos de demora fueron menores en las derivaciones a la CAR (primera consulta: 12.5±10.06 días vs. 52.8±28.67 días, $p < 0.001$; el número de citas (3.6±2.20 vs. 3.2±1.95, $p = 0.015$); el uso de estudios adjuntos fue significativamente mayor en CAR.

Conclusiones: Utilizar o iniciar el programa de CAR al servicio de gastroenterología permite disponer de las técnicas diagnósticas, reduce los tiempos de demora, número de consultas, y establece el diagnóstico definitivo en menor tiempo, de tal modo que se agiliza el diagnóstico en atención especializada. Asimismo, la puesta en marcha de ambos programas mejora la coordinación, ya que la mayoría de pacientes sólo requiere la realización de pruebas diagnósticas; CAR optimiza resultados con un gasto relacionado con la derivación superior al del resto de las consultas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar177

LA ACTIVIDAD FÍSICA INFLUYE ESPECÍFICAMENTE SOBRE ALGUNOS SÍNTOMAS DE DISPEPSIA FUNCIONAL

E. S. Yin-Bañuelos, F. A. Félix-Téllez, J. A. Magaña-León, A. Delgado-Moreno, A. Páez-Barrantes, K. L. Castillo-Soto, C. Santa Cruz-Castro, J. M. Avendaño-Peyes, A. R. Flores-Rendón, Grupo colaborativo, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: Se sabe que la actividad física tiene un papel benéfico en la disminución de síntomas en pacientes con síndrome de intestino irritable (SII); sin embargo, se desconoce su relación con otras afecciones como la dispepsia.

Objetivo: Analizar el efecto que tienen la actividad física y los hábitos alimenticios con la presencia de dispepsia.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en población abierta en la ciudad de Mexicali, Baja California. Se realizaron entrevistas para diagnosticar dispepsia mediante los criterios de Roma IV y se les aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Intrahospitalaria (HADS). Se evaluó la intensidad de la AF mediante el Cuestionario de Actividad Física Global (GPAQ, por sus siglas en inglés) y se clasificó según el grado de actividad física y 17 tipos de deporte. Se realizaron comparaciones analíticas con la prueba de χ^2 con intervalos de confianza del 95%, así como pruebas de t de Student y análisis de regresión logística multivariado.

Resultados: Se evaluó a 1,067 sujetos (edad 25±8, hombres 51.2%); 358 (33.6%) con dispepsia no investigada, de los cuales 41% presentaba el síndrome de dolor epigástrico (SDE), 40% el síndrome de distrés posprandial (PDS) y 19% síndrome de sobreposición (SS). El 53.4% refirió practicar deportes de intensidad vigorosa, mientras que el 51.2% de intensidad moderada. Después de evaluar la intensidad de la AF expresada en MET, sólo el 5% generó ≥ 600 MET min/sem. Se documentó con mayor frecuencia la presencia de dispepsia en aquéllos con una menor producción de MET en comparación con el grupo control ($p < 0.001$). Basado en el análisis multivariado (Tabla 1): consumir bebidas destiladas ($p=0.021$), fumar ($p=0.23$), practicar danza moderna ($p=0.047$), padecer ansiedad ($p \leq 0.001$) y producir < 600 MET ($p=0.048$) se relacionan con SDE, mientras que las bebidas carbonatadas ($p=0.001$), café ($p=0.031$), beber mientras se come ($p=0.001$), practicar crossfit ($p=0.014$), tres sesiones al día de AF ($p=0.020$) y comer 30 minutos antes de la AF ($p=0.040$) se vincularon con SDP; por otra parte, el subgrupo del SS se relacionó independientemente con el hábito de comer una vez por día ($p=0.049$), padecer ansiedad ($p=0.014$), practicar danza moderna ($p=0.003$) y realizar deportes de intensidad vigorosa ($p=0.012$).

Conclusiones: La actividad física de intensidad vigorosa se encuentra relacionada con una disminución de los síntomas de los subgrupos SDE y SS, así como los valores < 600 MET se relacionan con síntomas de dispepsia. Determinados deportes pueden vincularse

Tabla 1. Resultados del análisis de regresión logística multivariada por subtipo de dispepsia

Análisis de regresión logística multivariada			
Síndrome de distrés posprandial			
Variable	OR	IC 95%	p
Bebidas carbonatadas	1.769	1.262-2.480	.001
Café	1.504	1.038-2.179	.031
Beber mientras se come	1.899	1.284-2.809	.001
Crossfit	1.859	1.132-3.054	.014
Tres sesiones por día de AF	3.640	1.222-10.846	.020
Comer 30 min antes de AF	0.641	0.419-.981	.040

Síndrome de dolor epigástrico			
Variable	OR	IC 95%	p
Tabaquismo	1.754	1.079-2.852	.023
Comer tres veces/ día	1.421	1.002-2.013	.048
Comer rápido	0.582	0.416-0.814	.002
Danza	2.300	1.011-5.229	.047
Ansiedad	2.371	1.610-3.492	<.001
MET <600	3.582	1.009-12.714	.048
Síndrome de sobreposición			
Variable	OR	IC 95%	p
Una comida/ día	4.963	1.006-24.495	0.049
Danza	4.993	1.734-14.375	.003
Ansiedad	2.035	1.154-3.587	0.014
AF de intensidad vigorosa	0.434	0.226-0.833	0.012

con subgrupos específicos, por ejemplo crossfit con SDP y danza con SDE y SS. Comer 30 minutos antes de iniciar la actividad física se encuentra relacionado con una menor proporción de síntomas SDP, lo cual puede sugerir la disminución en el tiempo de vaciamiento gástrico. La exploración adicional de los mecanismos que vinculan los subgrupos de AF y dispepsia puede generar nuevos enfoques e intervenciones para reducir o evitar estos síntomas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar178

CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR EN LA INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA DE HIDRÓGENO EN ALIENTO PARA DIAGNÓSTICO DE INTOLERANCIA Y DIGESTIÓN DEFICIENTE DE LACTOSA

S. E. Martínez-Vázquez, M. Aja-Cadena, L. S. Cruz-Aquino, M. Cortés-Barradas, P. F. Martínez-Torres, M. Amieva-Balmori, E. Coss-Adame, J. M. Remes-Troche, L. F. Uscanga-Domínguez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La cuantificación de hidrógeno (H) en aire espirado con 25 g de lactosa en agua como sustrato se ha propuesto como prueba ideal para el diagnóstico de mala digestión de lactosa. La normatividad para interpretar los resultados de mala digestión o digestión deficiente se ha establecido por consenso, aunque no los de intolerancia (síntomas), y pocos estudios han evaluado la variabilidad en su interpretación y si ésta es distinta si la interpreta un médico entrenado.

Objetivo: Describir la concordancia entre observadores con o sin entrenamiento para identificar digestión deficiente e intolerancia a la lactosa utilizando la prueba de H en aire espirado con 25 g de lactosa como sustrato.

Material y métodos: Cuatro médicos, dos con entrenamiento y dos sin entrenamiento en la interpretación de pruebas de H en aire espirado, interpretaron de manera independiente y ciega los estudios realizados en los pacientes que participaron en un estudio prospectivo diseñado para evaluar la utilidad de una nueva prueba para diagnóstico de hipolactasia. Se consideró digestión deficiente cuando existió elevación de cuando menos 20 ppm de H en aire espirado después de ingerir 25 g de lactosa disuelta en 250 cm³ de agua. La presencia de síntomas relacionados con el incremento o no de hidrógeno se consideró como indicativa de intolerancia. Dos personas diferentes efectuaron las pruebas. Todos los enfermos firmaron un consentimiento informado y el estudio fue aprobado por los comités de ética e investigación de las instituciones participantes. Un investigador diferente realizó el análisis

estadístico. Los datos se trataron con estadística descriptiva y analítica mediante medidas de tendencia central, así como pruebas de hipótesis (χ^2) para conocer si había diferencias en las categorías de clasificación. Se calculó la concordancia interobservador por pares entrenado/ no entrenado de las dos instituciones participantes a través del estadístico de kappa con el paquete SPSS v.20.

Resultados: En la interpretación de pruebas de 144 individuos con edad promedio de 37 (\pm 18) años, de los cuales 96 (67%) fueron mujeres, se encontró que tanto los médicos entrenados como los no entrenados identificaron a 121 individuos con digestión deficiente ($p=0.000$); los médicos entrenados detectaron a 111 (77.1%) individuos con intolerancia a la lactosa (síntomas secundarios al consumo), mientras que los médicos no entrenados reconocieron a 115 (79.9%) ($p=0.000$). Los médicos entrenados detectaron a 13 individuos como hipersensibles y los no entrenados a 15 ($p=0.000$). Se obtuvieron las siguientes concordancias: para el diagnóstico de digestión deficiente, el valor de kappa fue de 0.897 ($p=0.000$); para intolerancia, el valor de kappa fue de 0.672 ($p=0.000$); y para el diagnóstico de hipersensibilidad, el valor de kappa fue de 0.763 ($p=0.000$).

Conclusiones: La concordancia para interpretar la curva de hidrógeno en aire espirado fue buena entre observadores sin importar el grado de entrenamiento. Este hecho apoya la noción de que las pruebas en aire espirado son simples y reproducibles y por tanto útiles en la evaluación de los enfermos con intolerancia a la leche y derivados, aunque falta establecer criterios para la interpretación de los síntomas.

Financiamiento: La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Mar179

PREVALENCIA E IMPACTO DE SÍNTOMAS DIGESTIVOS EN PACIENTES DIABÉTICOS

R. Contreras-Omaña, M. Martínez-Zamorano, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Centro de Investigación en Enfermedades Hepáticas y Gastroenterología (CIEHG)

Introducción: La neuropatía es una complicación frecuente en la diabetes que puede alterar las funciones autónomas, motoras o sensoriales, y puede conducir a disfunción autonómica y síntomas digestivos. Además, los pacientes diabéticos tienen otros factores de riesgo para desarrollar trastornos digestivos, como fármacos, ajustes dietéticos y comorbilidades.

Objetivo: Identificar la prevalencia y el efecto de síntomas digestivos en pacientes diabéticos.

Material y métodos: Estudio clínico-epidemiológico con un diseño prospectivo, transversal, observacional y analítico. La población de estudio se conformó con individuos de ambos sexos con diagnóstico previo de diabetes mellitus, mayores de 18 años de edad, que dieron respuesta de forma completa a la encuesta "Molestias digestivas en pacientes con diabetes mellitus" desde el día 23 de junio del 2018 hasta el día 9 de mayo del 2019. La encuesta se creó con el cuestionario de salud 36-Item Short Form Survey (SF-36) y la prueba de dispepsia de Bisbal y Barúa. Se evaluó la prevalencia de síntomas digestivos en pacientes diabéticos y el efecto de los síntomas digestivos en la calidad de vida. El análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central, dispersión y frecuencia.

Resultados: Se incluyó a 221 sujetos con diagnóstico de diabetes mellitus, con intervalo de edad de 18 a 89 años; predomina el grupo de 40 a 50 años de edad (31%) y la mayoría de la población de estudio fue de sexo femenino (64%). La mayor proporción de la población de estudio tiene menos de 5 años con diagnóstico de diabetes

mellitus (43%), predominan cifras constantes de glucosa de 100 a 150 mg/dl (49%), y el 92% recibe tratamiento para el control de diabetes mellitus, de los cuales el medicamento que se emplea con mayor frecuencia es la metformina (65%). El sobrepeso y obesidad fueron frecuentes (45%). El 94% de la población ha presentado síntomas gastrointestinales y la mayoría los presenta al menos una vez a la semana (25%); el síntoma que dio inicio al malestar digestivo en la mayoría de los sujetos fue dolor abdominal (23%) y los síntomas más prevalentes fueron las flatulencias (80%), dolor abdominal (65%) y distensión abdominal (60%); al 30% de los sujetos los síntomas digestivos les impiden ejecutar las actividades de la vida diaria; los síntomas más incapacitantes fueron dolor abdominal (30%) y distensión (30%). El 14% afirmó tener una pérdida de peso significativa secundaria a las molestias digestivas, el 40% considera que su salud es regular-mala al considerar el malestar digestivo; el 28% afirma que su salud es peor en comparación con el año anterior; en 63%, los síntomas digestivos intervienen al realizar actividades de la vida diaria, como comer, dormir o realizar su vida social normal; 23% ha perdido días laborales a causa de las molestias digestivas. En relación con el costo de la atención médica, el 46% de los sujetos de estudio acudió en los últimos seis meses al menos a una consulta médica a causa de las molestias digestivas.

Conclusiones: La prevalencia de síntomas digestivos en pacientes diabéticos, así como el efecto de éstos, tanto económico como en calidad de vida de dichos pacientes, son elevados. No todos los síntomas digestivos del paciente diabético corresponden a neuropatía autonómica, y las flatulencias, el dolor abdominal y la distensión fueron los más frecuentes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento o patrocinio de algún tipo.

Mar180

EFFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN DIARIA DE PROBIÓTICOS DURANTE 2 MESES SOBRE LA MICROBIOTA FECAL EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

J. F. García-Mascorro, A. Martínez-Conejo, K. R. García-Zermeño, G. Hernández-Ramírez, O. Rodríguez-Aguilera, M. Aja-Cadena, M. Barradas-Cortés, M. Amieva-Balmori, F. B. Roesch-Dietlen, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana

Introducción: Todos los seres humanos albergan un complejo microbioma intestinal (~1x10¹¹ bacterias/g de contenido) compuesto por cientos de especies microbianas que son susceptibles de variar debido a la dieta y otros factores ambientales. Los probióticos se prescriben a menudo en casos de estreñimiento, pero no está bien documentado si son clínicamente efectivos y si estos cambios están relacionados con la microbiota intestinal.

Objetivo: Investigar el efecto de la administración de probióticos en la microbiota fecal de pacientes con estreñimiento.

Material y métodos: Se incluyó a 13 pacientes (promedio, 51 años) con estreñimiento funcional de acuerdo con los criterios de Roma IV. Una cápsula de Alflorex® (contiene 1x10⁸ UFC/g de Bifidobacterium infantis 35624) se administró todos los días durante un periodo consecutivo de dos meses. Se instruyó a los pacientes para que continuaran con sus hábitos sociales, dietéticos, de ejercicio y otros hábitos personales. Las muestras fecales se obtuvieron al inicio del estudio y al final de la administración de probióticos. La microbiota fecal (n = 26 en total) se analizó mediante una secuenciación de alto rendimiento del gen 16S.

Resultados: Cada paciente mostró una composición microbiana única en la línea de base y la variación de estas comunidades después

del periodo de dos meses de administración de probióticos también fue única para cada individuo, como se muestra en otras investigaciones. Se encontraron más de 1 000 tipos diferentes de bacterias. Blautia (promedio: 11.2%, mín: 0.3%, máx: 30.6%), Halospirulina (10.3%, 0.1-40.9%), Clostridium (8.7%, 0.5-27.7%) y Eubacterium (6.6%, 0.2-20.7%) fueron los taxones más abundantes entre todas las muestras. La comparación de las abundancias bacterianas entre la línea de base y el periodo posterior a la administración de probióticos reveló algunas diferencias estadísticamente significativas, pero en general la abundancia y las diferencias en el tiempo de la mayoría de los taxones fueron únicas para cada paciente. Al inicio del estudio hubo una mayor abundancia de Holdemania (p = 0.02, prueba t pareada), Blautia (p = 0.08) y otros grupos. No se identificaron diferencias significativas para Bifidobacterium (p = 0.4), pero diferentes especies de Bifidobacterium mostraron una variación distintiva en el tiempo. La diferencia más consistente entre los dos periodos de tiempo se relacionó con Blautia (la familia Lachnospiraceae dentro de los Firmicutes, más alta en la línea de base, 8 de los 13 pacientes mostraron una notable abundancia menor de ~ 15% en promedio en Blautia en la línea de base). No se hallaron correlaciones significativas entre las abundancias relativas para ningún taxón o combinación de taxones en ninguna combinación de tiempos. Los análisis de diversidad beta que utilizan distancias de UniFrac no ponderadas sugieren que las comunidades microbianas se agrupan en dos entidades, en parte según el periodo de tiempo.

Conclusiones: Este estudio muestra que la administración diaria de probióticos durante dos meses con una cepa de B. infantis 35624 puede vincularse con alteraciones significativas en la microbiota intestinal de las pacientes con estreñimiento. Sin embargo, es probable que este efecto se halle oculto por la variabilidad de la microbiota en el tiempo. La relevancia para la salud de las variaciones observadas en la microbiota intestinal requiere más investigación.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento.

Mar181

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ALVARADO EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE VERACRUZ

K. P. Gómez-Valadez, R. A. Maldonado-Rodríguez, J. Sempé-Minvielle, M. Amieva-Balmori, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, F. Roesch-Dietlen, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La apendicectomía es una de las principales intervenciones quirúrgicas de urgencia realizadas a nivel mundial; sin embargo, se ha informado una tasa de error diagnóstico del 15 a 30%, lo que implica una operación innecesaria que no está exenta de complicaciones y una mortalidad registrada de 1 a 3.5%. Alvarado propuso en 1986 un método clínico sencillo y aplicable en cualquier institución pública o privada para identificar a pacientes con posible cuadro de apendicitis con la intención de reducir estudios de imagen innecesarios, límites de error diagnóstico, implicaciones económicas y legales y, aunque diversos autores la han modificado, sigue vigente hasta la actualidad.

Objetivo: Determinar la validez de la escala de Alvarado en pacientes sometidos a apendicectomía en una institución del sector público de la ciudad de Veracruz.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y longitudinal. Muestra: pacientes >15 años con diagnóstico de apendicitis intervenidos quirúrgicamente durante los años 2017-2018 en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud de Veracruz. Tamaño de la muestra: se incluyeron 162 casos. Criterios de inclusión: pacientes con expediente clínico completo.

Variables analizadas: características antropométricas (edad y género), características clínicas (desplazamiento del dolor a la fosa ilíaca derecha, anorexia y náusea o vómito). Signos clínicos (sensibilidad en el cuadrante abdominal inferior derecho, signo del rebote, fiebre de 38°C o más) y alteraciones en el hemograma (leucocitosis >10 000/mm³ y desviación a la izquierda > 75%). Análisis estadístico: se utilizaron estadísticas descriptivas para la obtención de frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y de dispersión, valores mínimos y máximos e intervalo de confianza de 95%. La validez de la escala se realizó mediante el cálculo de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo. Se utilizó el ordenador IBM-SPSS, versión 25.0 para Windows.

Resultados: Se revisaron 198 expedientes de pacientes sometidos a apendicectomía, de los cuales se incluyó a 161 que tuvieron el expediente completo; en el 93.79% se corroboró el diagnóstico de apendicitis mediante estudio histopatológico (inflamación 60.92%, necrosis 13.90% y perforación 25.16%); el 6.21% presentó afectación ginecológica en ovarios y alteración urológica en 0.62%; el 54.66% correspondió al género masculino y la edad promedio fue de 24.7±7.78 (intervalo, 18-35). Los valores de la escala de Alvarado con punto de corte ≥5 tuvieron una sensibilidad de 87.65%, especificidad de 63.90%, VPP 90.81 y VPN 38.70 y al elevarlo ≥7 la sensibilidad fue de 48.34%, especificidad de 60%, VPP 94.80% y VPN 7.14%. Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: Aunque en numerosas instituciones hospitalarias no se emplea la escala de Alvarado, los resultados confirman que es todavía un método útil en la valoración del paciente con sospecha de apendicitis, que puede reducir los costos de la realización de estudios diagnósticos y evitar un procedimiento quirúrgico innecesario.

Financiamiento: El presente estudio se realizó con recursos propios de las instituciones participant es.

Tabla 1. Muestra de los hallazgos anatómopatológicos y el puntaje de parámetros de acuerdo con la propuesta de Alvarado para el diagnóstico de apendicitis aguda

Parámetro	n = 161	%
Diagnóstico		
Apendicitis	151	93.79
No complicada	92	57.14
Complicada	59	36.65
Necrosis	21	13.04
Perforación	38	23.61
Otra afección	10	6.21
Ginecológica	9	5.59
Urológica	1	0.62
Características antropométricas		
Edad (años) (intervalo)	24.7±7.78	18-35
Género		
Masculino	88	54.66
Femenino	73	45.34
Puntaje Escala de Alvarado		
1	1	0.00
2	2	1.24
3	3	1.86
4	17	10.58
5	36	22.36
6	26	16.15
7	36	22.36
8	22	13.67
9	18	11.18

Mar182

UTILIDAD DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO

J. L. de León-Rendón, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, L. E. Bolaños-Badillo, T. Navarrete-Cruces, R. M. Osorio-Hernández, J. A. Villanueva-Herrero, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción: La desnutrición es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de complicaciones en el paciente hospitalizado. La escala Control Nutricional (CONUT) y el Índice de Riesgo Nutricional (IRN) son métodos de cribado nutricional para predecir desnutrición. Estos métodos también se han empleado como herramientas pronósticas en diversas afecciones inflamatorias, neoplásicas e infecciosas.

Objetivo: Determinar la utilidad de las escalas de cribado nutricional (CONUT e IRN) en pacientes mexicanos con cáncer de recto.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyó a 53 pacientes con cáncer de recto. Se recabó información enfocada en las características demográficas, clínicas, bioquímicas, estudios de gabinete e informes histopatológicos de cada paciente, así como la necesidad de tratamiento quirúrgico, complicaciones posoperatorias y reintervenciones quirúrgicas, mediante la revisión del expediente clínico. Se calcularon las escalas CONUT e IRN a cada uno de los pacientes y se estratificó el riesgo de desnutrición según los parámetros establecidos para cada una de ellas. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 25.

Resultados: Las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en este estudio se muestran en la **Tabla 1**. Ninguno de los pacientes presenta riesgo de desnutrición evaluado por el IRN. Sin embargo, al evaluarse con la escala CONUT, el 73.5% (39 pacientes) presentaba en algún grado riesgo de desnutrición (leve en 26.4%, moderado en 39.6% y grave en 7.5%). Los pacientes con mayor puntuación en la escala CONUT (mayor riesgo de desnutrición) tenían complicaciones posoperatorias (19.2 vs. 31.1; p=0.011) y necesidad de reintervenciones quirúrgicas (25.7 vs. 41.5; p=0.019). Al evaluar la puntuación del IRN con los desenlaces posoperatorios no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos al evaluar la puntuación de la escala CONUT e IRN con las características tumorales, infiltración y progresión tumoral y respuesta al tratamiento.

Conclusiones: La escala CONUT podría representar un método de cribado nutricional útil en los pacientes con cáncer de recto, además de predecir desenlaces posoperatorios no óptimos. En virtud de los parámetros utilizados para calcular la escala CONUT (albúmina, colesterol, linfocitos totales), se convierte en una herramienta accesible, aplicable y de bajo costo en la mayoría de los centros hospitalarios.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1

Género (N-[%])	
Masculino	26 (49.1)
Femenino	27 (50.9)
Edad (años)	
	55.28±12.2
IMC (kg/m²)	
	25.27±4.39
Comorbilidades (N-[%])	
Ninguna	40 (75.5)
DM2 + HAS	06 (11.3)
DM2	03 (5.7)
HAS	01 (1.9)
Hipotiroidismo	01 (1.9)
HAS + hipotiroidismo	02 (3.8)

Consumo de tabaco (N-[%])	16(30.3)
Promedio consumo tabaco (años)	6.70 ± 12.30
Localización del tumor (N-[%])	25 (20.8)
Recto inferior	34 (64.2)
Recto medio	19 (35.8)
Distancia tumor de MA (cm)	4.14 ± 1.99
Tamaño tumoral (cm)	5.94 ± 2.94
Estadio clínico [%]	
II	04 (7.6)
III	31 (58.5)
IV	18 (33.9)
Intervención quirúrgica (N-[%])	42
Operación urgencia	14 (33.33)
Operación programada	28 (66.66)
Colostomía derivativa	27 (64.28)
ETM	06 (14.28)
RAP	03 (7.14)
ETM + ileostomía	03 (7.14)
Exenteración pélvica	02 (4.76)
Pull-Through	01 (2.38)
Complicaciones posquirúrgicas (N-[%])	
Ninguna	34 (81)
Si complicaciones	08 (19)
Neoadyuvancia (N-[%])	25 (47.20)
Respuesta clínica	7 (28)
Adyuvancia (N-[%])	26 (49.10)
Recurrencia	2 (7.69)

DM2, diabetes mellitus tipo 2; HAS, hipertensión arterial sistémica; ETM, exéresis total de mesorrecto; RAP, resección abdominoperineal.

Mar183

ANÁLISIS DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL TOMOGRÁFICA EN LOS DESENLACES DE LA CIRUGÍA COLORRECTAL

P. Moctezuma-Velázquez, O. Santes-Jasso, J. L. Aguilar-Frasco, F. U. Pastor-Sifuentes, N. Salgado-Nesme, O. Vergara-Fernández, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: El análisis de la composición corporal por tomografía permite identificar a los pacientes con sarcopenia o grasa visceral aumentada. Ambos parámetros se han relacionado con desenlaces quirúrgicos adversos, entre los que destacan complicaciones quirúrgicas, como infección, fuga de anastomosis, mortalidad y readmisión.

Objetivo: Determinar si la sarcopenia o la grasa visceral son factores vinculados con mortalidad, readmisión o fuga de anastomosis en cirugía colorrectal.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo de enero de 2007 a diciembre de 2018; se seleccionó a 542 pacientes sometidos a una operación colorrectal que implica al menos una anastomosis, y que contaran con una tomografía 30 días antes del procedimiento quirúrgico y con los datos completos en el expediente. Se realizó la medición del área de grasa visceral (AGV) y área muscular a nivel de L3 con el programa imageJ®. El análisis estadístico se efectuó con el software SPSS® versión 19. Las variables demográficas cuantitativas se representaron como medias y desviación estándar y las cualitativas como valores absolutos y porcentajes. Se realizó un análisis por regresión logística para identificar las variables relacionadas con mortalidad, readmisión y fuga de anastomosis; las variables con una $p < 0.1$ se incluyeron en el análisis multivariado.

Resultados: Se obtuvo una $N=542$; respecto de las características generales de la población, 47.7% correspondió a pacientes masculinos,

la edad promedio fue de 57.2 ± 17.3 años, sarcopénicos en 52% y obesidad visceral en 53%. Las complicaciones se presentaron con la siguiente distribución: fuga de anastomosis (9.5%), neumonía intrahospitalaria (8.8%), colecciones (12%), infección de sitio quirúrgico (11.8%), readmisión (6.8%) y mortalidad (3.5%). Entre los factores que se vincularon de forma significativa con mortalidad figuraron sarcopenia (OR 5.05, IC95%1.45-17.55, $p=0.01$), fuga de anastomosis (OR 10.51, IC95% 4.04-27.33, $p \leq 0.001$), Charlson >3 (OR 6.3, IC95% 2.34-16.91, $p \leq 0.001$). Los factores que se relacionaron con readmisión en el análisis multivariado son sarcopenia (OR 2.32, IC95% 1.09-4.92, $p=0.02$) y fuga de anastomosis (OR 2.42, IC95% 0.98-5.92, $p=0.05$). En el análisis multivariado ningún factor se relacionó con fuga de la anastomosis.

Conclusiones: En los últimos años, la composición corporal se ha relacionado con diversos desenlaces quirúrgicos; existen varios autores que relacionan la obesidad visceral y sarcopenia con mayor morbimortalidad. Respecto de la fuga de anastomosis existe información controversial; sin embargo, este estudio no identificó que la sarcopenia ni la grasa visceral se relacionaran con fuga de la anastomosis. La sarcopenia sí se vincula con mayor mortalidad y readmisión, por lo que deben implementarse la identificación y la prevención preoperatoria de los pacientes con sarcopenia para tratar de mejorar sus desenlaces.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Mar184

ABSCESO RETROPERITONEAL MASIVO POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR EN OBESIDAD MÓRBIDA: ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO

G. Chávez-Saavedra, D. Muñoz-Jiménez, E. Lara-Lona, A. M. J. Salcedo-Medina, L. Enríquez-Torres, L. A. Vázquez-Angiano, I. V. García-Alfárez, C. Hidalgo-Valadez, Universidad de Guanajuato

Introducción: El absceso retroperitoneal (AR) es un riesgo en la enfermedad diverticular complicada (EDC). Es una enfermedad grave que puede poner en riesgo la vida. Se presenta con síntomas inespecíficos: malestar general, astenia, adinamia, fiebre y, específicamente, dolor lumbar e inflamación local. Este difícil diagnóstico genera gran retraso en el inicio de su tratamiento. Gracias a la elevada sensibilidad del ultrasonido y la tomografía computarizada (86 y 100%, respectivamente), se facilita no sólo su diagnóstico, sino el tratamiento guiado para punción percutánea. Un retraso en el diagnóstico, así como un drenaje inadecuado, producen sepsis y choque séptico en relación con alta morbilidad y mortalidad. En casos de AR se debe descartar la EDC como origen probable. Otros sitios de origen incluyen otras localizaciones del tracto digestivo fistulizadas, origen renal, vertebral y de los músculos iliopsoas. En más de 80% de los casos, la causa es polimicrobiana. Entre los patógenos aeróbicos predominan *Escherichia coli* y *Staphylococcus aureus*. Entre los anaerobios más frecuentes se encuentran *Bacteroides spp.*, *Prevotella spp.* y *Peptostreptococcus spp.* El tratamiento consiste en la relación de antimicrobianos más el drenaje de la colección.

Objetivo: Describir un caso clínico de absceso retroperitoneal secundario a EDC en paciente con obesidad mórbida manejado de forma exitosa mediante abordaje de mínima invasión.

Reporte de casos: Paciente femenino de 28 años, antecedente de DM2 e hipertensión arterial, obesidad mórbida (IMC 48.5) de 10 años de evolución. Ingresó a urgencias por dolor en cuadrante inferior izquierdo abdominal EVA 9/10 de 5 días de evolución. Refiere que una semana antes inició con evacuaciones disminuidas de consistencia y presencia de sangrado fresco en moderada cantidad, malestar general, sensación de hipertermia, astenia y adinamia. A la exploración presenta aumento de volumen en hemiabdomen izquierdo, hiperemia

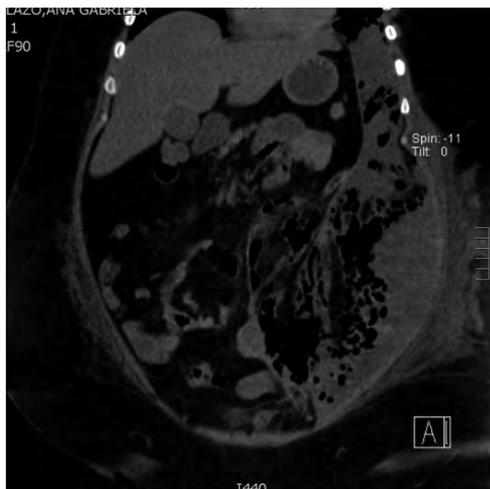
local, induración en pared abdominal, flanco, lumbar e inguinal izquierda, así como dolor en zonas respectivas. Signos vitales: TA 140/90mmHg, FC 110x, T 38.5C, FR 22, glucemia capilar de 400 mg/dl. Colonoscopia: escasos (3) divertículos en colon sigmoides, uno de ellos en localización posterior con evidencia de sangrado agudo, pared circundante hiperémica. Tomografía: absceso retroperitoneal que abarca pared del tórax lateral izquierda, flanco izquierdo, pared anterior de abdomen izquierda, región inguinal izquierda, región lumbar y retroperitoneo (**Fig. 1**). Hallazgos transquirúrgicos: se realiza incisión de 3 cm en flanco izquierdo, hasta abordar retroperitoneo, drenaje de 3 L de colección purulenta. Aseo con irrigación mediante jabón y 5 L de agua inyectable.

Discusión: Aunque la operación es todavía la indicación para el tratamiento definitivo en algunos casos de AR, la primera elección actual es el drenaje percutáneo. Éste puede consistir en aspiración mediante aguja o la inserción de un catéter que permanecerá por un número variable de días según el tamaño de la colección, y si es o no loculada. Según sean la localización y la causa del AR, el drenaje percutáneo puede ser el tratamiento definitivo o una etapa anterior a la operación. En este caso se demostró que la falta de disponibilidad o imposibilidad de drenaje percutáneo se pueden tratar exitosamente con abordaje de mínima invasión.

Conclusiones: Los abordajes de mínima invasión son una alternativa para tratar exitosamente casos de AR masivos en pacientes con obesidad mórbida.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. TAC abdominopélvica que muestra extensión de absceso retroperitoneal.



Mar185

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER COLORRECTAL

N. Hamdan-Pérez, H. D. Aguilar-Ramírez, M. Uribe-Esquivel, N. C. Chávez-Tapia, Médica Sur

Introducción: En México, el cáncer colorrectal (CCR) es la quinta neoplasia más frecuente. El tamizaje ha demostrado reducir la mortalidad por este cáncer. La recomendación actual es efectuar el tamizaje con prueba inmunoquímica fecal (FIT) anual y, si es positiva, completar con colonoscopia. En Norteamérica se ha informado que sólo el 63% de la población tiene actualizado su tamizaje. Dentro de

las estrategias que incrementan la participación de los pacientes para realizarse el tamizaje figuran enviar las pruebas FIT a domicilio, recibir orientación de un médico que dé seguimiento y suministrar educación al paciente.

Objetivo: Identificar la estrategia que ayude a incrementar la disposición de los pacientes para completar el tamizaje al realizarse colonoscopia posterior a un resultado de FIT positivo.

Material y métodos: Estudio clínico aleatorizado. Se incluyó a pacientes con riesgo promedio para CCR de 45 a 75 años, con FIT positivo, y se aleatorizaron a alguna de las tres estrategias: a) información por llamada telefónica, b) correo electrónico, c) informe entregado por el médico que realiza la revisión.

Resultados: Se incluyó a 68 pacientes con media de 55 años, 70% hombres. El 14% con DM2, la media de IMC de 29 kg/m², el 36% con obesidad y 12% con tabaquismo activo. En el grupo A se ha incluido a 21 pacientes, de los cuales 2 (11%) completaron el tamizaje y 7 (40%) se interesaron en someterse al estudio. En el grupo B se incluyó a 21 pacientes y 2 (9%) completaron el tamizaje. Y en el grupo C, con 26 pacientes, sólo 1 (5%) completó el tamizaje. La principal causa por la que no completan el tamizaje es la falta de información adecuada sobre la relevancia de la prueba FIT.

Conclusiones: Hasta este momento, la estrategia que más ha modificado la disposición de los pacientes ha sido recibir la llamada telefónica de un médico que le explique la importancia de completar el tamizaje en población con riesgo promedio para CCR.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ninguna institución.

Mar186

PARADIGMA ACTUAL DE LA DIVERTICULITIS AGUDA EN MÉXICO

G. Chávez-Saavedra, L. Enríquez-Torres, C. Hidalgo-Valadez, E. Lara-Lona, R. Hernández-Centeno, C. M. Vargas-Ramos, Universidad de Guanajuato

Introducción: El paradigma de la enfermedad diverticular, y particularmente de la diverticulitis aguda no complicada (DANC), ha cambiado en grado considerable. El cambio más importante se ha dado con el uso seleccionado de antibióticos, el manejo fuera del hospital y las propias indicaciones quirúrgicas. Sin embargo, en el medio aún existe gran heterogeneidad en el abordaje terapéutico de la DANC.

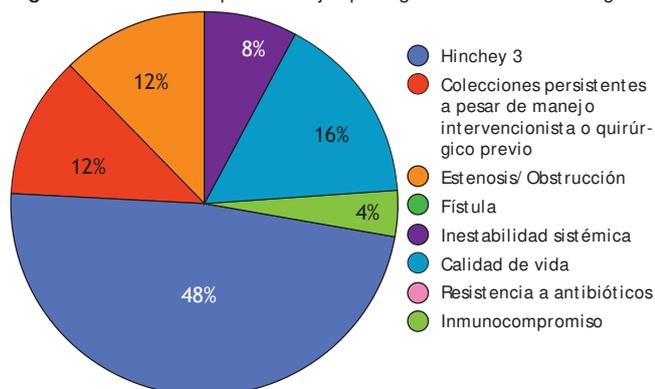
Objetivo: Conocer la conducta terapéutica en el uso de antibióticos y los argumentos en los que se basan las decisiones de los cirujanos generales, cirujanos colorrectales y residentes ante la DANC en México, así como las indicaciones quirúrgicas relacionadas.

Material y métodos: Se realizó una encuesta en línea de Google Forms con 12 preguntas a cirujanos generales, cirujanos colorrectales y médicos residentes de 3er y 4to años sobre las conductas terapéuticas ante una DANC. También se evaluaron las razones de dichos tratamientos, el uso de tomografía computarizada (TC), el tratamiento sin antibiótico, la elección del antibiótico, y las indicaciones más comunes para el tratamiento quirúrgico.

Resultados: Se encuestó a 25 médicos con edad promedio de 41 años: 68% cirujanos generales, 20% cirujanos colorrectales y 12% residentes de cirugía general. En DANC, el uso sistemático de la TC lo emplea el 84% de los encuestados. Una vez confirmada por TC, 72% utiliza antibióticos y las respuestas más seleccionadas fueron: "por que se trata de un proceso infeccioso" (44.4%) y "para prevenir mayor deterioro (perforación/peritonitis)" (38.9%). Sólo 28% considera no utilizarlos, de los cuales 42.9% piensa en valores bajos de marcadores de inflamación como el parámetro más relevante para no usarlos, mientras que el 28.6% opina que es la presentación de los síntomas por primera vez, y el porcentaje restante refiere la corta duración de éstos como el motivo principal. Existe gran heterogeneidad en la

elección del antibiótico; entre las opciones se encuentran: quinolonas+metronidazol (32%), cefalosporinas+metronidazol (28%), ertapenem (16%), amoxicilina/ácido clavulánico con o sin metronidazol (12%), cefalosporinas+clindamicina (8%), quinolonas (4%). El 64% señala que no debería evitarse la antibiotioterapia y más de la mitad de los médicos recomienda hasta 10 días de tratamiento para DANC y hasta 14 días para DA complicada. En cuanto al tratamiento quirúrgico, la mayoría de los encuestados (72%) considera que el número de episodios previos no es determinante y sí las indicaciones que se resumen en la **Figura 1**.

Figura 1. Indicaciones para manejo quirúrgico en diverticulitis aguda.



Conclusiones: En el manejo actual de la DANC todavía se utilizan los antibióticos de forma habitual por un gran porcentaje de médicos, a pesar de la evidencia del pobre beneficio que existe. El principal argumento de su uso en la DANC es la concepción de la enfermedad como una anomalía esencialmente infecciosa. Por el contrario, se ha abandonado la idea de que el número de episodios es una indicación para manejo quirúrgico. La intención del presente trabajo es establecer un panorama de la conducta terapéutica en general para promover el uso fundamentado de antibióticos y tener un punto de referencia para poder realizar nuevos estudios que demuestren un cambio de paradigma en el manejo de esta enfermedad.

Financiamiento: No existió.

Mar187

¿INFLUYE LA OBESIDAD EN LA MORBIMORTALIDAD DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA?

E. J. Barrios-Hernández, K. A. Angulo-Flores, M. A. Carrasco-Arróniz, J. C. Castellanos-Flores, J. Sempé-Minvielle, F. Díaz-Blanco, M. Jiménez-Paxtián, V. A. Fonseca-Pochoulen, F. Roesch-Dietlen, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La enfermedad diverticular del colon es una anomalía frecuente con mayor prevalencia en mayores de 50 años; de ellos, un 10% a 25% desarrolla complicaciones (diverticulitis, perforación o hemorragia) y exige intervención quirúrgica de urgencia entre 24 y 28% con una morbimortalidad elevada. Recientemente se ha postulado que la obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones y México ocupa a nivel mundial el 2º lugar, por lo cual un mayor número de pacientes debe intervenir quirúrgicamente; en este medio existe poca información, por lo que se decidió realizar el presente estudio en hospitales de los sectores público y privado de Veracruz

Objetivo: Conocer la influencia de la obesidad en la morbimortalidad en la enfermedad diverticular complicada.

Material y métodos: Tipo de estudio: prospectivo, multicéntrico, observacional y comparativo. Muestra: pacientes con enfermedad

diverticular complicada atendidos en hospitales de la ciudad de Veracruz, durante el periodo comprendido entre enero de 2015 y mayo de 2018. Los pacientes se clasificaron en 3 grupos de acuerdo con la OMS para clasificar la obesidad tomando en cuenta el índice de masa corporal (IMC kg/m²) (peso normal, sobrepeso y obesidad). Variables analizadas: edad, género, complicaciones perioperatorias y mortalidad. Análisis estadístico: los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva y de tendencia central y distribución mediante estadística inferencial con p<0.05, con el programa SPSS24.0.

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%) e IMC de 28.55±6.29 kg/m² y con factores de riesgo en 38-48% de ellos (diabetes mellitus 31.62%, obesidad 29.06%, hipertensión arterial 28.20% y cardiopatía isquémica 2.56%). El 64.10% se sometió a operación de urgencias (90.64%) por perforación y el 9.94% por hemorragia incontrolable; el 35.90% a operación programada, 47.62% por fistula colovesical, 42.86% por obstrucción y 9.52% por hemorragia; el 19.66% tuvo peso normal, 51.28% sobrepeso y 29.92% obesidad y en los 117 pacientes estudiados se presentaron complicaciones en el 31.62% y falleció el 3.42%. El mayor número de complicaciones y su gravedad ocurrieron en el grupo de obesos (51.35%), al igual que las defunciones (2.56%), la edad promedio fue de 70.77±6.87 años y con predominio del género masculino (63.16%); en los pacientes con sobrepeso, las complicaciones se presentaron en el 37.84%, con promedio de edad de 70.36±5.02 años y predominio también del género masculino (85.71%) y no ocurrió ninguna defunción y finalmente en el grupo de peso normal las complicaciones ocurrieron en el 10.81%, con predominio del género femenino (75.00%) y con mortalidad de 0.85%. Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: Los resultados obtenidos permiten establecer que en el medio, la obesidad es un factor determinante en la enfermedad diverticular complicada, la cual influye significativamente en la morbimortalidad en los pacientes que se someten a operación. Este

Tabla 1. Muestra de las características antropométricas y la morbimortalidad en el total de pacientes estudiados y en los grupos de peso normal, sobrepeso y obesidad.

Parámetros evaluados/ grupos estudiados	Total 117/100.00	Peso normal 22/19.66	Sobrepeso 60/51.28	Obesidad 35/29.92
Características antropométricas				
Edad (n/%)	63.59±15.93	68.52±7.43	70.36±5.02	70.77±6.87
Género (n/%)				
Masculino	63/ 53.85	1/ 25.00	12/ 85.71	12/ 63.16
Femenino	54/ 46.15	3/ 75.00	2/ 14.29	7/ 36.84
IMC (kg/m ²)	28,33±4.29	25.75±2.38	27.54±0.99	35.03±3.83
Morbilidad				
Total de complicaciones (n/%)	37/ 31.62	4/ 10.81	14/ 37.84	19/ 51.35
Infección herida	9/ 7.69	1/ 2,70	4/ 10.82	4/ 10.82
Absceso residual	8/ 6.84	2/ 5.40	3/ 8.11	3/ 8.11
Fuga anastomosis	7/ 5.96	1/ 2,70	2/ 5.40	4/ 10.82
Choque séptico	6/ 5.13	1/ 2,70	2/ 5.40	3/ 8.11
Eventración	6/ 5.13	1/ 2,70	2/ 5.40	3/ 8.11
Embolismo pulmonar	1/ 0.85	0/ 0	0/ 0	1/ 2,70
Mortalidad				
Defunción (n/%)	4/ 3.42	1/ 0.85	0/ 0	3/ 2.56

estudio debe ratificarse con un mayor número de casos, pero con acuerdo con lo publicado por otros autores.

Financiamiento: El estudio fue financiado con recursos de las propias instituciones.

Mar188

USO DE PROBIÓTICOS Y RECURRENCIA DE INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

D. Kúsulas-Delint, N. Hamdam-Pérez, J. A. González-Regueiro, N. E. Aguilar-Olivos, E. Cerda-Contreras, J. L. Romero-Flores, M. Uribe-Esquivel, Fundación Clínica Médica Sur

Introducción: *Clostridium difficile* (CD) es un microorganismo particularmente dañino que puede colonizar el intestino si el equilibrio de la flora se ha alterado (antibióticos). La infección por *C. difficile* (ICD) puede cursar asintomática, ocasionar diarrea, colitis pseudomembranosa, megacolon tóxico y muerte. Aunque el tratamiento con antibióticos a menudo es exitoso para la ICD, la recurrencia es común. La ICD recurrente se ha relacionado con una tasa de reingreso hospitalario 2.5 veces mayor, una estancia hospitalaria cuatro veces más prolongada y un índice de mortalidad 33% más alto en comparación con la ICD primaria. Los probióticos son organismos vivos (bacterias o levaduras) que podrían mejorar el equilibrio de los microorganismos del intestino. Metaanálisis de estudios clínicos aleatorizados (ECA) han demostrado que la ingestión de probióticos durante el tratamiento antibiótico redujo significativamente el riesgo de desarrollar ICD. Sin embargo, faltan estudios que evalúen la efectividad de los probióticos como tratamiento durante un episodio inicial de ICD.

Objetivo: Evaluar la influencia del uso de probióticos en la curación y recurrencia de ICD en pacientes adultos hospitalizados en la Fundación Clínica Médica Sur.

Material y métodos: Cohorte retrospectiva y observacional en la Fundación Clínica Médica Sur del 1 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2018. Se incluyeron expedientes de pacientes mayores de 18 años hospitalizados con diagnóstico de ICD mediante manifestaciones clínicas compatibles y pruebas microbiológicas de toxinas de CD, que contaran con los siguientes datos: edad del paciente, uso de tratamiento antibiótico concomitante, cifra de leucocitos, cifra de albúmina sérica y cifra de creatinina sérica. Se excluyeron los expedientes de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ICD mediante otros métodos: hallazgos colonoscópicos o anatomopatológicos que demostraran colitis pseudomembranosa. Análisis estadístico: las variables cuantitativas se representan como medias con desviación estándar y las variables cualitativas en frecuencias y porcentajes. El análisis univariado se realiza mediante T de Student para los datos con distribución normal y con χ^2 para los datos no paramétricos. Se realiza una regresión lineal para evaluar la relación entre el uso de probióticos y los desenlaces de curación y recurrencia en 8 semanas, así como su utilización según la gravedad de la infección.

Resultados: Se incluyó a 292 pacientes, de los cuales 60% (172) correspondió a hombres, con una media de edad de 59 ± 18 años. La complicación más común fue íleo en 4%, seguida de colitis fulminante en 2%. El 23% (66) recibió probióticos, y el más frecuente fue *Saccharomyces boulardii* (67%). Se observó una tendencia a disminuir la recurrencia a 8 semanas de ICD en el grupo de pacientes que tomaron probióticos en comparación con los que no los tomaron (OR 0.92; 0.35-2.39, $P=0.87$). En los pacientes con infección grave complicada se utilizaron menos probióticos (80%) en comparación con aquellos con infección leve a moderada (55%) y grave (56%) ($P=0.011$).

Conclusiones: El uso de probióticos ayuda a reducir la recurrencia de ICD en pacientes hospitalizados. La ingestión de probióticos durante el tratamiento de ICD no se vinculó con una mayor incidencia

de complicaciones. Se requieren estudios prospectivos para poder establecer dicha relación con mayor fuerza.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar189

APLICACIÓN DE LA ESCALA ATLAS EN LA INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIODES DIFFICILE* PARA PREDECIR DESENLACES CLÍNICOS

J. A. González-Regueiro, N. C. Chávez-Tapia, A. Miguel-Cruz, Fundación Clínica Médica Sur

Introducción: La infección por *Clostridioides difficile* se ha convertido en una de las principales infecciones relacionadas con los cuidados de la salud. La aparición de una nueva cepa hipervirulenta, BI/NAP1/027, ha provocado que la infección sea aún cada vez más frecuente, resistente al tratamiento, recurrente y grave. La implementación de escalas de gravedad se ha establecido para determinar la probabilidad de complicación de los pacientes y ofrecer la mejor opción de tratamiento; no obstante, estas escalas han sido poco eficaces para predecir desenlaces clínicos en los pacientes. La escala ATLAS es el único sistema de clasificación de gravedad que ha demostrado ser capaz de predecir la respuesta al tratamiento.

Objetivo: Primario: evaluar la utilidad de la escala ATLAS para predecir respuesta al tratamiento.

Secundarios: Evaluar la utilidad de la escala ATLAS para predecir complicaciones y recurrencia.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrolectivo, en un solo centro, del 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2016, en el que se evaluó la capacidad de la escala ATLAS para predecir desenlaces clínicos en la infección por *Clostridioides difficile*. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva; las proporciones se compararon con la prueba de χ^2 de Pearson; los riesgos relativos se muestran con su intervalo de confianza del 95%; la utilidad de la escala ATLAS para cada uno de los desenlaces se midió por medio de curvas ROC y análisis de sensibilidad y especificidad; y para medir la relación se utilizó análisis de regresión logística univariado y multivariado.

Resultados: Se incluyeron 205 expedientes de pacientes en el estudio y se observó que la escala ATLAS no es clínicamente útil para predecir respuesta al tratamiento, complicaciones y recurrencia en los pacientes con infección por *Clostridioides difficile*. Las curvas ROC de la escala ATLAS para respuesta al tratamiento, complicaciones y recurrencia obtuvieron un área bajo la curva (AUC) del 72.4%, 60.6% y 25.8%, respectivamente. Ninguna variable se puede considerar como predictora debido a que su AUC es menor de 80%. En el análisis univariado se observa que la escala no es útil para la predicción de desenlaces clínicos.

Conclusiones: La aplicación de la escala ATLAS no es útil para predecir respuesta al tratamiento, complicaciones y recurrencia en los pacientes con infección por *Clostridioides difficile*. Un sistema de clasificación de gravedad que sea capaz de predecir desenlaces clínicos es todavía una necesidad insatisfecha.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar190

IMITANDO A LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: HISTOPLASMOSIS INTESTINAL: INFORME DE UN CASO

D. C. Morel-Almonte, A. R. Guzmán-Cárcomo, T. Cortés-Espinosa, J. G. López-Gómez, M. Salamanca-García, M. M. Rosario-Morel, N.

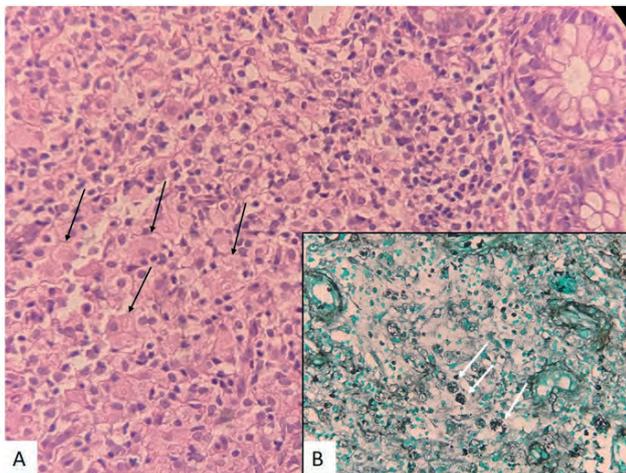
Gamboa-Piña, J. Aguilar-Hernández, C. Paredes-Amenábar, C. Navarro-Gerrard, D. S. Morgan-Penagos, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La histoplasmosis es una infección fúngica presente principalmente en pacientes inmunocomprometidos. Puede presentar infección diseminada que incluye múltiples órganos como el tracto gastrointestinal. Puede compartir manifestaciones clínicas y endoscópicas que se asemejan a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Objetivo: Informe de caso de histoplasmosis con afectación intestinal, características clínicas y endoscópicas muy parecidas a las del EII y puede ocultarla.

Reporte de casos: Paciente masculino de 54 años, originario de Mazatlán, Sinaloa, químico, con antecedentes de resección de timoma en 2011 e inmunodeficiencia común variable en tratamiento con gammaglobulina. En septiembre de 2018 inicia con dolor abdominal, hematoquecia intermitente y pérdida de peso de 10 kg de 1 mes de evolución. Exploración física fue normal y laboratorios de ingreso evidencian: leucocitos 11.24 miles/mm³, Hb: 12.8 g/dl, VSG: 11 ml/h, PCR: 21.6 mg/L, panel viral negativo. La colonoscopia revela mucosa de colon sigmoides y recto con patrón en empedrado, eritematoso, friable, con múltiples úlceras lineales y redondeadas; a descartar enfermedad inflamatoria intestinal o colitis de origen infeccioso, para lo que se toman múltiples biopsias. El estudio histopatológico reveló en un primer momento enfermedad inflamatoria intestinal tipo Crohn. Se solicita revisión de lamillas por segundo patólogo que, con tinciones especiales de Grocott y PAS, confirma infección por Histoplasma (Fig. 1). Se instituye tratamiento con anfotericina B a dosis de 0.7 mg/kg/día, con lo que muestra mejoría clínica y endoscópica a la tercera semana de terapia antifúngica.

Figura 1. A. Tinción HE. Mucosa de colon con granuloma; las flechas muestran macrófagos con citoplasma granular, histoplasma en su interior. **B.** Tinción de Grocott; las flechas negras muestran macrófagos cargados con histoplasma.



Discusión: Histoplasma capsulatum es un hongo mayormente asintomático y autolimitado. En inmunocomprometidos pueden presentarse infecciones diseminadas y potencialmente letales. Dentro de los sitios extrapulmonares, el 10% de los pacientes con histoplasmosis diseminada (DIH) presenta síntomas gastrointestinales (GI). Endoscópicamente, los hallazgos incluyen lesiones polipoides, ulceraciones, y se presentan en íleon y colon, con la posibilidad de confundirse fácilmente con la EII. Iniciar una terapia inmunosupresora con esteroides o inhibidores de TNF-alfa puede llevar a resultados desastrosos y mayor diseminación de la infección. Se requiere sospecha clínica y endoscópica para evitar confundir el diagnóstico

en esta enfermedad tan rara. El diagnóstico es histopatológico por lo que las biopsias por endoscopia, las tinciones especiales, son indispensables. Se ha visto buena respuesta con tratamiento antimicótico adecuado e incluye sobre todo anfotericina B e itraconazol. Este paciente representó un desafío diagnóstico. La DIH con manifestaciones GI es muy poco común y las más de las veces se diagnostica de manera tardía. El paciente mostró desde el inicio del tratamiento mejoría significativa. En este momento se encuentra en condiciones GI estables.

Conclusiones: La histoplasmosis es una infección fúngica oportunita. La afectación gastrointestinal es poco común y semeja un cuadro clínico similar al de la EII. En estos casos no puede faltar tomar múltiples biopsia y tinción especial. Se debe tener sumo cuidado de diferenciar la histoplasmosis de la colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn con afectación de colon en este medio antes de iniciar un tratamiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar191

PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON FACTORES DE RIESGO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI, B. C

F. M. Yocupicio-Yocupicio, R. Martínez-Miranda, J. D. Estrada-Guzmán, R. I. Ayala-Figueroa, R. Ruiz-Luján, A. R. Flores-Rendón, J. M. Avendaño-Reyes, Facultad de Medicina Mexicali UABC

Introducción: *Clostridium difficile* (CD) es una bacteria anaerobia estricta que se relaciona con infección y enterocolitis en el humano (ICD). Por lo regular se considera un patógeno nosocomial y vinculado con el uso de antibióticos; en los últimos años se ha documentado un incremento notorio y alarmante de la incidencia de la infección, tanto en los casos hospitalarios como en los originados en la comunidad. Su espectro es muy variable, desde diarrea leve hasta colitis fulminante y muerte. La cepa NAP-1/027 se relaciona con mayor letalidad y su prevalencia en México oscila entre el 28 y 91%.

Objetivo: Conocer la prevalencia de *Clostridium difficile*, confirmada por la técnica de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR-TR), en pacientes con factores de riesgo hospitalizados en el Hospital General de Mexicali ISESALUD (HGM).

Material y métodos: Diseño prospectivo, longitudinal y descriptivo. Se incluyó a pacientes adultos, consecutivos, con tratamiento de antibióticos y otros factores de riesgo para la ICD, hospitalización mayor a tres días, en el periodo de enero a octubre del 2018. La detección del CD en heces se realizó con PCR-TR mediante el sistema GeneXpert de Cepheid diagnostics; se utilizó estadística descriptiva para la frecuencia de factores de riesgo y se calculó la prevalencia con intervalo de confianza del 95%. Se recurrió al análisis multivariado para calcular el efecto independiente de los factores de riesgo.

Resultados: Se incluyó a 89 pacientes y se efectuaron en total 120 PCR (31 pacientes con doble muestreo). Hasta 18/89 tuvieron resultado positivo (20.2%) y en 12 de ellos (66%) se identificó la cepa hipervirulenta. Tuvieron diarrea 7/18 pacientes positivos (39% = ICD) con una mortalidad en los casos de ICD de 71%, mientras que en 12/18 (61%) se identificó la bacteria sin diarrea relacionada, con una mortalidad de 27%. Hasta 5/71 (7%) pacientes negativos experimentaron diarrea con una mortalidad global de 32% (23/71). En el análisis multivariado, la única variable independientemente relacionada con PCR positivo fue la diarrea y con mortalidad la leucocitosis.

Conclusiones: La presencia de CD en pacientes hospitalizados con diversos factores de riesgo no siempre se vincula con ICD. En 2/3 de estos pacientes positivos por PCR se identificó la cepa hipervirulenta

NAP-1/027. La ICD tuvo una elevada mortalidad en los pacientes de esta institución. Es posible que existan otros factores, aún no bien estudiados, que determinen el riesgo de colonización y/o infección por *Clostridium difficile* como la microbiota intestinal.

Financiamiento: Este trabajo recibió patrocinio parcial de la Universidad Autónoma de Baja California.

Mar192

DUODENITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDA NO VIH

P. Vidal-Cevallos, N. Hamdan-Pérez, A. Macari-Jorge, C. F. Ortiz-Hidalgo, L. E. Soto-Ramírez, E. Cerda-Contreras, Fundación Clínica Médica Sur

Introducción: El citomegalovirus (CMV) es un virus del herpes cuya infección aguda es generalmente asintomática en pacientes inmunocompetentes; el sitio gastrointestinal de infección más común es el colon; cuando afecta al tracto digestivo superior, el sitio habitual es el estómago (63.3%); la duodenitis se ha informado únicamente en 3.3% de los casos. Aunque representa una infección común en pacientes con VIH, no se han estudiado en realidad su incidencia y prevalencia en pacientes inmunocomprometidos por otras causas.

Objetivo: Describir un caso de duodenitis por infección por CMV en una paciente inmunocomprometida con enfermedad reumatológica. Reporte de casos: Mujer de 67 años de edad con antecedente de hipotiroidismo; cinco años antes se diagnostica síndrome antisintetasa en tratamiento con metotrexato, ácido fólico y leflunomida. Inició cuatro meses previos con evacuaciones diarreicas, sin moco ni sangre de 3-5 al día, astenia, hiporexia y pérdida de peso no intencionada de 14 kg. El coproparasitoscópico reveló *Giardia lamblia*, por lo que se administró albedazol sin mejoría. Al ingreso con signos vitales normales. Exploración física con dolor abdominal generalizado a la palpación y edema periférico. Laboratorios: Hb 8.8, Htc 27.4%, MCV 99.9, MCH 32, PCR 55.9, Alb 2.7, VIH negativo, sangre oculta en heces positiva. Tomografía abdominal con engrosamiento de la pared del duodeno y yeyuno; la panendoscopia muestra múltiples úlceras gástricas en el antro y una úlcera excavada en el duodeno (**Fig. 1**); los resultados de patología revelaron efecto citopático indicativo de citomegalovirus con inclusiones citoplasmáticas PAS positivas. Se inició tratamiento con valganciclovir de 900 mg cada 12 horas por 21 días, con mejoría.

Discusión: Los pacientes que reciben terapia inmunosupresora también tienen riesgo aumentado de infección por CMV. En un estudio

Figura 1. Panendoscopia que muestra úlcera excavada en la segunda porción del duodeno



observacional de cinco años de duración, con 7,377 pacientes con enfermedades reumatológicas, se notificó que 151 tuvieron infección por CMV, de los cuales sólo 2 tuvieron infección gastrointestinal; todos los pacientes infectados consumían esteroides. Las manifestaciones más comunes son faringodinia (59%), pérdida de peso (25%) dolor abdominal (19%) y diarrea (20%), y también puede presentarse gastritis postural, en la cual la epigastralgia mejora con la supinación. Las manifestaciones endoscópicas de la infección en intestino delgado son muy variables, desde eritema hasta pseudotumores. La perforación por CMV ocurre casi siempre en el íleon distal, aunque también se ha registrado en yeyuno. La antigenemia y la PCR séricas son por lo general negativas y tienen una sensibilidad de 54-64% y 81-87%, respectivamente, por lo que el estándar de oro para el diagnóstico es la endoscopia con toma de biopsias. La inmunohistoquímica tiene una sensibilidad de 93% y una especificidad del 100%.

Conclusiones: Los pacientes oncológicos, postrasplantados o con enfermedades autoinmunes también tienen un riesgo aumentado para enfermedad por CMV y las complicaciones adjuntas; es importante tener en mente este diagnóstico en esta población específica de pacientes para poder ofrecer el tratamiento adecuado a tiempo.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Mar193

SÍNDROME DE HEYDE. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

R. Nava-Arceo, U. I. Martín-Flores, Unidad Médica de Alta Especialidad. Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El síndrome de Heyde se describió por primera vez en 1958 como la relación entre estenosis aórtica y angiectasias gastrointestinales. Fue hasta 1968 que se comprobó su relación con el síndrome de von Willebrand adquirido tipo 2A, en el que existe una pérdida de multímeros de alto peso molecular del factor de von Willebrand, lo que produce la pérdida de capacidad de adhesión y agregación plaquetaria en situaciones de daño vascular.

Objetivo: Contribuir a la consideración del síndrome de Heyde dentro del diagnóstico diferencial del sangrado intestinal recurrente, su relación con cardiopatía valvular aórtica e implicaciones clínicas.

Reporte de casos: Paciente femenino de 78 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial sistémica, osteoporosis, sangrado digestivo no especificado y estenosis valvular aórtica. Cursa con nuevo cuadro de sangrado de tubo digestivo caracterizado por melenas y síndrome anémico con requerimiento transfusional, sin demostrarse causa de sangrado por endoscopia alta y colonoscopia. A la exploración física con hipotensión, soplo sistólico en foco aórtico y tacto rectal con resto de melena en guante explorador. Exámenes de laboratorio auxiliares sólo con anemia grave (hemoglobina 4.8 g/dl y hematócrito 14.5%). Debido a que en enteroscopia por empuje no se encontraron lesiones o restos de sangrado hasta 20 cm posteriores a duodeno, se realizó enteroscopia de doble balón y se hallaron angiectasias y lesiones petequiales sangrantes al contacto en yeyuno proximal (**Fig. 1**), por lo que se instituyó tratamiento con argón-plasma, con posterior remisión clínica de síntomas y egreso por mejoría.

Discusión: Las angiectasias son una de las principales causas de sangrado gastrointestinal recurrente en ancianos y se deben a un proceso degenerativo de la mucosa intestinal relacionada con el envejecimiento; su relación con la estenosis aórtica, el denominado síndrome de Heyde, es bien conocida. Se acompaña además de síndrome de von Willebrand adquirido de tipo 2A, con pérdida de multímeros de alto peso molecular del factor de von Willebrand, los cuales son necesarios para detener el sangrado proveniente de las

angiectasias. En el grupo de pacientes que requieren terapia con anticoagulantes, la reaparición del sangrado debe ser una de las principales preocupaciones para el clínico. Al momento de tratar a estos pacientes se debe tener en cuenta el riesgo cardiovascular para ajustar los valores objetivo de hemoglobina, especialmente cuando se encuentran en protocolo quirúrgico para reemplazo valvular. Se ha observado recientemente que, cuando el reemplazo se lleva a cabo, éste disminuye la nueva aparición de hemorragia y que incluso ésta podría ser en un futuro una indicación para llevar a cabo el procedimiento.

Conclusiones: El síndrome de Heyde debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial del sangrado intestinal recurrente, en particular en pacientes de la tercera edad. Su importancia radica en la implicación clínica que conlleva la ingestión de medicamentos con potencial hemorrágico y la potencial toma de decisiones respecto del tratamiento quirúrgico de la estenosis aórtica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Enteroscopia de doble balón que evidencia múltiples angiectasias en yeyuno proximal, friables al contacto.



Mar194

VIGILANCIA DE RECURRENCIA EN CÁNCER DE COLON Y RECTO: ¿VALE LA PENA REALIZAR FIT?

F. J. Robles-Rivera, J. Sánchez-Del Monte, A. Hernández-Guerrero, M. Herrera-Servín, M. C. Galindo-Orozco, N. Reynoso-Noverón, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: Después de la resección curativa del cáncer colorrectal, los programas de vigilancia van dirigidos a la búsqueda de recurrencias locales, metástasis a distancias y neoplasia metacrónica. Las recurrencias en las anastomosis ocurren en 2-15% de los pacientes operados de cáncer de colon y hasta en 30% de los pacientes con cáncer de recto en el seguimiento. El papel de ciertas estrategias no es claro; la prueba de inmunquímica fecal (FIT) se ha validado como método económico, no invasivo y accesible, de detección de cáncer colorrectal en la población con riesgo promedio, y puede representar una estrategia también como método de detección de recurrencia local en los pacientes post operados de cáncer de colon y recto.

Objetivo: Evaluar la efectividad mediante sensibilidad, especificidad y valores predictivos de la prueba inmunquímica fecal comparada con colonoscopia de seguimiento, en el diagnóstico de recurrencia local de pacientes tratados quirúrgicamente de cáncer de colon y recto con fines curativos.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo, de todos los pacientes con cáncer de colon y recto tratados quirúrgicamente con fines curativos y en los primeros tres años de vigilancia por el servicio Gastro-Oncología y Endoscopia del Instituto Nacional de Cancerología, en el periodo comprendido entre abril de 2018 y mayo de 2019. Se revisaron los expedientes electrónicos de todos los pacientes. Se realizó análisis de datos con estadística descriptiva: medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo con el tipo de variables. Se calculó la validez de la prueba FIT, comparada con la colonoscopia (estándar de oro), mediante la sensibilidad, especificidad, y valores predictivos positivos y negativos. Se compararon los grupos de estudio de acuerdo con el tipo de variable

y su distribución, mediante t de Student o U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas y ji cuadrada para las cualitativas. La comparación de la tasa de detección de recurrencia se realizó mediante la prueba de la ji cuadrada.

Resultados: Se incluyó a 40 pacientes para la prueba diagnóstica, 45% hombres, 55% mujeres; 62.5% de los cánceres se localizó en colon izquierdo, 15% en recto medio, 12.5% en colon derecho y 10% en recto inferior. La media de extensión del tumor fue de 45.9 mm, la mayoría G2 (moderadamente diferenciados), con un 40% en estadio IIA, 27.5% en estadio I y 15% en estadio IIIB. La media del ACE al diagnóstico fue de 9.08. Hasta 45% de los pacientes recibía quimioterapia y 17% neoadyuvancia. Una cifra de 87.5% tuvo una colonoscopia completa al diagnóstico. En un 67.5%, el tiempo transcurrido de la operación a la primera colonoscopia de vigilancia fue de un año. Hasta 30% de los pacientes mostró FIT positivo, de los cuales sólo uno correspondió a adenocarcinoma en la anastomosis durante la vigilancia; 12.5% de estos pacientes presentó adenomas tubulares, 7.5% pólipos hiperplásicos y 5% proctitis por radiación; otros hallazgos fueron alteraciones en el patrón vascular de la anastomosis en un 45%, edema o erosiones en un 22.5%, y estenosis en un 5%. No se correlacionó el valor del ACE con el diagnóstico, ni durante la vigilancia en el caso de recurrencia detectada por FIT durante el estudio.

Conclusiones: El FIT no representa una herramienta útil en la detección de recurrencia de cáncer de colon y recto en los pacientes bajo vigilancia tras la resección curativa, ya que tiene altos falsos positivos.

Financiamiento: No se recibió patrocinio alguno.

Mar195

VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y PREFERENCIA DE PACIENTES CON USO DE MESALAZINA EN COLITIS ULCERATIVA IDIOPÁTICA

I. E. Bravo-Espinoza, R. Y. López-Pérez, J. L. de León-Rendón, K. A. Soto-Hernández, A. Flores-Torres, F. A. Lajud-Barquín, M. F. Higuera-de la Tijera, Y. Gutiérrez-Grobe, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) requieren el uso prolongado de medicamentos para mantener la remisión; la falta de adherencia es común y se relaciona con resultado y pronóstico adversos. Conocer los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en estos pacientes y poder generar asesoría personalizada sobre la importancia de la adherencia al tratamiento de la EII pueden mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Objetivo: Describir y establecer la tasa de cumplimiento de tratamiento con mesalazina en pacientes con seguimiento en la consulta de EII del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal que incluyó a pacientes atendidos en la consulta de EII del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", diagnosticados con algún subtipo de EII y cuyo diagnóstico estuviera confirmado por histopatología en actual tratamiento con 5-aminosalicilatos. Se recolectaron del expediente clínico las características clínicas y demográficas de cada uno de los pacientes y se aplicó una encuesta guiada por médico de la consulta para conocer las siguientes variables: género, estado civil, escolaridad, años de tratamiento, número de dosis prescritas al día y preferencias en número de tomas de prescripción. Para determinar la adherencia a la prescripción se preguntó por porcentaje de apego a tratamiento, considerando como apego a tratamiento toma de más de 95% de medicamento prescrito en los últimos tres meses: olvidar menos de 5 tomas al mes con prescripción cada 8 h (total, 90

tomas), menos de 3 tomas al mes con prescripción cada 12 h (total, 60 tomas) y olvidar menos de 2 tomas al mes (total, 30 tomas) con prescripción cada 24 h. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de las variables. Las variables se expresaron como frecuencia (absoluta y porcentual). El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS V.25

Resultados: Se incluyó a 24 pacientes con diagnóstico de colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) en tratamiento con mesalazina. En la Tabla 1 se describen las características clínicas, demográficas y de apego al tratamiento en pacientes en seguimiento en consulta de EI encontradas en este estudio.

Conclusiones: La tasa de apego en estos pacientes no es distinta de la informada en otros estudios que señalan tasa de apego de 75 a 80%. La mayoría de los pacientes prefiere la mesalazina una vez al día y es más probable que olviden tomar los medicamentos por la tarde. Por tanto, se podría instituir dosis única en el tratamiento para incrementar el apego, ya que estudios señalan que la temporalidad de las dosis no modifica la respuesta.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Resultados con características clínicas y demográficas de apego al tratamiento en pacientes con seguimiento en consulta de EI

	n (%)
N	
Género	24 (100)
Masculino	12 (50)
Femenino	12 (50)
Edad (años)	
18-29	5 (20.8)
30-49	14 (58.3)
50-59	5 (20.8)
Estado civil	
Soltero	14 (58)
Casado	6 (25)
Unión libre	4 (17)
Escolaridad	
Primaria	1 (4.2)
Secundaria	3 (12.5)
Preparatoria	12 (50)
Licenciatura	8 (33.3)
Prescripción de la toma	
Cada 24 horas	3 (12.5)
Cada 12 horas	11 (45.8)
Cada 8 horas	10 (41.7)
Horario de olvido de toma	
Mañana	5 (20.8)
Tarde	11 (45.9)
Noche	8 (33.3)
Preferencia en toma de medicamento	
Dosis única por la mañana	11 (45.8)
Dos dosis: mañana y noche	4 (16.7)
Tres dosis: mañana, tarde y noche	9 (37.5)
Apego a tratamiento	
Sí (> 95% de tomas)	18 (75)
No (<95% de tomas)	6 (25)

Mar196

YEUÑOILEÍTIS ULCEROSA ASOCIADA A ESPRUE CELIACO. REPORTE DE CASO

C. Paredes-Amenábar, R. Ramírez-del Pilar, C. Navarro-Gerrard, M. M. Rosario-Morel, J. Aguilar-Hernández, K. C. Trujillo-de la Fuente,

D. C. Morel-Almonte, J. G. López-Gómez, T. Cortés-Espinosa, CMN Hospital 20 de Noviembre

Introducción: La enfermedad celiaca refractaria es infrecuente; se define como una enteropatía persistente a pesar de dieta libre de gluten durante 12 meses y se relaciona con yeyunoileítis ulcerativa.

Objetivo: Se presenta un caso de yeyunoileítis ulcerosa por esprue celiaco. En la bibliografía sólo existen series de casos.

Reporte de casos: Paciente masculino de 65 años, con antecedentes de miastenia grave y enfermedad celiaca parcialmente respondedora. En mayo de 2018 presenta 15 evacuaciones diarreas diarias, acompañadas de lienterías, sin pujo, tenesmo, moco o sangre. Laboratorio: Hb: 13.8 g/dl, PCR: 11.5 mg/L, VSG: 19 mm/H, DHL: 105 U/L, BT: 0.9 mg/dl, BI: 0.58 mg/dl, BD: 0.32 mg/dl, cANCA y pANCA negativos. Coprológico: consistencia diarreaica, sin ácidos grasos, vegetales y restos de alimentos escasos, emulsionabilidad aumentada. Colonoscopia previa con enfermedad diverticular no complicada. Úlceras con bordes granulares de colon ascendente. Úlceras longitudinales de colon transverso. Ileítis atrófica. Por enteroscopia se evidenció una enfermedad celiaca complicada por yeyunoileítis ulcerativa. El informe histopatológico describió una yeyunoileítis ulcerativa. Por endoscopia se observó una gastropatía eritematosa de antro y duodenitis crónica. Las biopsias de íleon revelaron ileítis crónica con atrofia de vellosidades. La colonoscopia de seguimiento reveló flebectasias en colon descendente y una lesión ulcerada de 15 x 20 mm, friables, relacionadas con obstrucción luminal de colon ascendente. Úlcera en ciego de 10 mm en relación con estenosis flanqueable. La biopsia de colon reveló úlcera aguda y mucosa con datos de regeneración (Fig. 1). Se descartaron otras causas de yeyunoileítis con anticuerpos y enterorresonancia. Se inició tratamiento con anti-TNF en base a infliximab (400 mg IV) cada 8 semanas. Actualmente presenta evacuaciones formadas, 1-2 por día, sin moco ni sangre.

Figura 1



Discusión: La enfermedad celiaca es un trastorno en el que se desarrollan cambios inflamatorios en la mucosa del intestino delgado posterior a una reacción de antígeno-anticuerpo al gluten. A pesar del buen apego a dieta libre de gluten, el paciente persistía con diarrea, por lo que se sospechó esprue refractario. Con base en el abordaje de Ryan et al. se excluyeron otras causas de enteropatía. La yeyunoileítis ulcerativa es una alteración rara caracterizada por úlceras crónicas y cicatrización que lleva a la formación de estenosis que pueden simular una enfermedad de Crohn, vasculitis isquémica o neoplasia. Es más frecuente en adultos de la quinta a sexta décadas de la vida. El diagnóstico se establece con enteroscopia y cápsula endoscópica. Los casos informados por Charlene et al. atribuyen la yeyunitis ulcerativa a una complicación de enfermedad celiaca.

Clínicamente incluye a pacientes asintomáticos, con anemia por deficiencia de hierro hasta enteritis ulcerativa con colitis microscópica. Existen pocos informes sobre el tratamiento de la enfermedad celiaca refractaria basado en esteroides, inmunomoduladores y terapia biológica anti-CD52 en algunos informes de caso. En el caso descrito se inició terapia con anti-TNF y se consiguió adecuada respuesta.

Conclusiones: Una vez descartadas otras enteropatías similares y más frecuentes, se debe sospechar esta alteración y realizar un abordaje diagnóstico/ terapéutico con inmunosupresión; la respuesta depende del tipo de refractariedad.

Financiamiento: No hay ningún interés comercial ni financiamiento de ningún tipo.

Mar197

DIARREA CRÓNICA EN UNA MUJER DE 39 AÑOS SECUNDARIA A LINFOMA DE CÉLULAS T ASOCIADO A ENTEROPATÍA (EATL). REPORTE DE CASO

J. G. Pinales-Rangel, J. García-Salas, J. A. Martínez-Reyes, M. F. Huerta-de la Torre, M. E. Murguía-Bañuelos, F. M. Huerta-Iga, Facultad de Medicina de la U.A.C

Introducción: El EATL es un tipo de linfoma T que representa menos del 5% de los linfomas gastrointestinales. Es muy agresivo, con supervivencia a 2 años del 15-20%. Se subdivide en 2 tipos (OMS): tipo I, más frecuente, que se relaciona con enfermedad celiaca y se caracteriza por ausencia de expresión de los antígenos CD8 y CD56; el tipo II representa 10 a 20% de las EATL en los países orientales y no se vincula con la enfermedad celiaca.

Objetivo: Comunicar el caso de una mujer de 39 años con diarrea crónica y diagnóstico clínico de linfoma de células T relacionado con enteropatía.

Reporte de casos: Mujer de 39 años con infección enteral inespecífica en agosto de 2017 que se autolimitó. Acude a consulta en diciembre de 2017 por persistir con diarrea líquida mucosa de cuatro meses de evolución, con patrón de seis veces en 24 horas y sin fenómenos acompañantes. Por uso empírico de antibióticos se solicitó PCR para *Clostridium difficile* que fue negativo. Se realizó colonoscopia que confirmó el diagnóstico de colitis linfocítica con eosinofilia y se prescribió tratamiento con budesonida a dosis de 9 mg al día durante 8 semanas con resolución total de la diarrea. En mayo de 2018 presenta recaída con 6 evacuaciones líquidas al día, y se añade distensión abdominal y malestar general. Se suspendieron trigo y lácteos de la dieta, lo que logra mejoría con 1 a 2 evacuaciones semipastosas, y se solicitan de manera complementaria anticuerpos antitransglutaminasa IgG e IgA (anti-tTG), HLA DQ2 y DQ8 que fueron negativos. Se realizó endoscopia con biopsia duodenal que reveló atrofia intestinal Marsh III, así como cápsula endoscópica con imágenes indicativas de atrofia epitelial a todo lo largo del intestino delgado. Pensando en esprue tropical se inició en forma empírica vibramicina durante 2 semanas que produjo discreta mejoría, pero sin lograr controlar la diarrea. En septiembre de 2018 acudió a urgencias por dolor abdominal intenso, se hospitalizó y se la trató entonces como probable enteropatía autoinmune; se solicitaron anticuerpos antienterocito que resultaron negativos. Egresó sin diagnóstico y con control regular de la diarrea. En febrero de 2019 acude por agravamiento de la diarrea, dolor abdominal intenso y lesiones eritematosas elevadas en la piel de abdomen y hombro derecho. Se realizaron estudios endoscópicos de control y biopsias tanto de piel como de mucosa duodenal y colon que confirmaron, en tres sitios diferentes, el diagnóstico de EATL. Se inició quimioterapia y se ha sometido hasta el momento a tres esquemas diferentes de medicamentos. En mayo de 2019 se realizó resección intestinal por obstrucción

por actividad tumoral y en junio 2019 se hospitalizó por dolor neuropático en miembros pélvicos y movimientos involuntarios que no cedieron a múltiples analgésicos. Se realizó punción para LCR y se confirmó actividad tumoral a este nivel. Hasta el 15 de julio de 2019, la paciente continúa hospitalizada y en tratamiento con citarabina, metotrexato y metilprednisolona.

Discusión: En el estudio de la diarrea crónica se debe seguir el algoritmo indicado en las guías clínicas, especialmente la propuesta para cada país, lo que evita de esta manera el despido de recursos de todo tipo.

Conclusiones: Se presenta el caso poco frecuente de un linfoma de células T relacionado con enteropatía, de los pocos publicados en México.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar198

¿ES MOMENTO DE AUMENTAR LA SOSPECHA CLÍNICA DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA POBLACIÓN JOVEN MENOR DE 50 AÑOS?

D. M. Escobedo-Paredes, A. I. Hernández-Guerrero, M. C. Manzano-Pobleda, A. M. González-Saucedo, R. U. Aguilar-Moreno, P. G. Soc-Choz, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: El cáncer de colon y recto (CCR) se sitúa a nivel mundial en el tercer lugar en prevalencia con el 10.2% de las neoplasias y en el segundo en mortalidad con un 9.2%, de acuerdo con el GLOBOCAN 2018. En Estados Unidos, de 1998 a 2007 se registró un incremento anual de 2.1 a 3.9% en la prevalencia del CCR en menores de 50 años. Debido a ello, actualmente algunas guías sugieren iniciar el tamizaje a los 45 años. Es de suma importancia conocer las características de los pacientes jóvenes con diagnóstico de CCR; de éstas, la presentación clínica inicial juega un papel fundamental para favorecer un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Objetivo: Identificar los síntomas o signos de presentación del CCR en pacientes menores a 50 años en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan). Como objetivo secundario se analizaron las principales características clinicopatológicas y endoscópicas en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se realizó búsqueda en el expediente electrónico del INCan y se incluyó a los pacientes < 50 años diagnosticados por primera vez con CCR de agosto de 2013 a agosto de 2018 que contaran con colonoscopia y biopsias confirmatorias. Se excluyó a los pacientes con expediente incompleto. Se registró como síntoma o signo inicial el referido por el paciente al momento del interrogatorio. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v23. Las variables continuas se describieron con medias, medianas y desviación estándar, y las cualitativas con frecuencias relativas. Se utilizó ji cuadrada para comparar grupos con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Resultados: En el periodo establecido se registró a 1,576 pacientes con CCR, de los que 390 (24.7%) fueron menores de 50 años. Se eliminó a 76 pacientes por no contar con el informe de la colonoscopia inicial. De los 314 pacientes incluidos en el análisis, 163 (51.9%) fueron hombres y 151 (48.1%) mujeres, con una media de edad de 40 (± 7.8) años. El intervalo de edad con más pacientes con CCR fue de 45-49 años con 117 (37.3%). Un 16.9% contaba con antecedente familiar de CCR y 14.3% del total de los casos correspondió a un síndrome hereditario, el síndrome de Lynch el más frecuente (10.5%). Los síntomas al diagnóstico fueron sangrado (43%), dolor abdominal (26%), estreñimiento (13%), diarrea (4%), pérdida de peso (4%), otros (8%) y asintomático (2%). Con un tiempo de evolución al diagnóstico de 8.8 (± 9.7) meses (Tabla 1). La localización predominante fue el recto en 186 casos (59.2%), seguido de colon izquierdo

con 66 (21%) y derecho con 62 (19.7%). Al diagnóstico fueron tempranos (EC I) en 7%, localmente avanzados (EC II-III) en 52.5% y EC IV en 40%. La mortalidad global fue de 47.6%, y fue mayor en el género masculino (57.6 vs. 37%, $p < 0.001$), así como en la localización en el lado izquierdo en comparación con el derecho (56 vs. 27%, $p < 0.001$).

Conclusiones: Una cuarta parte de los pacientes diagnosticados con CCR en este hospital es menor de 50 años, y de ellos el 40% se diagnostica en etapa clínica IV. Los principales síntomas iniciales son sangrado, dolor abdominal y estreñimiento, lo cual puede favorecer el retraso al diagnóstico al confundirse con manifestaciones comunes de enfermedades benignas, como son la enfermedad hemorroidal y el síndrome de intestino irritable. Es necesario incluir el CCR dentro del diagnóstico diferencial en este grupo etario.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de algún tipo.

Tabla 1. Características clínicas del CCR en 314 pacientes menores de 50 años

	Media (DE)	Porcentaje	n =
Género			
Masculino		51.9%	163
Femenino		48.1%	151
Edad (años)	40 años (± 7.8)		
≤ 20		2.5 %	8
21-24		3.2 %	10
25-29		5.7%	18
30-34		11.5%	36
35-39		17.8%	56
40-44		22%	69
45-49		37.3%	117
Antecedente familiar de CCR		16.9%	53
Síndrome hereditario		14.3%	45
Lynch		10.5%	33
PAF		3.2%	10
Síntomas inicial			
Sangrado		43%	135
Dolor abdominal		26%	82
Estreñimiento		13%	41
Diarrea		4%	13
Pérdida de peso		4%	13
Otro		8%	25
Asintomático		2%	5
Tiempo al diagnóstico	8 meses (± 9.7)		

Mar199

UTILIDAD DE LA MEDICIÓN DE LA LONGITUD DE LA ZONA DE ALTA PRESIÓN ANORRECTAL PARA EVALUAR A PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO O INCONTINENCIA FECAL MEDIANTE MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN

N. G. Salas-Lozano, J. D. Martínez-Cortés, F. M. Montes de Oca-Salinas, M. A. Suárez-Jáquez, I. Minero-Alfaro, Y. Zamorano-Orozco, J. E. Suárez-Morán, C. I. Blanco-Vela, Hospital Español de México y Hospital Central Militar

Introducción: La manometría anorrectal es una herramienta útil en la evaluación de estreñimiento crónico e incontinencia fecal. La definición de la longitud funcional del canal anal (LFCA) data de la época de la manometría convencional y se define como la longitud del canal anal en la cual la presión aumenta de 4 a 5 mmHg con respecto a la presión rectal. La información sobre LFCA se menciona con regularidad en los informes de manometría, pero no se ha determinado si tiene una relación con incontinencia fecal o estreñimiento.

Objetivo: Comparar la longitud de la zona de alta presión anorrectal (LFCA) en pacientes con estreñimiento e incontinencia fecal y demostrar que existen diferencias entre los valores de LFCA entre estas poblaciones.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron los resultados de la manometría anorrectal de alta resolución de pacientes enviados por incontinencia o estreñimiento al servicio de fisiología gastrointestinal de un centro de tercer nivel de enero de 2018 a junio de 2019. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva y para las comparaciones entre los grupos se utilizaron la prueba T de Student, la prueba de rangos de Wilcoxon y la de χ^2 , según fuera aplicable.

Resultados: Se incluyó a 86 pacientes, 44.1% (N=38) en el grupo de incontinencia y 55.8% (N=48) en el grupo de estreñimiento. La media de edad de los grupos fue de 57 ± 16 años y de 53 ± 15 años, respectivamente (p no significativa). En ambos grupos se encontró un predominio del sexo femenino en ambas indicaciones (81.6% N=31 vs. 79.2% N=38, p no significativa). La media de longitud de la zona de alta presión anorrectal fue de 3.64 ± 0.65 vs. 3.74 ± 0.65 , p no significativa. Como era esperable, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la presión en reposo del canal anal (51.77 ± 22 vs. 75.41 ± 27 , $p < 0.001$), la presión durante la contracción voluntaria (112.83 ± 50 vs. 196.96 ± 93 , $p < 0.001$) y la aparición del deseo para evacuar (73.42 ± 34 vs. 105.11 ± 58 , $p < 0.05$) y la sensación de urgencia para evacuar (120.61 ± 47 vs. 153.95 ± 54 , $p < 0.01$).

Conclusiones: La medición de la longitud de la zona de alta presión anorrectal (LFCA) no se correlaciona con los valores de la presión del canal anal en reposo o durante la contracción voluntaria y no es útil para establecer diferencias entre las poblaciones con incontinencia o estreñimiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún grupo.

Mar200

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE UNA SERIE DE CASOS DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN UN HOSPITAL PRIVADO DE TERCER NIVEL

J. R. Mena-Ramírez, C. G. Morales-Olvera, L. Lanz-Zubiria, M. Figueroa-Palafox, C. Y. León-Hernández, E. Aguilar-Zamora, M. Camorlinga, M. Uribe-Esquivel, N. C. Chávez-Tapia, Fundación Clínica Médica Sur

Introducción: La infección por *Clostridium difficile* (ICD) representa un problema de salud a nivel mundial en las instituciones de salud públicas y privadas. El incremento de las enfermedades crónicas en la población general, en conjunto con el uso irrestricto de antibióticos y otros medicamentos que predisponen a la ICD ha determinado un incremento de la incidencia y morbilidad de esta afección.

Objetivo: Describir las características clínico-epidemiológicas y microbiológicas de una serie de casos de pacientes hospitalizados con infección por CD en un hospital privado de tercer nivel.

Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo de pacientes hospitalizados con infección por CD. Se determinó la infección en los casos por medio de GDH/ toxinas o PCR en muestras fecales; la muestra se cultivó después en medio agar y se evaluó a susceptibilidad antimicrobiana, y luego se realizó un estudio de citotoxicidad. Se recolectaron las características sociodemográficas y clínicas, incluidos tratamiento, gravedad y complicaciones relacionadas con la infección. Los datos se presentan en medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: De marzo de 2018 a junio de 2019 se conformó un total de 33 casos, 57.6% (n=19) correspondió a hombres con una mediana de edad de 58 (42-71) años. El 21.2% (n=7) de los pacientes consumía

inhibidos de bomba de protones antes de la infección. El 60.6% (n=20) de las infecciones se diagnosticó por métodos de dos pasos (GDH/ toxinas). El 48.5% (n=16) de las infecciones fue adquirido en la comunidad. Hasta 63.6% (n=21) de las infecciones fue no grave (criterios IDSA 2018). Un total de 72% (n=24) de las infecciones se trató con vancomicina, 39.4% (n=13) recibió probióticos y 60.6% (n=20) antidiarreicos. El 15% (n=5) de los pacientes presentó alguna complicación. Los pacientes con mayor edad presentaron una tendencia a episodios graves ($p=0.058$). No se encontró relación entre otras variables sociodemográficas o clínicas con la presencia de infecciones graves o la aparición de complicaciones. En el análisis microbiológico se obtuvieron 9 cultivos positivos, el 100% de las muestras resultó susceptible a metronidazol y vancomicina. El 100% de las muestras mostró posibilidad de expresión de toxina A y B 1 muestra resultó positiva para la expresión de toxina binaria.

Conclusiones: La frecuencia de ICD adquirida en la comunidad es elevada en esta muestra de pacientes. La proporción de infecciones graves y complicaciones es similar a lo informado en otros centros. Todas las muestras disponibles para análisis de susceptibilidad demostraron sensibilidad a metronidazol y vancomicina.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar201

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO DE ORIGEN OSCURO, DIVERTÍCULO DE MECKEL EN UN ADULTO JOVEN

S. Padilla-Hernández, A. Martínez-Carreón, R. Canul-Uc, E. Gutiérrez-Martínez, A. Herrera-Mayora, N. Torres-Neme, A. M. García-Ortiz, Hospital Regional de Veracruz, ISSSTE

Introducción: El divertículo de Meckel es la malformación congénita más frecuente del tubo digestivo. En la mayor parte de los casos es asintomático en el adulto. La relación con otras complicaciones permite llegar al diagnóstico. El sangrado de tubo digestivo representa un 8% de los síntomas vinculados con el divertículo de Meckel complicado.

Objetivo: Presentación de un caso de sangrado digestivo de origen oculto en una mujer joven con una causa infrecuente: un divertículo de Meckel.

Reporte de casos: Paciente femenino de 18 años, estudiante de licenciatura, originaria de Córdoba, Ver., obesa, sin padecimientos crónico-degenerativos o antecedentes quirúrgicos. Cursó con múltiples episodios de sangrado de tubo digestivo: en 2016 evacuaciones melánicas que exigieron hospitalización por anemia grave; en enero de 2017 hematoquecia de aspecto vinoso y coágulos, que requirió apoyo transfusional. Tratada ambulatoriamente con complementos de hierro y mesalazina. En junio de 2018 presenta insidiosamente astenia, mareo, náusea, ortostatismo, dolor abdominal epigástrico intermitente, urente, de intensidad 4-5/10, acentuado con la ingestión alimentaria, acompañado de sensación de plenitud posprandial y pérdida de 10 kg en 6 meses por disminución del consumo alimentaria. El 14 de junio de 2018 se sometió a endoscopia alta y se documentó esofagitis y gastritis biliar, y el 27 de junio colonoscopia sin evidencia de afección; el 28 de junio tomografía computarizada contrastada de abdomen con informe de imágenes indicativas de invaginación intestinal a nivel del íleon distal. Se decide ingreso por clínica de síndrome anémico (hb 6.9 g/dl) para recibir transfusión de concentrados eritrocitarios, en total 3 unidades sin reacciones adversas y reposición de hierro parenteral de acuerdo con el déficit. Sin nuevos eventos de sangrado durante dicho internamiento. Se la refirió al CMN 20 de noviembre para complementación por estudios de imagen; el 9 de julio de 2018 se realiza enteroscopia retrógrada con doble balón con hallazgo de hiperplasia linfóide después de la válvula

ileocecal y áreas eritematosas y excavadas con ausencia de mucosa en dicha zona, friable al paso del enteroscopio. Unos 40 cm más adelante se identificó divertículo de Meckel, sin evidencia de sangrado activo. Se obtienen biopsias y el informe histopatológico evidencia la presencia de metaplasia gástrica. Valorada por cirugía general, que decide conducta expectante y seguimiento por la consulta externa.

Discusión: El algoritmo para el diagnóstico del sangrado con sospecha de origen en el "intestino medio", antes llamado de origen oscuro, recomienda la utilización de cápsula endoscópica. Al no encontrarse disponible, se realizó enteroscopia que identifica la causa del sangrado: un divertículo acompañado de un proceso inflamatorio en la mucosa intestinal adyacente. El sangrado ocurre casi siempre en un contexto de inflamación y también se relaciona a menudo con ulceración de la mucosa secundaria a la producción ectópica de ácido por mucosa gástrica metaplásica, fenómeno observado en esta paciente. En cuanto al tratamiento en el adulto, que comúnmente es un hallazgo fortuito, existe un debate acerca de si el riesgo quirúrgico supera al riesgo de complicaciones relacionadas por el divertículo per se; en este caso, al mantenerse estable, se optó por la conducta expectante.

Conclusiones: La complicación del divertículo de Meckel más frecuente es el sangrado y debe incluirse como diferencial en adultos jóvenes sin otra causa evidente. La enteroscopia puede ayudar a identificar áreas de sangrado no evidente con otros estudios endoscópicos.

Financiamiento: Ninguno.

Mar202

VALIDACIÓN DE ESCALA BHAM EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA EN MÉXICO

A. Rodríguez-Galván, M. F. Morales-Jiménez, R. Balanzá-López, N. E. Aguilar-Olivos, F. Rojas-Mendoza, Fundación Clínica Médica Sur

Introducción: La hemorragia digestiva baja (HDB) tiene menos prevalencia que la hemorragia digestiva alta (HDA), pero posee mayor mortalidad y estancia hospitalaria. A diferencia de HDA, en HDB hay múltiples escalas predicción de gravedad, pero no se adecuan a todas las poblaciones.

Objetivo: Determinar la utilidad de la escala BHAM en pacientes con HDB para predicción de sangrado grave en la población.

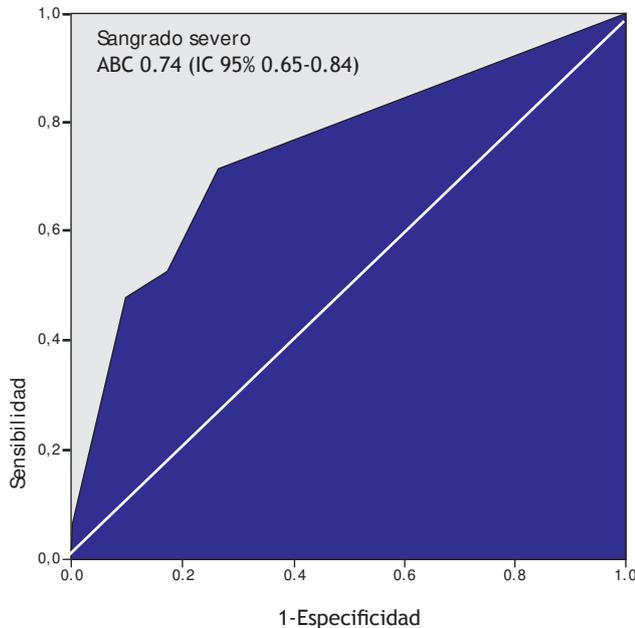
Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional que incluye a pacientes con HDB en el hospital Médica Sur, de enero de 2016 a mayo de 2019, mayores de 18 años con expediente completo y se excluye a pacientes con antecedente de cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal. Se recolectaron datos demográficos, clínicos y laboratorios en urgencias, así como el cálculo de escalas de estratificación de riesgo para cada uno de los pacientes. Se utilizó estadística descriptiva (pruebas paramétricas y no paramétricas de acuerdo con el tipo de variable) y se determinó el área bajo la curva (ABC) para sangrado grave en escalas de estratificación; se consideró diferencia significativa $p<0.05$.

Resultados: En total fueron 181 pacientes, 21% tuvo sangrado grave, 23.2% transfusión, 2.8% resangrado, 2.2% angiografía, 10.5% ingreso a terapia intensiva (UTI) y 6.1% requirió reingreso hospitalario. Ningún paciente necesitó operación o falleció durante su hospitalización. La escala BHAM tiene un ABC para sangrado grave de 0.74 (IC 95%, 0.65-0.84), la cual es menor que la encontrada en su población de origen (Fig. 1). El ABC para los desenlaces individuales fueron resangrado 0.69, transfusión 0.81, angiografía 0.79, ingreso a UTI 0.70 y reingreso hospitalario 0.60.

Conclusiones: La escala BHAM no es adecuada para la predicción de sangrado grave en pacientes con HDB en esta población; sin embargo, es útil para la predicción de transfusión durante la hospitalización.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Área bajo la curva de la escala BHAM para predicción de sangrado grave en pacientes con hemorragia digestiva baja. ABC, área bajo la curva; IC, intervalo de confianza.



Mar203

REPORTE DE CASO DE UNA ENTEROCOLITIS EOSINOFÍLICA

R. C. Guerrero-Barrera, A. Y. Ruiz-Flores, UMAE-Hospital de Especialidades N° 25

Introducción: La enterocolitis eosinofílica es una alteración rara que puede afectar al estómago, intestino delgado y el colon, esta última la menos común. La incidencia se aproxima a 1 en 100,000 habitantes y un 66% de los pacientes afectados por colitis eosinofílica corresponde a mujeres. Los síntomas más comunes son el dolor abdominal, náusea, diarrea e hiporexia y un pequeño porcentaje sufre sangrado de tubo digestivo.

Objetivo: Informar el caso de una mujer que ha cursado con sangrado de tubo digestivo y anemia grave secundarios a una enterocolitis eosinofílica.

Reporte de casos: Paciente femenino de 48 años de edad, con antecedente de importancia de diabetes mellitus tipo 2. Inició su padecimiento en el año 2015 con evacuaciones melénicas y tratada como gastropatía erosiva; continuó con evacuaciones melénicas hasta el año 2016, cuando se realizaron dos endoscopias superiores y una colonoscopia sin determinar el origen del sangrado. Continuó con sangrado de tubo digestivo en múltiples ocasiones, manifestado por hematoquecia y melena, y necesidad de múltiples estudios endoscópicos; registró hemoglobina de 4 g, por lo que requirió operación de urgencia con enteroscopia transoperatoria en la cual se observaron úlceras sangrantes en íleon distal, y se realizó anastomosis de íleon y transverso para controlar el sangrado. En los informes de histopatología de las piezas quirúrgicas se documentó un proceso inflamatorio crónico linfoplasmacitario moderado con gran cantidad de eosinófilos. Las endoscopias revelaron gastritis eosinofílica con más de 60 eosinófilos por campo y la colonoscopia mostró ileítis y colitis eosinofílicas. Adicionalmente se solicitaron: calprotectina fecal de 168.1 µg/g y cápsula endoscópica que reveló erosiones en yeyuno e íleon y divertículos colónicos. Ha requerido múltiples tratamientos a base de esteroides desde el año 2017: mesalazina,

metrotexato y hematínicos. Inicialmente se sospechó que se trataba de una enfermedad de Crohn, pero los resultados histopatológicos han demostrado datos consistentes con enterocolitis eosinofílica.

Discusión: Los criterios diagnósticos para la enterocolitis eosinofílica se encuentran bien definidos: presencia de síntomas gastrointestinales, infiltración eosinofílica de una o más áreas del tubo digestivo demostradas por biopsia, ausencia de infiltración eosinofílica en órganos fuera del tubo digestivo y ausencia de infección parasitaria. Para el diagnóstico histopatológico, el punto de corte utilizado por la mayoría de los autores es de 20 eosinófilos por campo y se caracteriza por edema, activación eosinofílica y afectación de la submucosa o la muscular de la mucosa. El tratamiento consiste en modificaciones de la dieta y eliminación de probables alérgenos, uso de esteroides sistémicos, estabilizadores de mastocitos, antagonistas de receptor de leucotrienos y terapia biológica.

Conclusiones: La enterocolitis eosinofílica se considera un diagnóstico infrecuente; sin embargo, se ha incrementado su incidencia en la última década por un mayor conocimiento de esta enfermedad. Este caso en particular es infrecuente por presentar sangrado digestivo, no sólo repetitivo y crónico sino masivo, lo que descarta otras causas de sangrado, por múltiples biopsias de diferentes partes del tubo digestivo, las cuales revelan infiltración eosinofílica. Se identificó una calprotectina límite, así como falta de respuesta al tratamiento para enterocolitis eosinofílica, por lo que se consideró que podría tratarse de una enfermedad de Crohn incipiente.

Financiamiento: No se recibió patrocinio alguno para el estudio.

Mar204

IMPACTO CLÍNICO DE LA PCR GASTROINTESTINAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DIARREA AGUDA

L. A. Manzo-Francisco, P. Vidal-Cevallos, J. E. Aquino-Matus, I. Y. López-Méndez, Fundación Clínica Médica Sur

Introducción: En Estados Unidos se registran 350 millones de casos de diarrea aguda al año, una causa muy frecuente de visita a los hospitales. La causa más común en la diarrea infecciosa es de origen viral o bacteriano en 80% de los casos. Los virus (50%-70%) más frecuentes son norovirus y rotavirus, bacterias (15-20%) como *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* y *E. coli*, y parásitos (10-15%) como *Giardia*, amibiasis y *Cryptosporidium*. Sin embargo, sólo se logra el aislamiento del agente etiológico en 1.5% a 5.6% de los casos. Con la finalidad de identificar el tipo de agente infeccioso relacionado con la diarrea se ha introducido una prueba de amplificación múltiple de ácidos nucleicos (Biofire Filmarray®), que permite identificar rápidamente a múltiples microorganismos, tanto virus como bacterias y parásitos. Sin embargo, no se conoce el beneficio clínico de esta prueba en pacientes hospitalizados por diarrea aguda.

Objetivo: Conocer los desenlaces clínicos (uso de antibióticos, días de estancia en el hospital, uso de estudios de imagen o endoscopia) de pacientes hospitalizados por diarrea aguda en quienes se realiza el PCR gastrointestinal (PCR-GI) de amplificación múltiple de ácidos nucleicos, en un hospital privado de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en el Hospital Médica Sur de 2018 a 2019. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 15 años, que ingresaron al servicio de gastroenterología con diagnóstico de diarrea aguda con PCR-GI con aislamiento y pacientes sin PCR-GI; se excluyó a pacientes con enfermedad inflamatoria gastrointestinal o infección por Clostridioides. Se incluyó a 100 pacientes, de los que se revisaron los expedientes físico y electrónico para extraer las variables a estudiar, uso de antibióticos de manera empírica, cambio de antibiótico o inicio de antibiótico de acuerdo con resultados de PCR-GI, días de estancia intrahospitalaria,

utilización de estudios de imagen o endoscopia y aislamientos en PCR-GI.

Resultados: Se incluyó a 100 pacientes con edad promedio de 48 años (DE, 20.3), con diagnóstico de diarrea aguda; el síntoma más frecuente además de la diarrea fue náusea/vómito en 49%, seguido de dolor abdominal en 32%. El aislamiento más frecuente fue *Escherichia coli* spp en 40%, seguido de virus (rotavirus y norovirus) en 19%. De los pacientes con PCR y sin PCR, el uso de antibióticos empíricos fue de 22% y 51%; los días de estancia intrahospitalaria fueron 2.7 contra 1.6 días en promedio; el uso de estudios de imagen de 19% contra 21%; la endoscopia de 8% frente a 7%; los días de antibiótico de 2.3 y 1.6 días, respectivamente. Ningún paciente falleció.

Conclusiones: En pacientes con amplificación múltiple de ácidos nucleicos se observa un menor uso de antibiotioterapia empírica y menor uso de estudios de imagen; no se observaron diferencias en cuanto a días de estancia intrahospitalaria, empleo de métodos diagnósticos auxiliares y duración del tratamiento antibiótico.

Financiamiento: Este trabajo no contó con financiamiento.

Mar205

RESPUESTA TERAPÉUTICA CON BUDESONIDE MMX VS MESALAZINA EN PACIENTES CON COLITIS MICROCÓPICA Y COLITIS EOSINOFÍLICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL CMN 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE ENERO 2012 A MARZO 2018

D. Alemán-Abatía, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, K. C. Trujillo-De La Fuente, J. Aguilar-Hernández, R. Ramírez-Del Pilar, C. Paredes-Amenábar, M. G. Reyes-Zermeño, G. Klimek-Albarrán, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE

Introducción: La colitis microscópica (CM) se caracteriza por diarrea acuosa crónica causada por inflamación en el colon, con predilección por los mayores de 60 años; comprende dos subtipos: colitis linfocítica (CL) y colitis colagenosa (CC). La prevalencia de colitis microscópica oscila entre 48 y 219 por 100,000 habitantes. La fisiopatología de la CM no está bien establecida. Los síntomas clínicos más comunes son diarrea crónica no hemorrágica (95%), pérdida de peso (91%), dolor abdominal (40%). El diagnóstico es clínico e histológico; para CC se requiere un espesor de la banda de colágeno >10 μ m, >20 linfocitos intraepiteliales/ 100 células epiteliales para CL. Otra entidad no menos importante es la colitis eosinofílica (CE); su presentación clínica es la de un paciente que cursa con diarrea crónica más un informe histológico de biopsias de colon con >20 eosinófilos/CAP. Los pacientes tratados con 9 mg de budesonida al día tenían más del doble de posibilidades de lograr la remisión clínica durante un promedio de 7 a 13 días en comparación con ningún tratamiento.

Objetivo: Determinar la respuesta clínica con los fármacos disponibles en el medio en los pacientes con CM y CE del Servicio de Gastroenterología del CMN "20 de Noviembre".

Material y métodos: Pacientes con diagnóstico de colitis microscópica y eosinofílica tratados en el Servicio de Gastroenterología del CMN "20 de Noviembre" en el periodo comprendido entre enero de 2012 y marzo de 2018. Tipo de estudio: descriptivo y transversal. Variables analizadas: edad, sexo, hallazgos endoscópicos, hallazgos histológicos, escala Bristol antes del tratamiento, escala Bristol post-tratamiento, peso, talla y tratamiento recibido. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medias de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

Resultados: Se analizó a un total de 20 pacientes, de los cuales 6 son del género masculino y 14 del género femenino; se observó una frecuencia de 6 pacientes con CL (30%), 1 con CC (5%) y 13 CE (65%). Se obtuvo como media de edad de 59.25 años \pm 16.02 años, con una

media de IMC de 27.78 \pm 5.38. Se informaron 2 pacientes con inmunodeficiencia común variable (10%) como comorbilidad adjunta. Los hallazgos por colonoscopia más frecuentes fueron colonoscopia normal 20%, edema de mucosa 20%, ulceraciones 20%, enfermedad diverticular 15%, colon espástico 10%, ectasia vascular 10%, otros 5%. El 60% de los pacientes se trató con mesalazina (MSZ) de 2-3 g/día, budesonida MMX de 9 mg/día (20%), con MSZ 2 g + deflazacort 30 mg (15%), budesonida convencional 9 mg/día (5%). Se obtuvo una respuesta total (<3 evacuaciones/día) en 50% de los pacientes, respuesta parcial en 50% (4-6 evacuaciones/día) y sin respuesta en 0% (>7 evacuaciones/día); véase la **Figura 1**.

Conclusiones: Este estudio demostró que no hubo significancia estadística entre los diferentes tipos de tratamiento utilizados, aunque se observó que los pacientes con budesonida MMX 9 mg tuvieron una respuesta total de 100% respecto de los pacientes con MSZ, los cuales mostraron una respuesta total en un 33.3%. Esto apoya el uso de budesonida MMX 9 mg para CM y CE. Para futuras investigaciones se recomienda aumentar el tamaño de la muestra en busca de significancia estadística.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Figura 1. Tratamiento médico y tipo de respuesta al tratamiento.

	Tipo de respuesta			Total
	Respuesta total	Respuesta parcial	Sin respuesta	
Tratamiento mesalazina	4	8	0	12
Budesonida MMX	4	0	0	4
Mesalazina + deflazacort	1	2	0	2
Budesonida convencional	1	0	0	1
Total	10	10	0	20

Mar206

ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE AGENTES ANTIDIARREICOS DURANTE LA INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* CON CURACIÓN Y RECURRENCIA

D. Kúslas-Delint, N. Hamdam-Pérez, J. A. González-Regueiro, N. E. Aguilar-Olivos, E. Cerda-Contreras, M. Uribe-Esquivel, J. L. Romero-Flores, Fundación Clínica Médica Sur

Introducción: *Clostridium difficile* (CD) es un bacilo anaerobio grampositivo que en condiciones que alteran el equilibrio de la flora gastrointestinal, como el uso de antibióticos, puede causar diarrea, colitis pseudomembranosa, megacolon tóxico y muerte. El tratamiento inicial consiste en suspender los antibióticos que probablemente causaron la infección por *Clostridium difficile* (ICD) e iniciar tratamiento con vancomicina o fidaxomicina en caso de un episodio inicial o colitis fulminante. En la actualidad no existe evidencia de la utilidad de los agentes antidiarreicos durante la ICD. Las guías para el diagnóstico y tratamiento no recomiendan el uso de agentes anti-peristálticos como la loperamida.

Objetivo: Evaluar la influencia de los agentes antidiarreicos en la curación y recurrencia a 8 semanas de la ICD, así como la relación del uso de antidiarreicos con íleo, perforación, colitis refractaria, colitis fulminante, megacolon tóxico y colectomía en pacientes adultos de la Fundación Clínica Médica Sur.

Material y métodos: Cohorte retrospectiva y observacional en la Fundación Clínica Médica Sur del 1 de enero del 2017 al 31 de diciembre del 2018. Se incluyeron expedientes de pacientes mayores de 18 años hospitalizados con diagnóstico de ICD mediante manifestaciones

clínicas compatibles y pruebas microbiológicas de toxinas de CD, que contaran con los siguientes datos: edad del paciente, uso de tratamiento antibiótico concomitante, cifra de leucocitos, cifra de albúmina sérica y cifra de creatinina sérica. Se excluyeron expedientes de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ICD mediante otros métodos: hallazgos colonoscópicos o anatomopatológicos que demostraran colitis pseudomembranosa. Análisis estadístico: las variables cuantitativas se representarán como medias con desviación estándar, y las variables cualitativas en frecuencias y porcentajes. El análisis univariado se realizará mediante T de *Student* para los datos con distribución normal y con *ji* cuadrada para los datos no paramétricos. Se realizará una regresión lineal para evaluar la relación entre el uso de antidiarreicos con los desenlaces de curación y recurrencia a 8 semanas, así como la relación con íleo, perforación, colitis refractaria, colitis fulminante, megacolon tóxico y colectomía.

Resultados: Se incluyó a 87 pacientes, de los cuales 40.2% (35) recibieron antidiarreicos; el más frecuente fue racecadotril (69.4%), seguido de diosmectita (19.4%), subsalicilato de bismuto (5.56%) y lidamidina (2.78%). No se encontró diferencia en los desenlaces de curación y recurrencia a 8 semanas entre los pacientes que tomaron antidiarreicos y entre los que no los tomaron ($P=0.24$ y $P=0.51$, respectivamente). Los pacientes con infección grave a complicada recibieron con mayor frecuencia antidiarreicos (45%) en comparación con los pacientes con infección leve a moderada y grave. El uso de agentes antidiarreicos no se acompañó de un aumento de las complicaciones.

Conclusiones: El uso de antidiarreicos durante la ICD no influyó en la curación de los pacientes ni se relacionó con recurrencia a 8 semanas. No se encontró aumento de la incidencia de complicaciones en los pacientes que recibieron antidiarreicos. Se requieren estudios prospectivos que confirmen estos hallazgos con mayor fuerza.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar207

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN ANO-RECTAL MEDIANTE MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES CON DERIVACIÓN INTESTINAL

F. D. García-García, C. F. Guerrero-Hernández, B. A. Sánchez-Jiménez, P. J. Baltazar-Montufar, Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Especialidades, "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La derivación intestinal constituye una terapéutica quirúrgica importante de afecciones del colon y recto como neoplasia y enfermedad diverticular, mediante la formación de estomas. La manometría anorrectal está típicamente indicada para la evaluación de incontinencia fecal y estreñimiento, y es una indicación relativa la evaluación preoperatoria, incluidos los pacientes con estomas; sin embargo, la información al respecto es limitada.

Objetivo: Evaluar la función anorrectal en una cohorte de pacientes mexicanos con derivación intestinal, mediante manometría de alta resolución, que se encontraban en protocolo de restitución del tránsito intestinal.

Material y métodos: Se evaluó de forma prospectiva, y previo consentimiento informado, a pacientes adultos con antecedente de derivación intestinal (colostomía e ileostomía) en protocolo de restitución del tránsito intestinal, sin enfermedades neurodegenerativas, ni antecedentes quirúrgicos a nivel pélvico o perianal. Se excluyó a sujetos con antecedente de enfermedad hemorroidal, fisura anal, absceso o fístula perianal. Se les realizó una evaluación demográfica y posteriormente se realizó exploración anorrectal, y manometría anorrectal de alta resolución (Equipo ManoScan Anorectal High Resolution Manometry, Given Imaging, Yoqneam Israel), con

catéter de estado sólido de 144 sensores de presión en 12 anillos circunferenciales y diámetro de 4.2 mm, y finalmente prueba de expulsión de balón (sonda Foley 16 Fr, con 50 ml de agua, duración 2 minutos). Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se evaluó a un total de 23 pacientes; la media de edad fue de 51 años, 52.2% del sexo femenino con una media de IMC de 27.8. Hasta 12 pacientes tenían antecedente de hemicolectomía izquierda, 10 de colectomía y 1 de sigmoidectomía. Dentro de los hallazgos manométricos, la media de la zona de alta presión fue 3.5 cm, sólo 1 paciente presentó ondas anales ultralentas; 47.8% de los casos presentó hipertonia del canal anal y la contractilidad anal fue normal en el 65.2%. En seis pacientes (26.1%) se identificó patrón disinérgico, 2 pacientes con tipo I, 2 con tipo II y 2 más con tipo III. Finalmente, la prueba de expulsión de balón fue negativa en el 52.2% de los sujetos y se evidenció hipersensibilidad rectal en el 69.6%.

Conclusiones: La derivación intestinal se acompaña de disfunción anorrectal. Este estudio demostró la presencia de hipertonia del canal anal e hipersensibilidad rectal como las alteraciones prevalentes. Estos datos deben complementarse con estudios futuros.

Financiamiento: No existió.

Mar208

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

R. A. Miranda-Maciel, G. Salazar-Ceceña, I. M. Velazco-Santos, J. L. Tamayo-de la Cuesta, P. C. Gómez-Castaños, L. O. Olivares-Guzmán, O. Esquerria-Padilla, A. E. Chavarín-Meza, A. D. Zapata-Cortés, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud

Introducción: La gastroenteritis eosinofílica es un trastorno inflamatorio caracterizado por infiltración eosinofílica principalmente en el estómago e intestino delgado. Es una entidad poco frecuente, con una prevalencia en EE.UU. de 22-28 casos por cada 100,000 habitantes. Su presentación clínica es variada y depende del tipo de infiltración y el sitio afectado. La patogenia no es clara, se relaciona con alergias alimentarias. El diagnóstico requiere descartar otras causas de eosinofilia y demostrar infiltrado eosinofílico en el estudio histopatológico.

Objetivo: Notificar un caso de gastroenteritis eosinofílica en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa.

Reporte de casos: Paciente femenino de 24 años, sin antecedentes de atopia, o alergias alimentarias; inicia su padecimiento 10 días antes de su ingreso con ausencia de evacuaciones, dolor abdominal en hipogastrio de tipo opresivo, acompañado de aumento de volumen del perímetro abdominal de manera progresiva, así como vómitos posprandiales de contenido gastrobiliar. Refiere además elevaciones térmicas no cuantificadas y disnea de medianos esfuerzos que evoluciona a disnea de pequeños esfuerzos, secundaria a ascitis a tensión, la cual cede tras la realización de paracentesis evacuadora en otra unidad médica; se la refiere a esta unidad para continuar su atención. Laboratorio a su ingreso: Hb=14.1 g/dl, leucocitos: 23.5x10⁹/L, neutrófilos 21%, eosinófilos 58%, química sanguínea y hepática sin alteraciones, citológico y citológico de líquido peritoneal con leucocitos de 4 339/mm³, polimorfonucleares de 93%, proteínas de 5.1 g/dl. Tomografía toracoabdominal: engrosamiento de paredes de intestino delgado y notoria ascitis. Coprológico y coproparasitoscópico seriado negativo para infección. Se interconsulta con el servicio de gastroenterología que realiza esofagogastroduodenoscopia con toma de biopsias, con hallazgo macroscópico de ileítis de causa no determinada. Se recaba estudio histopatológico con infiltración de eosinófilos >30/campo en lámina propia de duodeno y colon, que confirma el diagnóstico. Se indica tratamiento a base de budesonida de 9 mg cada 24 horas por 5 días,

y se observa mejoría clínica; se decide su egreso, con seguimiento por consulta externa de gastroenterología.

Discusión: El diagnóstico definitivo de gastroenteritis eosinofílica requiere 3 criterios: síntomas gastrointestinales, evidencia histológica de infiltración eosinofílica (más de 20 eosinófilos/campo en más de 2 áreas) y exclusión de otras causas de eosinofilia. Existen tres subtipos de acuerdo con la infiltración en la pared intestinal, mucosa (70%), muscular (20%), serosa (10%) y la presentación clínica varía según sean las capas infiltradas. En el caso de esta paciente, la infiltración fue propia de la mucosa, con lo que varía respecto de lo notificado en las publicaciones médicas, pues se ha demostrado que los pacientes con ascitis tienen por lo general infiltración serosa. El tratamiento de la gastroenteritis eosinofílica se basa en terapia de erradicación de *H. pylori*, medidas higiénico-dietéticas y corticosteroides.

Conclusiones: A pesar de ser una entidad poco frecuente, ante un paciente con eosinofilia sin causa demostrada y con síntomas gastrointestinales debe descartarse gastroenteritis eosinofílica.

Financiamiento: Ninguno.

Mar209

ENFERMEDAD GRANULOMATOSA INTESTINAL INESPECÍFICA COMO CAUSA DE DIARREA CRÓNICA CON RESPUESTA A METOTREXATE. REPORTE DE CASO

B. Astudillo-Romero, V. J. Ornelas-Arroyo, R. Ríos-Corzo, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: Los granulomas en el tracto gastrointestinal representan una amplia gama de posibilidades diagnósticas. Es importante tomar en cuenta las características demográficas, el historial de viajes, la presencia de infecciones parasitarias o tuberculosis en la zona y el consumo de medicamentos. La detección de granulomas en la enfermedad de Crohn es del 25-40% y es más común en la infancia. En cuanto a la enfermedad granulomatosa crónica, hasta el 39% de los pacientes presenta diarrea por compromiso intestinal o por infecciones recurrentes en relación con inmunodeficiencia. La sarcoidosis intestinal está presente sólo en 0.1 a 1.6% de los casos. El tratamiento depende de la causa, por lo que es mandatorio establecer un diagnóstico preciso lo antes posible.

Objetivo: Informar la experiencia en el instituto para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad granulomatosa intestinal inespecífica.

Reporte de casos: Mujer de 63 años con antecedente de tirotoxicosis por adenoma tiroideo derecho con hipotiroidismo posquirúrgico y diarrea crónica de características no inflamatorias de 7 años de evolución que se había tratado previamente como tuberculosis intestinal sin éxito. Recibió múltiples antibióticos y antidiarreicos sin mejoría. Se obtuvieron coprocultivo y GDH, los cuales fueron negativos; PCR y VSG negativos. Biopsia de ganglio axilar con presencia de granulomas de tipo cuerpo extraño. Se realizó colonoscopia (3 semanas antes de su ingreso a urgencias) con colon de aspecto normal e íleon con atrofia; el informe histopatológico fue de ileítis granulomatosa con células gigantes multinucleadas tipo Langhans y colitis crónica leve inespecífica. Acudió a urgencias por alteración del estado de alerta y dolor abdominal difuso; al examen físico, hipotensa, somnolienta, desorientada, abdomen distendido y con signos de irritación peritoneal. Ingresó a quirófano en donde se practicó laparotomía y se encontró perforación a 50 cm de la válvula ileocecal, con resección intestinal de 60 cm de íleon; se observó conglomerado ganglionar en retroperitoneo a nivel de la raíz del mesenterio y se colocó una ileostomía. El informe histopatológico señaló enteritis aguda y crónica ulcerada y perforada con células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño. Posteriormente se

mantuvo con ileostomía de alto gasto (7 L/día), pero no mejoraba con múltiples antidiarreicos ni con el ayuno. Se inició tratamiento con prednisona (1 mg/kg) con lo que continuaba con gasto de 2 a 3 L/día. Se agregó metotrexato subcutáneo con lo que presentó cesación de la diarrea.

Discusión: El diagnóstico y tratamiento tempranos de la enfermedad granulomatosa intestinal pueden evitar complicaciones como la perforación intestinal. Es común que, en zonas de alta prevalencia de tuberculosis, se trate de manera errónea a pacientes con otras causas de granulomas intestinales. En esta paciente se observó una respuesta parcial a esteroides y respuesta total a metotrexato; no se encontraron informes similares en la bibliografía. En ciertos casos, sólo un seguimiento prolongado puede revelar la verdadera causa.

Conclusiones: Ante la presencia de enfermedad granulomatosa intestinal es necesario descartar la presencia de origen infeccioso, sin olvidar las causas de origen inflamatorio o autoinmune.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar210

DIARREA CRÓNICA MALABSORTIVA ASOCIADA A GASTROENTEROCOLITIS COLAGENOSA REFRACTARIA A TRATAMIENTO

C. M. Hurtado-Salazar, F. Astudillo, L. F. Uscanga-Domínguez, M. Peláez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La colitis colagenosa en los últimos años ha emergido como una de las principales causas de diarrea crónica acuosa. A diferencia de ésta, la enteritis colagenosa es una enfermedad rara con escasos informes. La relación de ambas entidades se ha notificado, aunque sólo de forma ocasional; en el año 2014 sólo había informe de 39 casos en las publicaciones anglosajonas.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con diarrea crónica de características malabsorptivas con hallazgo de gastroenteritis y colitis colagenosa, cuyo comportamiento fue inusual y resistente al tratamiento regular.

Reporte de casos: Paciente masculino de 61 años de edad originario y residente del Estado de México, con antecedente de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2 de 10 años de diagnóstico en tratamiento con vildagliptina/glimepirida. Inició el cuadro clínico desde octubre del 2018 caracterizado por aumento del número de evacuaciones, de 4 a 6 al día, y de consistencia líquida, sin mejoría con ayuno, y de cantidad abundante, sin presencia de moco, sangre, restos alimentarios u olor fétido. Recibió diversos tratamientos antibióticos y probióticos sin tener mejoría, y se incrementó el número de evacuaciones hasta 12 por día y pérdida de peso no intencionada de 22 kg. Se refirió para abordaje. Ingresó al instituto para abordaje, con los siguientes parámetros: K 3.3 meq/L, Mg 1.6 mg/dl, albúmina 3.1 g/dl, INR 1.4, TSH 0.6 mIU/L, 25-hidroxivitamina D 10 ng/mL, carotenos séricos 34 µg/dl, D-xilosa < 0.5 g, serología para enfermedad celiaca negativa, elastasa fecal 85.9 µg/g. Endoscopia superior con hallazgo de pangastropatía atrófica y gastropatía eritematosa antral. Colonoscopia sin hallazgos anormales. Biopsias de estómago, duodeno, íleon y colon; con hallazgo de gastroenteritis colagenosa y colitis crónica leve con engrosamiento de la membrana basal consistente con colitis colagenosa. Se inició tratamiento con budesonida, subsalicilato de bismuto y enzimas pancreáticas, con respuesta parcial con disminución del número de evacuaciones diarias a 6 y sin mejoría en consistencia. Se cambió de budesonida a prednisona y azatioprina, con subsecuente aumento del número de evacuaciones (hasta 10 por día). Se agregó colestiramina sin obtener mejoría. Se reinició budesonida con lo que se redujo el número de evacuaciones (5 a 6 por día). Dada la sospecha de

malabsorción farmacológica, se inició metilprednisolona y las evacuaciones descendieron a 3 por día, pero sin mejoría en consistencia y persistencia de la malabsorción (carotenos 18 mg/dl y D-xilosa 0.5 g). Se consensó iniciar tratamiento con adalimumab; antes de su inicio se obtuvo un hallazgo tomográfico fortuito de neumatosis coli con neumomediastino, sin tener repercusión clínica y posterior a vigilancia; se decidió iniciar adalimumab. Se egresó por mejoría clínica, pero sin mejoría aún en la consistencia de las evacuaciones a 8 semanas de tratamiento.

Discusión: La recomendación actual con evidencia establecida para el tratamiento de la colitis colagenosa es el subsalicilato de bismuto y la budesonida, con una respuesta mayor de 80%. En los casos de enteritis colagenosa no existe una recomendación sólida; sin embargo, se han probado múltiples terapias antiinflamatorias como glucocorticoides e inmunomoduladores. Podría ser útil el apoyo nutricional y esteroide. Se ha notificado el uso de anticuerpos anti-TNF para casos refractarios de colitis colagenosa, con resultados variables.

Conclusiones: Se necesita más evidencia para el tratamiento adecuado de estos pacientes. En casos de sujetos con colitis colagenosa resistente al tratamiento o con datos de malabsorción se debe buscar dicha relación.

Financiamiento: Ninguno.

Mar211

COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA COLITIS MICROSCÓPICA EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

J. M. Aquino-Ramos, R. J. López-Pérez, M. V. Murcia-Sandoval, C. A. Campoverde-Espinosa, E. Ornelas-Escobedo, K. A. Soto-Hernández, M. F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción: La colitis microscópica es una enfermedad inflamatoria crónica del colon que se caracteriza por diarrea acuosa crónica. Típicamente ocurre en pacientes de mediana edad y tiene una preponderancia femenina. La incidencia calculada 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 Estado Unidos. La prevalencia de colitis microscópica en pacientes con diarrea crónica en México se ha informado en 11%.

Objetivo: Conocer el comportamiento epidemiológico y las variables clínicas que se relacionan con la colitis microscópica en esta institución durante el año 2018.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes mayores de 18 años, en protocolo de estudio por diarrea crónica, sometidos a colonoscopia, atendidos en el Hospital General de México en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2018 y diciembre del 2018. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y observacional en el que las variables analizadas fueron edad, género, enfermedades crónicas, alergias, operaciones previas, variables de la citometría hemática, determinación de parámetros inflamatorios en las heces, hallazgos macroscópicos y microscópicos. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia y tendencia central para la obtención de porcentajes, media, promedio, prevalencia e incidencia.

Resultados: Se revisó el expediente clínico de 345 pacientes, a quienes se les realizó colonoscopia como abordaje diagnóstico por diarrea crónica. Se encontraron 23 casos de colitis microscópica; se determinó la prevalencia de la enfermedad en 6.6% e incidencia de 0.06% en el 2018. La edad promedio fue de 55.5 años (\pm 5 años), la proporción en el sexo femenino fue del 68% (n=16), la frecuencia de enfermedades crónicas concomitantes fue del 34% (n=8) y se encontró la colonoscopia normal en 59%. El subtipo histológico predominante fue la variedad linfocítica (CML 81% vs. CMC 19%).

Conclusiones: La colitis microscópica es una entidad que se notifica cada vez más como causa de diarrea crónica. En este estudio se encontró prevalencia e incidencia de la enfermedad similar a lo informado en las publicaciones médicas. De acuerdo con el estudio, la CM es más frecuente en mujeres mayores de 50 años en quienes se observa la mucosa del colon de características normales, por lo que la toma de biopsias es indispensable para corroborar la presencia de la enfermedad. Se debe continuar con el seguimiento de estos pacientes con el objetivo de desarrollar algoritmos diagnósticos, identificar la frecuencia de sobreposición con otros trastornos funcionales gastrointestinales y sobre todo alcanzar un consenso sobre el número de biopsias necesarias para aumentar el rendimiento diagnóstico de la colonoscopia.

Financiamiento: Ninguno.

Mar212

EPIDEMIOLOGÍA DE LA COLITIS MICROSCÓPICA EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

J. M. Aquino-Ramos, R. J. López-Pérez, M. V. Murcia-Sandoval, C. A. Campoverde-Espinosa, E. Ornelas-Escobedo, K. A. Soto-Hernández, M. F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción: La colitis microscópica es una enfermedad inflamatoria crónica del colon que se caracteriza por diarrea acuosa crónica. De manera característica ocurre en pacientes de mediana edad y tiene una preponderancia femenina. La incidencia calculada 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 Estado Unidos. La prevalencia de colitis microscópica en pacientes con diarrea crónica en México se ha informado en 11%.

Objetivo: Conocer el comportamiento epidemiológico y las variables clínicas que se relacionan la colitis microscópica en la institución durante el año 2018.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes mayores de 18 años, en protocolo de estudio por diarrea crónica, sometidos a colonoscopia, atendidos en el Hospital General de México en el periodo comprendido entre enero de 2018 y diciembre del 2018. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y observacional en el que las variables analizadas fueron edad, género, enfermedades crónicas, alergias, operaciones previas, variables de la citometría hemática, determinación de parámetros inflamatorios en las heces, hallazgos macroscópicos y microscópicos. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia y tendencia central para la obtención de porcentajes, media, promedio, prevalencia e incidencia.

Resultados: Se revisó el expediente clínico de 345 pacientes, a quienes se les realizó colonoscopia como abordaje diagnóstico por diarrea crónica. Se encontraron 23 casos de colitis microscópica; se determinó la prevalencia de la enfermedad en 6.6% e incidencia de 0.06% en el 2018. La edad promedio fue de 55.5 años (\pm 5 años), la proporción en el sexo femenino fue del 68% (n=16), la frecuencia de enfermedades crónicas concomitantes fue del 34% (n=8) y se encontró la colonoscopia normal en 59%. El subtipo histológico predominante fue la variedad linfocítica (CML 81% vs. CMC 19%).

Conclusiones: La colitis microscópica es una entidad que se informa cada vez más como causa de diarrea crónica. En este estudio se encontró prevalencia e incidencia de la enfermedad similar a lo informado en la bibliografía médica. De acuerdo con este estudio, la CM es más frecuente en mujeres mayores de 50 años en quienes se observa la mucosa del colon de características normales, por lo que la toma de biopsias es indispensable para corroborar la presencia de la enfermedad. Se debe continuar con el seguimiento de estos pacientes, con el objetivo de desarrollar algoritmos diagnósticos,

identificar la frecuencia de sobreposición con otros trastornos funcionales gastrointestinales y sobre todo alcanzar un consenso sobre el número de biopsias necesarias para aumentar el rendimiento diagnóstico de la colonoscopia.

Financiamiento: Ninguno.

Mar213

PREVALENCIA DE ILEÍTIS INFECCIOSA TERMINAL EN PACIENTES CON SOSPECHA CLÍNICA DE APENDICITIS AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

J. E. Lira-Vera, O. S. Hamud-Gasca, A. Medina-Islas, M. C. Troitíño-Núñez, J. Rodríguez-Jerkov, M. De Ariño-Suárez, A. Noble-Lugo, R. H. Raña-Garibay, Hospital Español de México

Introducción: La apendicitis aguda es una de las emergencias quirúrgicas más comunes a nivel mundial. El estándar de oro diagnóstico es la tomografía computarizada con medio de contraste intravenoso, con sensibilidad del 92.3%. La ileítis infecciosa terminal es una causa importante de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, que simula clínicamente un cuadro de apendicitis aguda con frecuencia, por lo que el diagnóstico diferencial mediante imagen es obligatorio con el fin de disminuir la práctica de intervenciones quirúrgicas innecesarias. La incidencia y prevalencia de ileítis infecciosa no se ha estudiado tan extensamente como en el caso de la apendicitis aguda. En México no se cuenta con información al respecto.

Objetivo: Determinar la prevalencia de ileítis terminal en los pacientes con sospecha clínica de apendicitis aguda que acudieron al servicio de urgencias de esta institución durante un año.

Material y métodos: Pacientes con dolor abdominal como motivo de consulta con sospecha clínica de apendicitis aguda que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Español de México en el periodo comprendido entre el 1 de junio de 2018 y el 31 de mayo de 2019. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, diagnóstico de egreso del servicio de urgencias. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativa y medidas de tendencia central para la obtención de proporciones, media aritmética y moda.

Resultados: Acudieron 3,139 pacientes con dolor abdominal como motivo de consulta al servicio de urgencias de esta institución en el periodo descrito. La edad promedio fue de 43.70 años, con límites de edad de 15 a 101 años. La edad con mayor frecuencia de atención fue 32 años (100 pacientes). El género femenino predominó en el total de casos con 58.55% (1838). Hasta 313 pacientes (9.97%) tuvieron cuadro clínico consistente con apendicitis aguda, de los cuales a 263 se les solicitó tomografía abdominopélvica con contraste intravenoso (84.02% de los pacientes con sospecha clínica de apendicitis aguda). De estos últimos, 194 pacientes (73.76%) se diagnosticaron con apendicitis aguda, 30 con ileítis terminal (11.41%), y fue la causa más común de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha tras la apendicitis aguda, y 39 con otro diagnóstico (14.83%). La prevalencia de ileítis terminal fue de 0.95% en la población con dolor abdominal que buscó atención en urgencias y 9.58% en la población con sospecha clínica de apendicitis aguda.

Conclusiones: En este estudio se encontró que alrededor de 1 de cada 100 pacientes que se presentan con dolor abdominal en el servicio de urgencias cursa con ileítis infecciosa terminal, mientras que esta cifra en pacientes con sospecha clínica de apendicitis aguda aumenta hasta 1 de cada 10 pacientes. En este centro, la ileítis infecciosa terminal es la segunda causa más común de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar214

FRECUENCIA Y COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE DIVERTICULITIS AGUDA EN PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS

J. Bustamante-Pacheco, M. De Ariño-Suárez, P. Gálvez-Castillejos, Hospital Español de México

Introducción: Es conocido, en especial en la bibliografía reciente, que la obesidad mórbida es un potencial factor de riesgo independiente para desarrollar diverticulitis aguda, con una tendencia a mayor frecuencia en las formas más complicadas de forma inversamente proporcional a la edad, aunque siempre en mayores de 50 años. En la población mexicana se ha demostrado una relación de la obesidad con el incremento de incidencia y gravedad de enfermedad diverticular complicada con independencia de la edad. En la Ciudad de México, hasta ahora no se tienen estudios que determinen el comportamiento clínico de dicha entidad, que tomen en cuenta obesidad y edad para la determinación de sus distintas variables.

Objetivo: Determinar la frecuencia y comportamiento epidemiológico de la diverticulitis aguda en pacientes menores de 40 años, así como su potencial relación con obesidad, en el Hospital Español de México.

Material y métodos: Pacientes menores de 40 años con diagnóstico de diverticulitis aguda, confirmado por tomografía con contraste intravenoso, colonoscopia o laparoscopia, atendidos en el Hospital Español de México, entre 2014 y 2019. Tipo de estudio: descriptivo, unicéntrico, transversal y observacional. Variables analizadas: peso, talla, IMC, superficie corporal, localización, clasificación de Hinchey modificada, tratamiento y complicaciones. Análisis estadístico: se determina la frecuencia relativa de las variables para obtener media y promedio.

Resultados: Se encuentran 17 casos de diverticulitis aguda. La edad promedio fue 35 años, con predominio del género masculino (76.4%). El IMC promedio en todos los pacientes fue de 25.75 kg/m², con una superficie corporal promedio de 1.94 m². Su localización más frecuente fue el sigmoides (76.4%), seguido del descendente, ascendente e intestino delgado (6% cada uno). La presentación más frecuente fue Hinchey Ia (47.06%), seguida de III (17.6%), II y Ib (11.7% cada uno) y IV (6%). La frecuencia de sobrepeso y obesidad (IMC >25) fue de 58.8%. En dichos pacientes, se observó una mayor frecuencia de formas menos complicadas, Ia (60%), Ib (10%) y II (20%), que las más complicadas, III y IV (10% combinada), con hallazgos distintos para los pacientes sin sobrepeso ni obesidad (IMC <25), un total de 50% combinada para las formas Ia, Ib y II, 50% para las formas III y IV, y un caso de diverticulitis de Meckel. Se notificaron complicaciones de absceso con periapendicitis en 11.7% y obstrucción en 5.8% de los casos (sin diferencia en el IMC).

Conclusiones: En este estudio se observa una tendencia general a sobrepeso y obesidad en individuos menores de 40 años con diverticulitis, aunque con una tendencia a presentar formas menos complicadas en el cuadro inicial. Las complicaciones durante el tratamiento ocurrieron en ambos grupos de forma similar.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar215

PAPEL DE LOS FACTORES INDUCIBLES POR HIPOXIA (HIF-1A, HIF-2A Y HIF-3A) EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON

G. Fonseca-Camarillo, M. Robles-Flores, G. Soldevilla-Melgarejo, J. L. de León-Rendón, R. Barreto-Zúñiga, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La hipoxia es un componente importante en el microambiente tumoral. En la progresión tumoral y metástasis ha intervenido la interacción entre la vía de señalización Wnt y la de los factores transcripcionales inducidos por hipoxia (HIF), los cuales son mediadores esenciales de las vías de señalización sensibles a oxígeno que regulan múltiples fases de la tumorigénesis, entre ellos la reprogramación metabólica tumoral, angiogénesis, crecimiento, sobrevivencia, resistencia a apoptosis y la evasión de la respuesta antitumoral. El papel preponderante de los factores HIF-1 α y HIF-2 α y HIF-3 α en la biología del cáncer de colon apenas empieza a estudiarse.

Objetivo: Caracterizar los valores de RNA mensajero de HIF-1 α , HIF-2 α y HIF-3 α y de sus genes blanco (FOXP3 y LGR5) en biopsias de tejido tumoral de pacientes con cáncer de colon y controles.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyó a 15 pacientes consecutivos con diagnóstico de cáncer de colon confirmado por histopatología y 15 pacientes controles (sin datos de inflamación intestinal y displasia). Se recolectaron los datos demográficos, clínicos y bioquímicos de cada paciente. Mediante PCR en tiempo real se determinaron los valores de RNA mensajero de los genes HIF-1 α y HIF-2 α y HIF-3 α y de sus genes blanco (FOXP3 y LGR5) en tejido tumoral y en pacientes controles. Se utilizó el paquete estadístico Prism 6 y SPSS versión 23 para el procesamiento de los datos. Se empleó la prueba no paramétrica U Mann-Whitney.

Resultados: De los pacientes incluidos en el estudio con diagnóstico de cáncer rectal, 10 (66.6%) eran del género femenino y 5 (33.4%) del género masculino, con una edad de 59.6 años. En el caso de las pacientes controles que se incluyeron, 66.6% era del género femenino y 5 (33.4%) del género masculino, con una edad de 47.2 años. Hasta 80% de los pacientes con cáncer de colon recibió tratamiento con quimioterapia (oxaliplatino) o radioterapia. Se encontró que los valores de RNAm de HIF-1 α , HIF-3 α y FOXP3 se encuentran elevados en el tejido tumoral en comparación con el grupo control ($p=0.008$, $p=0.009$ y $p=0.006$, respectivamente). Los valores de RNAm de los genes HIF-2 α y LGR5 se encontraron elevados en tejido tumoral en comparación con los controles, pero no se observaron diferencias significativas.

Conclusiones: Los valores de RNA mensajero de HIF-1 α , HIF-2 α y HIF-3 α y de sus genes blanco (FOXP3 y LGR5) se hallaron elevados en tejido tumoral de pacientes con cáncer de colon en comparación con el grupo control. Estos resultados sugieren el papel de los HIF en el microambiente tumoral del cáncer de colon y su papel en la evasión de la respuesta inmune antitumoral.

Financiamiento: Este trabajo se ha realizado con el apoyo de CONACYT- Fondos sectoriales de salud FOSSIS S0008-2017-1. Solicitud: 289600. Modalidad: A8.

Mar216

ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA (EHGNA) EN RELACIÓN A CÁNCER COLORRECTAL: ESTUDIO DE CORTE RETROSPECTIVA

M. A. Oviedo-Maglione, N. Pérez y López, C. N. Asencio-Barrientos, E. I. Juárez-Valdés, E. García-Ruiz, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

Introducción: La EHGNA es una enfermedad hepática crónica con prevalencia del 10-30% en EUA y Europa. En México, la prevalencia en la población asintomática es de 17.4% y hasta del 82.9% en pacientes con síndrome metabólico. Múltiples estudios han demostrado que pacientes con EHGNA son más propensos a desarrollar adenomas colónicos o cáncer colorrectal (CCR) en comparación con controles sanos, tales como el de Kim et al. en 2017 en el EASL Journal of Hepatology, que evaluó la cohorte más extensa en población asintomática

hasta el momento con (25,947 pacientes y un seguimiento a 7.5 años); se demostró una relación estadísticamente significativa ($P<0.02$) entre la EHGNA y el cáncer colorrectal (HR: 2.01; IC, 1.10-3.68), lo que demostró su estrecha relación al igual que en otros cánceres: carcinoma hepatocelular y cáncer de mama.

Objetivo: Determinar la prevalencia de EHGNA en pacientes con CCR en el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal en pacientes con diagnóstico de CCR, de enero de 2011 a diciembre de 2015, incluidos aquéllos con consumo de alcohol no significativo, sin historial de hepatitis viral crónica, otras neoplasias o diagnóstico de cirrosis. Se analizaron edad, sexo, grado de esteatosis hepática (EH) por ultrasonografía (USG), comorbilidades, IMC, evaluación de escala NAFLD Score, BHC (plaquetas), parámetros cardiometabólicos: glucosa en ayuno, colesterol total y HDL, triglicéridos, AST, ALT, GGT. Análisis estadístico: porcentajes, media, promedio y desviación estándar. Se calculó la prevalencia de EHGNA y se consideró IC de 95% como significativo.

Resultados: 267 pacientes, 147 (55.2%) masculinos. La media de edad fue de 58.2 \pm 15.5 años. Grado de EH por USG: leve 110 (41.19%), moderado 74 (27.71%), grave 45 (16.85%), y 38 (14.23%) sin evidencia de EH. Comorbilidades más frecuentes: dislipidemia 60 (22.47%), DM2 56 (20.97%); 83 pacientes (31%) sin comorbilidades. La media del IMC fue de 26.1 \pm 3. La media de glucosa en ayuno, m (115 \pm 22.4), plaquetas 190 \times 10⁹/L (80 \times 10⁹/L), colesterol total (mg/dl) (198.3 \pm 34.5), colesterol HDL (mg/dl) (47 \pm 12.3), triglicéridos (160 \pm 80.5), albúmina (g/dl) 4.8 mediana (4.1-4.2), AST (U/L) (26 \pm 20.3), ALT (44 \pm 30.0), GGT (U/L) (34 \pm 26.4). Hasta 240 (90%) pacientes obtuvieron un NAFLD Score < -1.455, 18 (7%) presentaron un NAFLD Score en límites indeterminados (<-1.455-0.675) y 8 (3%) un valor > 0.675. La prevalencia de EHGNA fue de 85.7% (IC 95%, 77.6-88.2%), y fue mayor en hombres (86.9%; IC95%, 80.9-92.9%).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con cáncer colorrectal presentó un grado leve a moderado de EHGNA con alteración de los parámetros cardiometabólicos y evidencia de síndrome metabólico, con sobrepeso. Se evidenció un número considerable de pacientes con valor de NAFLD score indeterminado que exigiría estudios complementarios para determinar el grado de fibrosis y 8 pacientes que presentaron grados avanzados de fibrosis (F3-F4). La comorbilidad más frecuente fue dislipidemia. La prevalencia de hígado graso fue mayor en hombres.

Financiamiento: Este trabajo no ha sido patrocinado total ni parcialmente por institución gubernamental ni industria farmacéutica.

Mar217

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO SECUNDARIO A FÍSTULA ARTERIAL PANCREÁTICA-MESENTÉRICA DE ALTO FLUJO CON SANGRADO A NIVEL DE BULBO DUODENAL

E. M. Zamayoá-Cervantes, M. P. Proud'homme-Mena, I. D. Chavarría-Gutiérrez, F. I. García-Juárez, J. A. Romero-Lozania, A. A. Chávez-Santiago, H. M. Zapata-Olivares, T. Santamaría-Rodela, L. J. Reyes-Cortés, A. Grijalva-Rodríguez, M. García-Samper, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"

Introducción: La hemorragia del tubo digestivo generalmente está representada en su mayoría por enfermedad acidopéptica, esofagitis y várices esofagogástricas. Las fístulas arteriales pancreáticas o de la mesentérica superior son causas raras de hemorragia digestiva; se informan casi siempre después de operación abdominal (en su mayoría pancreáticas) o traumatismos abdominales, aunque la incidencia señalada en las publicaciones es baja; su relación con una elevada morbimortalidad, así como con una prolongación de la

estancia hospitalaria, hacen que sea una de las complicaciones más temidas.

Objetivo: Notificar y proponer el uso de arteriografía y embolización arterial en sangrados de tubo digestivo alto graves con imposibilidad para realizar panendoscopia o con resultados normales en panendoscopia o incluso después de la segunda revisión endoscópica.

Reporte de casos: Paciente masculino de 43 años de edad, policía, sin antecedentes crónico-degenerativos de importancia, que ingresó por dolor abdominal, hematoquecia, síndrome anémico e hipotensión arterial. Niega traumatismo abdominal reciente. Refiere antecedentes de dos laparotomías exploradoras a los 24 años por úlcera péptica y a los 26 años por obstrucción intestinal con resección intestinal. Entre sus antecedentes patológicos niega alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías. La exploración física reveló dolor a la palpación profunda, sin datos de irritación peritoneal, tacto rectal positivo para hematoquecia. En sus paraclínicos sólo destaca pérdida de 4.4 g/dl de hemoglobina en 24 horas durante su estancia en urgencias y disociación BUN/creatinina, además de datos de choque hipovolémico. Luego de manejo con cristaloides, se sometió al paciente a una panendoscopia que indica úlcera de Forrest III sin evidencia de sangrado activo. Nuevamente presenta hipotensión, se realiza arteriografía que revela fístula pancreático-mesentérica superior de alto flujo y sangrado a nivel de bulbo duodenal que cede ante la embolización de ramas duodenales de la arteria gástrica derecha (bulbo duodenal). Se vigila al paciente posterior al procedimiento, el cual presenta estabilidad hemodinámica, tolerancia a la vía oral y evacuaciones de características normales 48 horas después del procedimiento, por lo que se decide su egreso.

Discusión: Se considera que la tasa de hospitalización para sangrado de tubo digestivo alto es seis veces mayor que para un sangrado gastrointestinal bajo; en el 5 a 10% de los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto grave, puede presentarse con hematoquecia. Las lesiones vasculares en el tracto gastrointestinal que pueden causar sangrado incluyen angiodisplasias, lesiones de Dieulafoy o ectasia vascular antral gástrica; más raras aún son las fístulas de arterias abdominales, en las que la mayoría de los pacientes presenta un "sangrado heráldico" inicial que se manifiesta por hematemesis y/o hematoquecia; el patrón de referencia para el diagnóstico de estas fístulas es la angiografía convencional.

Conclusiones: El tratamiento de un sangrado de tubo digestivo alto grave, con datos de inestabilidad hemodinámica, puede ser difícil e incluso tornarse letal. La realización de una embolización arterial se ha informado como una opción efectiva y segura, con una tasa de éxitos de 50 a 100%. Este abordaje permite además resolver la urgencia del paciente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para este trabajo.

Mar218

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO EN MÉDICOS MEXICANOS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN ADULTOS: ESTUDIO PILOTO

R. Contreras-Omaña, P. Espinosa-González, S. Téllez-Jaén, J. F. Martínez-Campos, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, M. F. Higuera-de la Tijera, G. E. Castro-Narro, Centro de Investigación en Enfermedades Hepáticas y Gastroenterología (CIEHG)

Introducción: Las diarreas agudas en adultos son uno de los principales problemas de salud pública en México. Publicaciones recientes demuestran que la mayor mortalidad por diarrea aguda en Norteamérica ocurre en adultos mayores de 70 años de edad. A la fecha, el grado de conocimiento de los médicos mexicanos sobre el tratamiento de las diarreas agudas en adultos no se ha evaluado.

Objetivo: Conocer el grado de conocimiento en médicos mexicanos de la atención que ofrecen en pacientes adultos con diarrea aguda. Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal, prospectivo, observacional y analítico del 1 de mayo al 30 de junio de 2019, en el cual se aplicó encuesta diseñada para evaluar los diversos aspectos sobre el conocimiento del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en adultos. Dicha encuesta se distribuyó en formato electrónico a médicos mexicanos tanto generales como de diversas especialidades, con el fin de validar el instrumento, el cual se compone de 32 reactivos e incluye aspectos como número de pacientes con diarrea atendidos al año, identificación clínica de las diversas causas de diarrea aguda, indicaciones para el uso de antimicrobianos, datos de alarma en adultos mayores con diarrea aguda y conocimiento sobre el uso de nuevos agentes antidiarreicos. Un resultado óptimo se consideró con un porcentaje de aciertos superior al 80%.

Resultados: De un total de 76 médicos mexicanos encuestados (53.9% mujeres, 56.6% entre los 31 y los 45 años de edad), 42% correspondió a médicos generales y 58% a especialistas, entre los cuales se hallaron 17% de gastroenterólogos. Llama la atención que 36.8% de los encuestados aceptó no contar con certificación vigente por el consejo de su especialidad. Hasta 38.2% no conoce la definición correcta de una diarrea aguda, 36.8% desconoce las características de una diarrea viral, 35.5% de los encuestados no logró identificar los principales agentes causales de la diarrea aguda en adultos, 75% no identificó el tratamiento de elección para diarreas por toxinas, 65.3% no identificó el tratamiento de elección para diarreas de sospecha viral, 29% desconoce el plan de hidratación adecuado para adultos con deshidratación leve a moderada, 43% no identificó los datos de alarma ni las indicaciones de hospitalización en una diarrea aguda del adulto, 34.2% aceptó que utilizaría estudios diagnósticos en diarreas con duración menor a 48 horas, 16% no logró identificar los componentes del síndrome disentérico, 41.2% no logró identificar los datos que predicen gravedad y pronóstico en adultos mayores con diarrea aguda, 54.2% no reconoció más de la mitad de las complicaciones potenciales de una diarrea aguda en adultos mayores, 46.1% desconoce los nuevos agentes antidiarreicos y su uso, y hasta 73.7% de los encuestados seguiría indicando butilioscina, metoclopramida o ambos en combinación en pacientes mayores con diarrea aguda. La diferencia en porcentaje de aciertos entre médicos generales (41%) y especialistas (67%) fue significativa ($p = 0.05$), aunque en ambos grupos los resultados no se consideran satisfactorios.

Conclusiones: Este estudio piloto encontró que el grado de conocimiento en médicos mexicanos acerca del conocimiento sobre el tratamiento de diarreas agudas en el adulto no es satisfactorio. Esto resalta la necesidad de llevar a cabo la segunda parte de este estudio con una población mayor, una vez que la encuesta se valide, así como de contar con guías actualizadas de tratamiento de diarreas agudas en adultos emitidas por la Asociación.

Financiamiento: No se recibió financiamiento o patrocinio de algún tipo.

Mar219

INCIDENCIA Y COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN POBLACIÓN ADULTA MEXICANA

R. Contreras-Omaña, J. I. Neri-Cobo, J. F. Martínez-Campos, D. Madridal-Sánchez, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, M. A. Higuera-de la Tijera, S. Téllez-Jaén, Centro de Investigación en Enfermedades Hepáticas y Gastroenterología (CIEHG)

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF determinan un aproximado de 1 000 millones de casos de enfermedad diarreica aguda cada año; las enfermedades diarreicas representan

una de las cinco causas de muertes en el mundo. En México, en el año 2007, según información del INEGI, las enfermedades gastrointestinales cobraron 514,420 muertes, por lo que es fundamental conocer la incidencia y comportamiento de las diarreas en la población mexicana.

Objetivo: Determinar la incidencia y comportamiento de la enfermedad diarreica aguda en la población adulta mexicana.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y epidemiológico realizado en 1 010 adultos mayores de 18 años en una población abierta dentro del marco de tiempo de febrero a junio del 2019; los sujetos se evaluaron a través de un cuestionario electrónico en el que se evaluó la incidencia de la enfermedad diarreica en el último año, medidas higiénicas, manejo preferido del evento diarreico por parte del encuestado, entre otras. Los resultados se presentan con medidas de tendencia central, dispersión y porcentajes.

Resultados: Un total de 1,010 personas respondió la encuesta. De ellas, 76% (761) presentó al menos un cuadro diarreico agudo en el último año. Hasta 35.5% refirió haber presentado un episodio, 27% dos episodios, 14% tres episodios y 10% más de 5 eventos de diarrea aguda en un año. Durante su evento diarreico, 33.2% se automedicó, 33% refirió no haber recibido ningún tratamiento y sólo 25% (191 personas) acudió al médico; de estos últimos, más de la mitad recibió antibióticos como tratamiento de base. Los principales motivos para acudir al médico fueron fiebre y diarrea con más de tres días de evolución (57%) y falta de respuesta a un antidiarreico o tratamiento previo (22%). A 1 de cada 6 pacientes que acudieron al médico se les solicitaron estudios complementarios, en especial coprocultivo, biometría hemática y reacciones febriles. Una cifra de 66.2% de encuestados mostró un evento de diarrea aguda en los últimos 6 meses, y 28.5% en el mes anterior a la encuesta. La incidencia total calculada es de 2 episodios de diarrea aguda/paciente/año, con una DE de 1 a 3.

Conclusiones: La enfermedad diarreica en adultos mexicanos es más frecuente de lo que muestran los registros, y se presenta en más del 75% de la población cada año, con una incidencia hasta de 2 episodios por paciente por año. Llama la atención que sólo un 25% de los afectados acude al médico, y hasta una tercera parte de los pacientes recurre a la automedicación, por lo que las cifras oficiales de incidencia basadas en consultas médicas subestiman el efecto real de la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento o patrocinio de algún tipo.

Mar220

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

J. Alonso-Soto, F. A. Bustamante-Albán, K. S. Arcenales-Cruz, M. Z. Más-Martínez, J. A. Más-Páez, D. Páez-Suárez, B. E. Madrid-Villanueva, L. M. Aguirre-Padilla, J. R. Pineda-Paz, Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"

Introducción: La colitis ulcerosa afecta exclusivamente a la mucosa del colon en extensión variable, de manera inicial el recto, de forma continua y simétrica, pero con predominio distal. Los enfermos pueden presentar complicaciones y trastornos nutricionales.

Objetivo: Caracterizar clínica y nutricionalmente a los pacientes con colitis ulcerosa.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal y transversal en los pacientes con colitis ulcerosa atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" entre enero del 2016 y diciembre del 2018; la muestra quedó constituida por 108 pacientes.

Resultados: El 70.4% era del sexo femenino. El 50% de los pacientes tenía la enfermedad localizada a nivel del recto y el 80,6% tenía algún

grado de gravedad al momento de la evaluación. El 51.9% de los pacientes mostraba categoría B de la escala subjetiva global que permitió un mejor tamizaje. El fenotipo clínico más frecuente fue el de bien nutrido para un 62% y el diagnóstico nutricional etiopatogénico al final de la evaluación que predominó fue el de bien nutrido para un 42.6%. Las variables bioquímicas que más se modificaron fueron la proteína C reactiva para un 65.7% y la prealbúmina en un 62.9%. El 96.1% de los pacientes desnutridos tenía gravedad de la enfermedad y fue el que más se complicó. El 79.3% de los pacientes con anemia se debió a déficit de hierro.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes presentó trastornos nutricionales y dentro de éstos los desnutridos son los que más se complican y los de mayor actividad de la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar221

REDUCCIÓN SIGNIFICATIVA EN EL USO DE TERAPIA TÓPICA CON MESALAZINA EN PACIENTES MEXICANOS CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI) BAJO TRATAMIENTO CON MESALAZINA MMX: EXPERIENCIA DE LA VIDA REAL

N. N. Parra-Holguín¹, J. K. Yamamoto-Furusho², ¹Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", ²Servicio de Gastroenterología y Obesidad, Hospital Médica Sur

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria crónica intestinal de causa multifactorial, que afecta al colon y el recto. El tratamiento farmacológico de primera línea es la mesalazina para la recaída de CUCI leve a moderada y el mantenimiento de la remisión. En 2 estudios recientes se ha comprobado que farmacológicamente la mesalazina MMX tiene un sistema de liberación prolongada a lo largo de todo el colon. Sólo existe un estudio controlado que evaluó la tasa de reducción de terapia tópica con mesalazina en pacientes con CUCI bajo tratamiento con mesalazina MMX.

Objetivo: Evaluar la disminución del uso de terapia tópica con mesalazina en pacientes mexicanos con CUCI bajo tratamiento con mesalazina MMX con base en parámetros clínicos y bioquímicos.

Material y métodos: Es un estudio de tipo cohorte retrospectiva en el cual se evaluó a 70 pacientes con diagnóstico de CUCI confirmado por histopatología de la Clínica de EI del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y Hospital Médica Sur, quienes se encontraban bajo tratamiento con mesalazina MMX durante el periodo de mayo de 2017 a mayo de 2019. Se analizaron características demográficas y clínicas. Se analizaron los datos con el programa SPSS v.24 para el análisis estadístico.

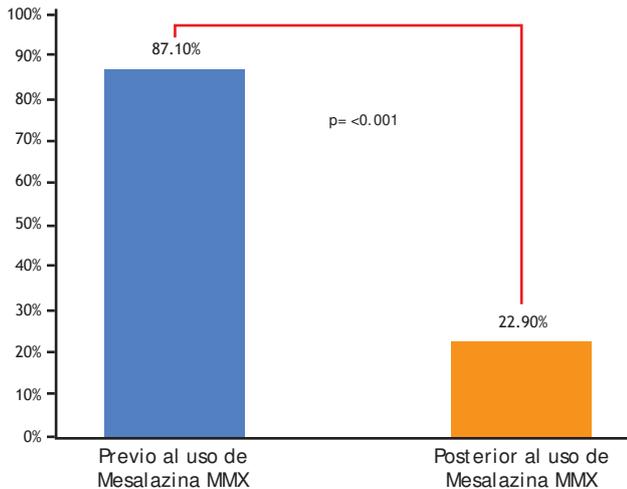
Resultados: Se incluyó a 70 pacientes con CUCI bajo tratamiento con mesalazina MMX, 37 (52.9%) fueron mujeres y 33 (47.1%) hombres, con una edad actual promedio de 46 años (13-82). La extensión de la enfermedad por orden de frecuencia fueron 37 (52.9%) con pancolitis; 13 (18.6%) con colitis izquierda; 11 (15.7%) con proctosigmoiditis y 9 (12.9%) con proctitis. El tratamiento inicial con el cual se encontraban fue el 100% con 5-aminosalicilatos; 61 (87.1%) mesalazina tópica con enemas y/o supositorios; 7 (10%) con esteroides locales y sistémicos y 10 (14.3%) con azatioprina. Hasta 19 pacientes (27.1%) se encontraba en remisión clínica y 51 (72.8%) con actividad clínica leve 45 (64.3%), moderada 5 (7.1%) y grave 1 (1.4%). La remisión clínica basada por Truelove-Witts fue del 88.6% (mantenimiento de la remisión en 16 de 19 (31.5%) y 46 de 57 (80.7%) con inducción a la remisión); posterior al tratamiento se obtuvo la remisión bioquímica en 48 de 70 pacientes (68.6%), con una media de reducción de calprotectina fecal de 970 µg/g a 85

µg/g. El uso de terapia tópica a base de enemas y/o supositorios de mesalazina se redujo de manera significativa del 87.1% al 22.9% ($P < 0.001$) con una media de seguimiento de 12 meses (6-24) tal y como se ilustra en la **Figura 1**.

Conclusiones: El uso de mesalazina MMX redujo de manera significativa el uso de terapia tópica con mesalazina a base de enemas y/o supositorios en pacientes mexicanos con CUCI en dos hospitales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Reducción en el uso de terapia tópica con Mesalazina.



Mar222

EXPERIENCIA EN EL USO DE METOTREXATO EN ENFERMEDAD DE CROHN: EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

N. N. Parra-Holguín, 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 una afección autoinmune caracterizada por inflamación crónica del tracto gastro intestinal con periodos de recaídas y remisión. Se recomienda el uso de metotrexato (MTX) para pacientes con EC que son intolerantes o resistentes a las tiopurinas (azatioprina y 6-mercaptopurina) o dependientes de esteroides. Es un fármaco inmunomodulador que ejerce un efecto inhibitorio sobre la dihidrofolato reductasa. A pesar de los múltiples efectos adversos que se han informado en estudios previos, refieren inducción a la remisión hasta en el 39% de los pacientes y mantenimiento de la remisión en el 65% de ellos.

Objetivo: Describir la experiencia clínica del uso del metotrexato en pacientes mexicanos con EC en relación con su eficacia y presencia de efectos adversos.

Material y métodos: Es un estudio de tipo cohorte retrospectivo en el cual se revisó a 88 pacientes con EC y sólo se incluyó a 35 pacientes con uso actual o previo de MTX de la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" durante el periodo de enero de 2014 a mayo de 2019. La remisión clínica en la inducción se definió a la semana 16 y en la fase de mantenimiento por lo menos a la semana 24. Se recolectó toda la información demográfica y clínica mediante la revisión de expedientes clínicos y los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS v.24.

Resultados: Se analizó a 35 pacientes con uso actual o previo de MTX, 18 pacientes (51.4%) fueron mujeres y 17 (48.6%) hombres, con una edad actual promedio de 42 años (21-75). La localización

más frecuente fue la ileocolónica en 16 (45.7%) seguido de íleon terminal en 12 (34.3%), colónica en 6 (17.1%) y tracto digestivo superior en 1 (2.9%). El fenotipo más frecuente fue el estenosante en 15 (42.9%) seguido del inflamatorio en 13 (37.1%) y fistulizante en 7 (20%). Las indicaciones para iniciar con MTX fueron resistencia a tiopurinas en 25 (71.4%); intolerancia a tiopurinas en 8 (22.9%) y curso clínico agresivo en 2 (5.7%). Sólo 26 de 35 pacientes con EC (74.2%) continuaron bajo tratamiento con MTX y 9 (25.7%) suspendieron el tratamiento. En relación con su eficacia, 19 de 26 (73%) presentaban actividad clínica y de ellos sólo en 16 de 19 (84%) se indujo la remisión clínica. Por otro lado, los restantes 7 de 26 pacientes (26.9%) mantuvieron la remisión con MTX. En cuanto a la seguridad, el principal motivo de suspensión fueron los efectos adversos en 5 de 35 (14.2%), cuyos síntomas gastrointestinales se presentaron en 4 pacientes (11.4%); malestar general en 1 (2.85%) e infecciones de repetición en 1 (2.85%).

Conclusiones: El tratamiento con MTX en pacientes mexicanos con EC fue eficaz en el 84% y sólo se presentaron efectos adversos en el 14.2%.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar223

EXPERIENCIA CLÍNICA CON EL USO DE AZATIOPRINA EN PACIENTES MEXICANOS CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

N. N. Parra-Holguín, 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 enfermedad inflamatoria intestinal de causa desconocida que afecta al colon; si durante el curso de la enfermedad el sujeto se torna dependiente de los esteroides, uno de los tratamientos más utilizados es la azatioprina (AZA), que suele emplearse como inmunomodulador ahorrador de esteroides, y que es un análogo de purina que inhibe competitivamente a la biosíntesis de los nucleótidos de purina. Es ampliamente utilizado para mantener la remisión en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Los efectos adversos principales que se han notificado son la leucopenia y los síntomas gastrointestinales.

Objetivo: Analizar la experiencia del uso de AZA y sus desenlaces clínicos en pacientes mexicanos con CUCI.

Material y métodos: Es un estudio de cohorte retrospectiva en el cual se incluyó a un total de 131 pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI pertenecientes a la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", y que se encontraban bajo tratamiento con AZA durante el periodo de enero de 2009 a mayo de 2019. La remisión clínica se evaluó al sexto mes de tratamiento continuo. Las variables clínicas y demográficas se recabaron mediante revisión de expediente clínico y se utilizó el programa SPSS v.24 para el análisis estadístico.

Resultados: De los 131 pacientes incluidos, 69 (52.7%) son mujeres y 62 (47.3%) hombres, con una edad actual promedio de 49 años (20-92). La extensión principal fue pancolitis con 100 pacientes (76.3%); colitis izquierda con 13 (9.9%); proctosigmoiditis con 13 (9.9%) y proctitis con 5 (3.8%). Respecto de la tolerancia, 123 de 131 (94%) lo toleraron adecuadamente, de los cuales sólo 92 (74.7%) tuvieron remisión clínica; el resto de los pacientes (31, 25.2%) no tuvo respuesta y continuó dependiente de los esteroides. Por otro lado, hubo intolerancia a la AZA en 8 de 131 (6.10%), cuyo principal efecto adverso fue la leucopenia en 7 pacientes (5.34%) y en 1 paciente (0.76%) la fotosensibilidad, motivo por el cual abandonaron el tratamiento. No se encontró ningún factor relacionado con el uso de AZA a excepción de la dependencia del esteroide, la cual es una indicación para iniciarlo.

Conclusiones: La tolerancia a la AZA fue del 94%, la respuesta para el mantenimiento de la remisión clínica fue del 74.7% y sólo se presentaron efectos adversos en el 6.10%.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar224

CORRELACIÓN ENTRE NIVELES DE VITAMINA D Y CALPROTECTINA FECAL EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

N. N. Parra-Holguín, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye a la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC). Dentro de la EII se ha demostrado una mayor prevalencia de deficiencia de vitamina D y una relación inversa significativa entre el estado de la vitamina D y el desarrollo de la enfermedad inflamatoria del intestino. El mejor biomarcador para determinar la actividad es la calprotectina fecal, la cual presenta una alta correlación con la actividad endoscópica e histológica de la enfermedad.

Objetivo: Evaluar la correlación entre los valores de vitamina D y los de calprotectina fecal en pacientes mexicanos con EII.

Material y métodos: Es un estudio transversal en el cual se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de EII de la Clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", los cuales contaron con valores de vitamina D y de calprotectina fecal de la misma fecha durante el periodo de junio a 2017 a mayo de 2019. Las variables clínicas y demográficas se obtuvieron mediante la revisión de expedientes clínicos y el análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS v.24.

Resultados: Se incluyó a un total de 114 pacientes, 87 (76.3%) con CUCI y 27 (23.7%) con EC. Con edad actual de 49 años (21-85). La extensión más frecuente en CUCI fue pancolitis con 61 (73.5); colitis izquierda con 4 (4.8%); proctosigmoiditis con 13 (15.7%) y proctitis con 5 (6), y para la EC la localización más frecuente fue la ileocolónica en 15 (55.6%); ileon terminal en 9 (33.3); colónica en 2 (7.4%) y tracto digestivo en sólo 1 (3.7%). El fenotipo estenosante fue el más común en 12 (46.2%) pacientes, inflamatorio en 8 (30.8%) y fistulizante en 6 (23.1%). Se encontraban en actividad clínica 23 (20.2%) y en remisión 91 (79.8%). Existió una baja correlación y significativa ($P=0.008$) entre los valores de vitamina D normales (>30 ng/ml) con la calprotectina fecal normal (<150 µg/g). No existieron correlaciones significativas entre la deficiencia (<20 ng/ml) e insuficiencia (21-29 ng/ml) de vitamina D con la calprotectina fecal elevada (>150 µg/g).

Conclusiones: No existió correlación significativa entre los valores deficientes e insuficientes de vitamina D con la elevación de calprotectina fecal, lo cual sugiere que los valores de vitamina D no influyen en la actividad medida por calprotectina.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar225

FRECUENCIA ELEVADA DE HIPOTIROIDISMO PRIMARIO EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

N. N. Parra-Holguín, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye a la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), caracterizada por inflamación crónica, con afectación de múltiples órganos además del colon. Los datos sobre la relación entre la EII y los trastornos de tiroides no están completamente establecidos. Los estudios han mostrado una mayor prevalencia de hipertiroidismo en EII, pero no de hipotiroidismo primario; la prevalencia notificada varía de 0.53% a 3.8%. La prevalencia en México de hipotiroidismo primario en la población general es del 1%.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de hipotiroidismo primario en pacientes mexicanos con EII y sus factores adjuntos.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo en el cual se analizó a 429 pacientes de la Clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" con diagnóstico confirmado de EII, que acudieron en el último año a consulta. Se excluyó a todos los pacientes con tiroidectomía, exposición a yodo radiactivo 131, carcinoma papilar de tiroides y tiroiditis autoinmune basada en la presencia de anticuerpos antitiroideos. Se recabaron las variables clínicas y demográficas mediante expedientes clínicos, y se utilizó el programa SPSS v.24 para el análisis estadístico.

Resultados: De un total de 429 pacientes con EII se encontró hipotiroidismo primario en 63 de 429 pacientes (14.6%), de los cuales 43 de 63 (68.3%) tenían diagnóstico de CUCI y 20 de 63 (31.7%) de EC. Cabe descartar que se descartó a 3 pacientes con carcinoma papilar de tiroides, 2 con tiroidectomía, 4 con exposición a yodo radiactivo y 3 con tiroiditis autoinmune. La frecuencia de hipotiroidismo primario en CUCI fue de 43 de 327 pacientes (13.1%) y en EC de 20 de 102 pacientes (19.6%). Hasta 47 pacientes (74.6%) fueron mujeres y 16 (25.4%) hombres, con una edad actual de 59 años (22-82) y una edad promedio al diagnóstico de 36 años (8-78). En CUCI, la principal extensión fue pancolitis en 33 pacientes (76.7%); colitis izquierda en 2 (4.7%); proctosigmoiditis en 5 (11.6%) y proctitis en 3 (7%). La localización más frecuente en EC fue ileocolónica en 14 (70%); íleon terminal en 5 (25%) y colónica en 1 (5%). No se encontró ningún factor relacionado con el desarrollo de hipotiroidismo primario en pacientes con EII.

Conclusiones: Existe una alta frecuencia de hipotiroidismo primario no autoinmune en pacientes con EII, del 13.1% en CUCI y del 19.6% en EC.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar226

IMPACTO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CLÍNICA EN LA FATIGA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

N. N. Parra-Holguín, A. Fresán-Orellana, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen una alta frecuencia de ansiedad y depresión clínica que afecta directamente sus actividades sociales y laborales. Estos trastornos se han relacionado con la actividad clínica de la enfermedad. Uno de los principales síntomas de los pacientes con EII es la fatiga, la cual puede vincularse con la presencia de ansiedad o depresión.

Objetivo: Evaluar el efecto de la ansiedad y la depresión clínica en pacientes con EII de acuerdo con el grado de fatiga informado.

Material y métodos: Se incluyó a 101 pacientes (57.4% mujeres) con una edad promedio de 44 años (DE=12 años) con colitis ulcerosa (87.1%, n=88) y enfermedad de Crohn (12.9%, n=13) que se evaluaron con la Escala de Evaluación de Fatiga en Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII-F) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

(HADS). Se determinó la consistencia interna de la EII-F y se realizaron análisis con ji cuadrada (χ^2), ANOVA con corrección de Bonferroni para la comparación entre grupos de acuerdo con el nivel de fatiga (sin fatiga, fatiga leve/moderada, fatiga grave) y t de Student para la comparación del efecto de la fatiga entre pacientes con y sin depresión/ ansiedad clínica.

Resultados: La EII-F mostró una adecuada consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.87 en términos de presencia y el efecto de la fatiga con alfa de Cronbach de 0.95. Más del 50% de la muestra (60.4%) refirió fatiga moderada, seguido por el 27.7% (n=28) con fatiga grave y el 11.9% (n=12) restante sin fatiga. Los pacientes sin fatiga y con fatiga moderada/ grave fueron similares en sus características demográficas (edad, sexo, escolaridad, ocupación) y clínicas del padecimiento (edad de inicio, tiempo de evolución, diagnóstico, curso actual). Un mayor porcentaje de pacientes con fatiga grave señaló tener ansiedad en el 42.9% (n=12; $p=0.003$) y depresión en el 35.7% (n=10; $p=0.02$). Del grupo sin fatiga, sólo el 8.3% (n=1) indicó la presencia de ansiedad y depresión. El efecto de la fatiga fue similar en aquellos pacientes con y sin ansiedad y/ o depresión clínica ($p>0.05$).

Conclusiones: La fatiga moderada/ grave en pacientes con EII puede modificar la presencia de síntomas clínicos relevantes de depresión y ansiedad. A pesar de que la presencia de estos trastornos mentales no altera de forma subjetiva las actividades cotidianas afectadas por la fatiga de acuerdo con el informe de los pacientes, es necesario hacer una evaluación integral mediante entrevista clínica y mediciones objetivas de funcionalidad en estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar227

ARTERITIS DE TAKAYASU Y ENFERMEDAD DE CROHN EN UN JOVEN MESTIZO EN REMISIÓN CON USO DE CERTOLIZUMAB

J. Aguilar-Hernández, T. Cortés-Espinosa, D. C. Morel-Almonte, R. Ramírez-del Pinar, C. Navarro-Gerrard, N. Gamboa-Piña, K. C. Trujillo-de la Fuente, C. Paredes-Amenábar, D. Alemán-Abitia, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) y la enfermedad de Crohn (EC) son dos trastornos autoinmunes raros; sin embargo, las publicaciones describen la presencia de ambas enfermedades en el mismo paciente.

Objetivo: Informar la relación de AT y EC y la respuesta al uso de un anti-TNF.

Reporte de casos: Paciente masculino de 22 años con antecedentes de AT (Numano V), coartación aórtica, estenosis aórtica infrarrenal del 50% con angioplastia y colocación de stent, aneurisma de arteria mesentérica y aneurisma carotídeo izquierdo con corrección quirúrgica. Recibió múltiples esquemas de inmunosupresores incluidos esteroides y rituximab; desarrolla abdomen agudo por lo que es intervenido quirúrgicamente y se realiza una ileocolectomía. Ingresó a este servicio por historial de diarrea crónica y dolor abdominal crónico postquirúrgico. En la exploración mostró aftas orales y palidez de tegumentos; abdomen con múltiples cicatrices e ileostomía en cuadrante inferior izquierdo funcionante. La coloileoscopia con índice de Rutgeerts i2, con una VSG: 50 ml/h, PCR: 98.2 mg/dl, Hb: 9.8 mg/dl. Panendoscopia con gastropatía aguda en antro, reflujo duodenogástrico, duodenitis grave; la enterografía por RMN con datos consistentes con EC con inflamación ileal sin afectación perianal activa; cambios en la luz de la aorta abdominal con zona hipointensa central secundarios a arteritis de Takayasu. Previo análisis con reumatología se decide suprimir los inmunosupresores e iniciar certolizumab pegol (400 mg SC) en las semanas 0, 2 y cada 4 semanas. Se consigue actualmente remisión endoscópica.

Discusión: En el artículo publicado por Taddio et al. que describe la presencia de las dos alteraciones (arteritis de Takayasu [AT] y la enfermedad de Crohn [EC]) en el mismo paciente, esto ocurre generalmente durante la edad adulta, mientras que en los niños esta relación es extremadamente rara, pero casi 1 de cada 10 pacientes con AT puede desarrollar EC o colitis ulcerativa (CU). Kusunoki et al. revisaron y enumeraron 37 casos de EC y AT informados en la bibliografía y establecieron que la edad de inicio de los síntomas de AT era simultánea o posterior a la de EC en la mayoría de ellos. Rény et al. informaron que el EC estaba presente en el 9% de un grupo de 44 pacientes con AT y señalaron que en estos casos tendían a ser más jóvenes a la edad en el momento del diagnóstico y también a presentar síntomas sistémicos con mayor frecuencia que aquellos con sólo AT. Rény et al. informaron que los pacientes con EC y AT coexistentes tendían a ser más jóvenes en el momento del diagnóstico de AT y tenían síntomas constitucionales más frecuentes, como fiebre, pérdida de peso o fatiga, respecto de aquellos con AT sin EII. Como refieren en la publicación de Tung Chen et al., los corticosteroides y el tratamiento inmunosupresor podrían usarse en ambas enfermedades, aunque algunos pacientes también pueden requerir procedimientos de revascularización quirúrgica o endovascular como ocurrió en este paciente.

Conclusiones: En los pacientes con enfermedades autoinmunes puede coexistir más de un trastorno autoinmune y la alta sospecha lleva a realizar un abordaje más a fondo para descartar o corroborar una EII agregada. Actualmente, al mejorar el tratamiento con el uso de terapia biológica, el paciente ha logrado mejorar su calidad de vida y mantenerse en remisión la EII. Muy probablemente la AT tiene un fondo autoinmune y genético que se relaciona fisiopatológicamente con EC y quizá la respuesta sea favorable con un anti-TNF.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar228

LOS PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA GRAVE REFRACTARIOS A TRATAMIENTO MÉDICO PRESENTAN BAJA EXPRESIÓN PROTEICA EN PIEZAS DE COLECTOMÍA

J. J. Toledo-Mauriño, J. Furuzawa-Carballeda, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad emergente en México caracterizada por el hallazgo de sangre en heces producto de la ulceración de la mucosa colónica. El TRPV4 (receptor de potencial transitorio activado por vaniloideas 4) es un receptor cuyo agonista específico es el 4 α -forbol 12,13-didecanoatoque, también activado por estímulos de cambios de temperatura, osmolaridad y pH. Previamente se han relacionado los valores altos de expresión génica y proteica con la presencia de inflamación tanto en modelos murinos como en pacientes con CUCI.

Objetivo: Analizar la expresión génica y proteica de TRPV4 en un grupo de pacientes mexicanos con colitis ulcerosa crónica idiopática.

Material y métodos: Estudio transversal comparativo en el que se evaluó la expresión génica de TRPV4 mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) y la expresión proteica mediante inmunohistoquímica indirecta. Para la RT-PCR se incluyó a 23 pacientes con CUCI activa, 7 con CUCI en remisión y 18 controles sin inflamación. En el caso de la inmunohistoquímica se realizó con cortes de 5 piezas quirúrgicas de colon provenientes de pacientes con CUCI grave y como grupo control se incluyó a pacientes con cáncer de colon (utilización de zonas normales). La evaluación de la expresión génica de TRPV4 (izquierdo 5'ccaggtaggctcctgatcc 3'; derecho 3'gctccttcagctgctctac 5') se utilizó el gen de GAPDH (izquierdo

5#gcccaatagaccaaatcc 3#; derecho 3#agccacatcgctcagacac 5#) como gen de referencia. El análisis estadístico de los datos obtenidos en la parte de expresión génica se llevó a cabo con SPSS v. 23 y se emplearon las pruebas de Kruskal-Wallis, correlación de Spearman y exacta de Fisher. Por otro lado, el procesamiento de los datos obtenidos en el análisis morfométrico de las laminillas se llevó a cabo con SigmaPlot v.11.1, empleada como prueba estadística ANOVA de un solo factor. Se consideraron valores de $p < 0.05$ como significativos.

Resultados: No se observaron diferencias significativas en la expresión génica de TRPV4 entre los pacientes con CUCI activo, CUCI en remisión y controles sin inflamación. Sin embargo, el grado de expresión proteica de TRPV4 fue relativamente mayor en pacientes con CUCI en remisión sin alcanzar diferencia estadística. El grado de expresión proteica fue mayor a lo largo de todas las capas intestinales en los controles en comparación con los pacientes con CUCI activo grave (mucosa $p = 0.008$, submucosa $p < 0.001$, muscular $p = 0.018$ y serosa $p < 0.001$). Las fuentes celulares predominantes en el caso de la expresión proteica de TRPV4 fueron células de origen linfóide (macrófagos, linfocitos y células plasmáticas). La media de edad de los participantes fue de 47.36 ± 12.97 años. Hasta 55.3% correspondió a mujeres y 44.7% a hombres. La media de edad al diagnóstico de la CUCI fue de 34.48 ± 15.56 años. Los pacientes presentaron en promedio 8.65 ± 7.67 años de evolución. Un 20% presentó al menos una manifestación extraintestinal. En el caso de la actividad histológica evaluada por la escala de Riley: 23.3% presentó remisión; 23.3% actividad leve; 16.7% actividad moderada y 33.3% actividad grave.

Conclusiones: La expresión proteica de TRPV4 fue baja en los pacientes con CUCI grave resistentes al tratamiento convencional en comparación con los controles sin inflamación, lo cual sugiere que el TRPV4 podría tener un papel importante en la etiopatogenia de la CUCI.

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

Mar229

FRECUENCIA DE INTOLERANCIA A FÁRMACOS 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) es una entidad nosológica caracterizada por la presencia de hematoquecia secundaria a daño en mucosa y submucosa colónicas. En un porcentaje variable de pacientes, ocasionalmente se presenta intolerancia a fármacos que forman parte del tratamiento convencional, en particular esteroides e inmunomoduladores. En la población europea se ha notificado una prevalencia de intolerancia a fármacos de alrededor del 3%. No existen estudios previos acerca de la frecuencia de intolerancia a tratamiento convencional en pacientes con CUCI en Latinoamérica.

Objetivo: Determinar la frecuencia de intolerancia a fármacos, así como su relación con desenlaces clínicos en pacientes mexicanos con CUCI.

Material y métodos: Estudio de tipo transversal en el que se evaluó a 170 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, dependiendo de la naturaleza de éstos, se utilizaron las pruebas de ji cuadrada, exacta de Fisher, coeficiente de correlación de Pearson, coeficiente de correlación de Spearman, t de Student y U de Mann-Whitney, según cada caso. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS versión 22.0. Se consideraron valores de $p < 0.05$ como significativos.

Resultados: La mediana de edad de los pacientes incluidos fue de 40.5 años (18-73 años). El 45.3% correspondió a mujeres y el 54.7% a hombres. La media de edad al diagnóstico de la CUCI fue de 32.46 ± 12.23 años. La frecuencia de intolerancia a fármacos fue del 1% distribuida en el 0.5% de intolerancia a 5-aminosalicilatos y 0.5% a esteroides. Los pacientes presentaron en promedio 8.23 ± 7.69 años de evolución. En el caso de los pacientes activos, la extensión estuvo distribuida de acuerdo con la clasificación de Montreal en 46.6% con E1, 18.2% con E2 y E3 con 62.2%. El 51.2% presentó curso clínico inicialmente activo después inactivo, 34.7% intermitente (<2 recaídas al año) y 3.5% continuo (>2 recaídas por año). El 32.9% presentó al menos una manifestación extraintestinal. En cuanto a la actividad endoscópica de acuerdo con la clasificación de Mayo: 37.6% tuvo remisión o Mayo 0; 24.7% actividad leve o Mayo 1; 21.2% actividad moderada o Mayo 2 y 15.3% actividad grave o Mayo 3. En el caso de la actividad histológica evaluada por la escala de Riley: 32.9% tuvo remisión; 28.2% actividad leve; 24.7% actividad moderada y 14.1% actividad grave. En relación con el tratamiento médico: 41.2% sólo tenía 5-aminosalicilatos (5-ASA); 13.5% 5-ASA y esteroide; 16.5% 5-ASA, esteroide y tiopurina; 0.6% sólo esteroide, 1.2% sólo tiopurina; 8.2% con 5-ASA y tiopurina; 0.6% adalimumab. No se encontró ninguna relación de la presencia de intolerancia a fármacos con desenlaces clínicos de la enfermedad.

Conclusiones: La frecuencia de intolerancia a fármacos fue del 1% en pacientes mexicanos con CUCI.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar230

LA PRESENCIA DE PANCOLITIS SE ASOCIÓ CON EL DESARROLLO DE CUALQUIER TIPO DE CÁNCER 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 entidad que forma parte del espectro de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La CUCI se caracteriza por un patrón de afectación continuo de la mucosa y submucosa colónica con extensión variable desde el recto hasta el segmento colónico proximal. En estudios previos se ha determinado que padecer CUCI se relaciona con un riesgo por lo menos 5 veces mayor al normal de presentar cáncer colorrectal. Sin embargo, existe poca evidencia de que se relacione con la presencia de otro tipo de neoplasia que no afecte al sistema gastrointestinal. No hay estudios previos realizados en Latinoamérica en relación con la presencia de neoplasias en pacientes con EII.

Objetivo: Determinar la frecuencia de cáncer en pacientes mexicanos con CUCI y factores vinculados con su desarrollo.

Material y métodos: Estudio de tipo retrospectivo en el que se evaluó a 190 pacientes con diagnóstico definitivo de CUCI. Se recabaron las variables demográficas, clínicas y relacionadas con la enfermedad de las notas clínicas. Se empleó el modelo de Kolmogorov-Smirnov para analizar la distribución de los datos y se utilizaron las pruebas ji cuadrada, razón de momios e intervalo de confianza al 95%. Se utilizó SPSS v.22 para el análisis estadístico de los datos.

Resultados: Se evaluó a un total de 190 pacientes con CUCI con media de edad actual de 42.12 ± 14.51 años. El 45.8% correspondió a mujeres y el 54.2% a hombres. La media de edad al diagnóstico de la CUCI fue de 33.06 ± 12.68 años. El 15.3% de los pacientes se diagnosticó recientemente, 3.2% presentó menos de 1 año de evolución, 16.3% de 1 a 3 años y 64.2% al menos 3 años. La extensión estuvo distribuida de acuerdo con la clasificación de Montreal: 18.52% tuvo E1, 16.06% E2 y 65.41% E3. El 51.6% presentó curso clínico inicialmente activo después inactivo, 34.7% intermitente (<2 recaídas al año) y 4.2% continuo (>2 recaídas por año). En el 32.6% hubo al menos una manifestación extraintestinal. En cuanto a la actividad endoscópica de acuerdo con la clasificación de Mayo: 34.2% mostró remisión o Mayo 0, 25.1% actividad leve o Mayo 1, 22.4% actividad moderada o Mayo 2 y 16.9% actividad grave o Mayo 3. En el caso de la actividad histológica evaluada por la escala de Riley: 31.1% presentó remisión; 30.5% actividad leve; 23.7% actividad moderada y 14.7% actividad grave. En relación con el tratamiento médico: 42.1% sólo tenía 5-aminosalicilatos (5-ASA); 1.1% sólo esteroide; 15.3% 5-ASA y esteroide; 16.3% 5-ASA, esteroide y tiopurina; 1.1% sólo tiopurina; 7.4% con 5-ASA y tiopurina; 0.5% adalimumab; 0.5% 5-ASA con tiopurina y 12.2% estaba colectomizado. El 3% desarrolló algún tipo de cáncer: por orden de frecuencia 1% de cáncer colorrectal, 0.5% de cáncer de mama, 0.5% de cáncer de próstata, 0.5% de carcinoma papilar de tiroides y 0.5% de neurofibroma. La presencia de pancolitis se relacionó con cualquier tipo de neoplasia (RM:17.43, IC95%:1.98-153.49, $p < 0.001$).

Conclusiones: La frecuencia de cáncer fue del 3% en pacientes mexicanos con CUCI. La presencia de pancolitis se vinculó con la presencia de cualquier tipo de neoplasia.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar231

CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE CALPROTECTINA FECAL CON LA ACTIVIDAD EN ENFERMEDAD DE CROHN DETERMINADA MEDIANTE ENTERORRESONANCIA MAGNÉTICA

A. R. Ángeles-Labra, M. R. Arizaga-Ramírez, M. Licano-Zubiate, J. Toledo-Mauriño, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) se caracteriza porque puede afectar a cualquier parte del tracto digestivo. Los estudios de imagen con mejor desempeño para la evaluación completa del intestino medio son la enterotomografía (ETC) y la enterorresonancia magnética (ERM); sin embargo, esta última tiene la ventaja de no exponer al paciente a radiación ionizante. El índice de actividad por resonancia magnética (MaRIA) permite evaluar la actividad de la enfermedad y tiene una elevada correlación con índices clínicos y endoscópicos. Uno de los mejores biomarcadores de inflamación intestinal es la calprotectina fecal.

Objetivo: Evaluar la correlación entre la actividad de la EC determinada por ERM y valores de calprotectina fecal.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal y observacional en el cual se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico confirmado de EC atendidos en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal durante el periodo de enero de 2017 a enero de 2019; se recolectaron los valores de calprotectina fecal y se corroboró que contaran con ERM realizada con diferencia no mayor de 3 meses. Se recabaron las variables demográficas y clínicas en el expediente clínico. La actividad de la EC se documentó mediante el índice MaRIA como remisión (<7 puntos), actividad leve a moderada (7 a 10 puntos) y actividad grave (>11 puntos). El análisis estadístico se efectuó a través del programa SPSS versión 24.

Resultados: Se analizó a un total de 30 pacientes con EC, de los cuales 19 fueron mujeres. Con una mediana de edad de 55 años (21-79), la edad al diagnóstico fue de 45 años (21-79), con una mediana de 8 años de evolución (1-29). La localización fue ileal en 11 pacientes, ileocolónica en 11, colónica en 6 y superior en 2. En la evaluación de la actividad mediante ERM, el 93% de los pacientes incluidos se encontraba con enfermedad activa ($n=28$) y de ellos 5 tuvieron actividad leve a moderada y 23 actividad grave; sólo 2 se hallaban en remisión radiológica. La mediana de la puntuación de MaRIA fue de 17 puntos (3-33) y la mediana de calprotectina fecal de $1\ 199 \mu\text{g/g}$ ($30\text{-}4235 \mu\text{g/g}$). No existió correlación entre los valores de calprotectina fecal y la actividad de la enfermedad por ERM. Sólo se encontró correlación positiva entre el índice MaRIA y el CDAI ($r=0.41$, $P < 0.005$).

Conclusiones: No existió correlación entre los valores de calprotectina fecal y la actividad de la enfermedad por ERM en pacientes con EC. Sólo el índice MaRIA mostró correlación con el CDAI.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento.

Mar232

LINFOMA COLORRECTAL PRIMARIO DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES EN PACIENTE CON COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA EN TRATAMIENTO CON ANTIFACTOR DE NECROSIS TUMORAL (TNF)

J. A. Romero-Lozanía, M. A. García-Samper, F. Chablé-Montero, T. Santamaría-Rodela, A. Grijalva-Rodríguez, H. M. Zapata-Olivares, A. A. Chávez-Santiago, F. I. García-Juárez, E. M. Zamayoá-Cervantes, I. Chavarría-Gutiérrez, Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos ISSSTE

Introducción: El linfoma colorrectal primario es extremadamente raro y representa tan sólo 0.2 a 0.6% de todas las neoplasias colorrectales. Los subtipos más frecuentes son el linfoma difuso de células B grandes y el linfoma de células B extranodal de zona marginal. El uso de inmunomoduladores como anti-TNF y tiopurinas se considera uno de los principales factores de riesgo.

Objetivo: Describir un caso clínico de desarrollo de neoplasia linfóide en paciente con antecedente de colitis ulcerativa aunado a larga exposición a anti-TNF.

Reporte de casos: Paciente masculino de 63 años con antecedente de colitis ulcerosa de 10 años de evolución en tratamiento con infliximab (400 mg) cada 8 semanas, mesalazina (4.5 g) al día con patrón de recaídas frecuente. Acude a consulta externa con brote de actividad grave: 12 evacuaciones al día, Bristol 7, con moco y sangre, además de dolor y distensión abdominal, así como fiebre intermitente mayor de 38.5°C y pérdida de al menos 10 kg de peso en los últimos 3 meses. Paraclínicos: Hb 10.4 g/dl, Hto 31.5%, VCM 86 fl, leucocitos 6.55, $103/\mu\text{l}$. La ileocolonoscopia muestra colon transverso, descendente, sigmoide y recto con múltiples formaciones inflamatorias pseudopolioides. Las biopsias revelan linfoma difuso colorrectal de células B grandes con marcadores de inmunohistoquímica interno y externos adecuados: CD20: +++, CD30: ++, CD45: +++. Tomografía simple y contrastada de tórax-abdomen y pelvis sin datos de actividad extracolónica e inmunohistoquímica de médula ósea normocelular, negativa para malignidad.

Discusión: El diagnóstico temprano de linfoma colorrectal primario en un paciente con colitis ulcerativa expuesto a inmunomoduladores es un reto y puede pasar inadvertido, dado que las manifestaciones producidas por esta neoplasia se relacionan las más de las veces con manifestaciones de recaídas de la enfermedad inflamatoria.

Conclusiones: El paciente con colitis ulcerativa crónica idiopática expuesto a inmunomodulador tiene mayor riesgo de desarrollar neoplasias de tipo linfóide a nivel intestinal.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar233

RELACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

D. Cárdenas-Valenzuela, S. E. Martínez-Vázquez, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La actividad física (AF) tiene un papel importante en el tratamiento de diversas enfermedades autoinmunes, pero en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) aún no se ha identificado el efecto de la actividad física en la remisión, las recaídas y la gravedad de la actividad, así como tampoco el papel que juega en el tratamiento. En estudios animales se han observado efectos benéficos en el curso de la enfermedad, además de atenuación en la expresión de genes inflamatorios, lo que reduce los episodios de diarrea.

Objetivo: Evaluar la relación de la actividad física con la actividad de la EII en pacientes mexicanos.

Material y métodos: Estudio transversal en el que se evaluó a 99 pacientes de CUCI y EC de la clínica de EII del INCMNSZ desde enero hasta junio del 2019. Se registraron variables demográficas como sexo, edad, años de evolución, tratamiento farmacológico y también el curso clínico mediante frecuencia de recaídas categorizadas en dos grupos: 1) remisión prolongada (más de dos años) y 2) recaídas intermitentes, y los resultados obtenidos del cuestionario internacional de actividad física (IPAQ versión corta) en el que se evalúa la cantidad de AF, la cual se clasifica en vigorosa, moderada, leve y sedentarismo en el día. En este estudio se consideró la frecuencia semanal, la duración de la sesión (>30 minutos y <30 minutos). El sedentarismo se definió como estar más de 2 horas sentado en un día. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 22 y se utilizaron pruebas de ji cuadrada y correlación de Spearman.

Resultados: En este grupo de pacientes, 53 eran mujeres; 84 tenían diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática y 15 enfermedad de Crohn, con una mediana de edad de 46 (18-70 años) y 12±9 años de evolución. Hasta 64 pacientes realizaban algún tipo de AF y de ellos 19 con actividad vigorosa pero sólo 15 por más de 30 minutos; 47 pacientes realizaban moderada y 33 por más de 30 minutos; 64 pacientes caminaban pero sólo 45 por más de 30 minutos y 59 pacientes eran sedentarios. Se encontró una correlación directamente proporcional entre el sedentarismo y la frecuencia de recaídas ($R=0.18$, P por tendencia = 0.080).

Conclusiones: En este estudio no se relacionó la AF con la frecuencia de las recaídas; sin embargo, el sedentarismo se relacionó de forma directamente proporcional con las recaídas. Es necesario confirmar estos hallazgos con mayor tamaño de muestra.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Mar234

DESENLACES CLÍNICOS EN EL USO DE TERAPIA ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

J. E. Cuevas-Castillejos, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La terapia biológica antifactor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF) es particularmente útil en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) refractaria o intolerante a la terapia

convencional y ha demostrado ser altamente eficaz para la inducción y mantenimiento de la remisión, así como ahorrador de esteroides.

Objetivo: Describir los desenlaces clínicos de pacientes con EII tratados con terapia anti-TNF en un hospital de referencia.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva en el cual se analizó a un total de 49 pacientes con diagnóstico definitivo de EII de acuerdo con criterios clínicos, bioquímicos, endoscópicos, radiológicos e histopatológicos pertenecientes a la clínica de EII en un hospital de referencia, quienes estaban bajo tratamiento con terapia biológica anti-TNF. Se obtuvieron las variables clínico-demográficas mediante la revisión de expedientes clínicos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 24.

Resultados: Un total de 49 pacientes distribuidos de la siguiente manera: 28 pacientes (57%) con enfermedad de Crohn (EC) y 21 (43%) con colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI). La edad promedio fue de 48.4±17 años y 53% correspondió al sexo femenino. La mediana de seguimiento bajo terapia biológica anti-TNF fue de 14 meses (intervalo, 6-22). De los pacientes con CUCI, 18 de 21 (85%) tuvieron pancolitis. El 46% de los pacientes con EC presentó localización ileocolónica; 12 de 28 pacientes (42%) con fenotipo estenosante y 4 de 28 pacientes (14%) con compromiso perianal. La principal indicación de terapia anti-TNF fue resistencia al tratamiento convencional en el 48%, seguida de la dependencia de esteroides en el 18%. El agente anti-TNF más frecuentemente empleado fue adalimumab en 37 de 49 pacientes (75%), seguido de infliximab en 9 de 49 pacientes (18%) y sólo un paciente con certolizumab. El porcentaje de pacientes con remisión clínica inicial con terapia anti-TNF fue de 83%, con 23% de los pacientes con pérdida de la respuesta y en 19% se empleó un segundo anti-TNF por pérdida de respuesta secundaria con rescate basado en adalimumab. En los pacientes con CUCI, la actividad de la enfermedad calculada por el puntaje de Mayo tuvo una mediana de 2 puntos (intervalo, 1-3). Se encontró que 66% de los pacientes con CUCI se mantuvo en remisión clínica y el 57% en remisión bioquímica definida por una calprotectina fecal <150 mg/g. En los pacientes con EC, el índice de Harvey-Bradshaw para evaluar actividad de la EC presentó una mediana de 3 puntos (intervalo, 0-6); 17 pacientes (60%) se mantuvieron en remisión clínica y sólo 4 (14%) en remisión bioquímica. En el 81% de los pacientes se logró reducir o suspender el uso de esteroides. En el 13% de los pacientes con CUCI aún se empleaba algún tipo de esteroide, mientras que en pacientes con EC fue del 14%. El número de pacientes con alguna hospitalización posterior al inicio del anti-TNF fue del 16% debido en la mayoría a exacerbadón de la EII. No se informaron efectos adversos relacionados con el uso de anti-TNF, excepto 1 paciente hospitalizado por una neumonía grave, con desenlace favorable. Sólo un paciente con EC murió tras 3 meses después de iniciar con adalimumab debido a complicaciones postquirúrgicas.

Conclusiones: Los desenlaces clínicos del uso de terapia anti-TNF en un hospital de referencia fueron: alto porcentaje de remisión clínica y mantenimiento de la remisión, reducción significativa en el uso de esteroides, así como un bajo número de hospitalizaciones y mortalidad de forma subsecuente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar235

EFICACIA DE LA AZATIOPRINA EN EL MANTENIMIENTO DE LA REMISIÓN EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

R. M. Miranda-Cordero, N. A. Urdiales-Morán, Centro Médico ISSEMYM

Introducción: Las tiopurinas son antimetabolitos e inmunomoduladores empleados desde la década de 1950 para el tratamiento de las leucemias. En la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) están

indicadas como ahorradores de esteroides, en el mantenimiento de la remisión y en combinación con antifactor de necrosis tumoral (anti-FNT) para atenuar la inmunogenicidad. Sin embargo, hasta el 50% suspende la azatioprina después de dos años por falta de eficacia o efectos adversos y más de una cuarta parte escala a terapia biológica.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la azatioprina en el mantenimiento de la remisión clínica y endoscópica en la EI.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de EI: colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) o enfermedad de Crohn, tratados con azatioprina (2 mg/kg). No se realizó determinación de polimorfismos de tiopurin metiltransferasa (TPMT) o concentraciones de 6 tioguanina (6TGN). Se excluyó a pacientes con datos incompletos o que recibieron de manera inicial terapia combinada con azatioprina y anti-FNT. La remisión clínica se definió como una puntuación de Mayo ≤ 2 (CUCI) y CDAL < 150 (Crohn). Remisión endoscópica como subpuntuación de Mayo 0 y puntuación simplificada de actividad endoscópica en enfermedad de Crohn (SES-CD) = 0-2/ Rutgeerts i0-i1. Los factores predictores de respuesta fueron: género, diagnóstico, edad al inicio de azatioprina y el tiempo de tratamiento (≤ 2 años/ > 2 años). Análisis estadístico con el programa SPSS-IBM v.2019.

Resultados: Se incluyó a 50 pacientes: 31 mujeres (62%) y 19 hombres (38%). La edad promedio de inicio de azatioprina fue de 48.2 años. Diagnóstico de CUCI en 60% y Crohn en 40%. El 84% (n=42) recibió azatioprina por dependencia a esteroides (incapacidad de disminuir < 10 mg/día de prednisona), 16% por falta de respuesta a mesalazina, 14/50 (28%) presentaban actividad grave, el resto actividad moderada. La duración promedio del tratamiento con azatioprina fue de 4.5 años. El 40% (20/50) experimentó remisión y continuó monoterapia con azatioprina. En 16% (8/50) se agregó anti-TNF (terapia combinada) por falta de eficacia. El 44% (22/50) escaló a biológico. En 30% (15/50) se presentaron efectos adversos: 12/15 leucopenia, 1/15 intolerancia gastrointestinal, 1/15 varicela y 1/15 cáncer de piel distinto de melanoma. En relación con el riesgo, la edad < 40 años fue el factor con mayor predicción a respuesta clínica con un RR 2.5 (IC 95%, 0.8-8.3), el sexo masculino obtuvo una discreta ventaja con RR 1.171 (IC 95%, 0.56-2.4), la colitis ulcerosa tuvo mejor respuesta que los pacientes con enfermedad de Crohn (RR 1.27 y 0.67 respectivamente).

Conclusiones: La azatioprina ha demostrado ser superior a placebo en el mantenimiento de la remisión; sin embargo, en una revisión Cochrane de Chande et al. existe una modesta ventaja para azatioprina respecto del placebo en enfermedad de Crohn (RR, 1.28; 95% IC, 1.15-1.43). En la cohorte de Örebro se informó que 27.5% de los pacientes con azatioprina escaló a anti-TNF (RR 0.49; 95% IC, 0.26-0.92). En este estudio, 40% presentó remisión clínica y endoscópica; sin embargo, casi la mitad (44%) escaló a biológico y 30% tuvo que suspender el tratamiento por efectos adversos. En ningún paciente se ha presentado enfermedad linfoproliferativa y el paciente que desarrolló cáncer de piel distinto del melanoma era mayor de 60 años. La azatioprina muestra diferencias farmacocinéticas interindividuales. La seguridad y eficacia podrían mejorarse al medir polimorfismos TPMT y valores de 6TGN.

Financiamiento: Ninguno.

Mar236

EXPERIENCIA DE 5 AÑOS DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA (CU) CON USO DE ANTI-TNF EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DEL NORESTE DE MÉXICO

V. E. Del Toro-Ortiz, J. C. Navarro-Hernández, N. A. Santillano-Tinoco, R.C. Guerrero-Barrera, A.Y. Ruiz-Flores, C. L. López-Rodríguez,

R. M. López-Alcaraz, M.C. Rodríguez-Leal, IMSS UMAE-Hospital de Especialidades No. 25

Introducción: En México se ha documentado un incremento de la incidencia de CU en los últimos 20 años. Con el advenimiento de la terapia biológica se ha logrado un mayor control de la enfermedad; el objetivo con estas terapias es lograr la remisión profunda.

Objetivo: Evaluar las características demográficas y clínicas de los pacientes con CU con uso de anti-TNF.

Material y métodos: Se evaluó de forma prospectiva a pacientes adultos con diagnóstico confirmado de CU durante el periodo de enero de 2014 a junio de 2019 con uso a la fecha de anti-TNF. Se evaluaron las características demográficas y clínicas de los pacientes que acuden a esta unidad. El grado de actividad se evaluó mediante índice de Mayo, Escala de Mayo endoscópica, Clasificación de Montreal e índice de Truelove-Witts. El análisis estadístico se llevó con el programa SPSS v24.

Resultados: Esta población de pacientes con CU bajo anti-TNF consiste en 57 pacientes, con 36 sujetos el sexo masculino (63.2%). La mediana de edad fue de 37 años (intervalo, 15-69 años). La mediana de edad al diagnóstico es de 29 años (intervalo, 11-65 años). Hasta 29 pacientes (50.9%) presentaba actividad moderada pretratamiento según clasificación de Truelove-Witts, 7 actividad grave (12.3%). Según la colonoscopia inicial, 39 tenían Mayo Endoscópico e 3 (68.4%) y 14 pacientes con Mayo 2 (24.6%). Según la clasificación de Montreal, 30 pacientes sufrían pancolitis (52.26%). En la biopsia pretratamiento, 30 sujetos presentaba actividad grave (52.6%), 14 pacientes con actividad moderada (24.6%). Hasta 54 individuos han utilizado infliximab (94.7%), de los cuales 8 (14%) lo tuvieron que suspender por falla al tratamiento o efectos adversos. La dosis de mantenimiento inicial fue de 5 mg/kg/por dosis cada 8 semanas y a 9 pacientes (15.78%) se les optimizó la dosis. De los 57 pacientes, 13 (23.4%) se hallan en tratamiento con adalimumab y 3 de ellos (5.4%) requirieron optimización. El índice de Truelove-Witts postratamiento tuvo una media de 11.28 (DE, 2.28). En postratamiento se observó a 26 pacientes (45.62%) sin actividad, 25 (43.9%) con actividad leve y 6 (10.5%) con actividad moderada. La revisión colonoscópica postratamiento documentó a 19 pacientes (33.3%) con Mayo 3, 18 (31.6%) con Mayo 2, 13 (22.8%) con Mayo 1 y 7 (12.3%) sin actividad endoscópica. En el informe histopatológico se identificó a 15 pacientes (26.3%) que persistían con actividad grave, 8 (14%) con actividad moderada, 21 (36.8%) con actividad leve y 8 (14%) con remisión profunda.

Conclusiones: Con base en los resultados de este estudio, se observó una remisión profunda en un 14% de la población; sin embargo, existe respuesta endoscópica (Mayo 0-1) en un 35.1% de los pacientes (n=20), lo cual se compara con lo informado en las publicaciones médicas tomando en cuenta el largo tiempo de exposición al biológico. Por lo tanto, se debe optimizar el tratamiento y buscar contar con nuevas opciones terapéuticas con mecanismos de acción distintos para lograr la remisión profunda.

Financiamiento: No se recibió patrocinio alguno para el estudio.

Mar237

RESERVORITIS CRÓNICA REFRACTARIA A TRATAMIENTO SECUNDARIA A COINFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE/BLASTOCYSTIS HOMINIS

J. L. de León-Rendón, A. Herrera-Díaz, R. Y. López-Pérez, Y. Gutiérrez-Grobe, B. Jiménez-Bobadilla, E. A. Ayala-Moreno, J. A. Villanueva-Herrero, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción: La reservoritis es la principal complicación, tras la proctocolectomía total con anastomosis ileoanal y reservorio, en

la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), y su frecuencia varía en los distintos estudios, entre 10 y 59%, y hasta un 15% de los casos sigue un curso crónico y, algunas veces, resistente al tratamiento.

Objetivo: Describir un caso de reservoritis crónica resistente al tratamiento secundaria a coinfección por *Clostridium difficile*/*Blastocystis hominis* en una paciente con antecedente de proctocolectomía total con anastomosis ileoanal y reservorio por CUCI.

Reporte de casos: Paciente femenino de 50 años de edad con antecedente de proctocolectomía total con anastomosis ileoanal y reservorio por CUCI (6 años antes). Presenta episodios de dolor abdominal tipo cólico, de intensidad variable, localizado en hipogastrio, distensión abdominal, evacuaciones en número de 6/día, Bristol 6-7, con tenesmo y rectorragia. Refiere picos febriles aislados (hasta 38.7°C). La paciente se había medicado desde 4 semanas antes con rifaximina, metronidazol, bromuro de pinaverio, loperamida, sin presentar mejoría. Se valora en este clínica y se documenta a su ingreso anemia microcítica hipocrómica, leucocitosis con neutrofilia y elevación de VSG y PCR. Se descartan focos sépticos de origen pulmonar o urinario. Sin datos de abdomen agudo. Se realiza pouchoscopia en la que se informa reservorio con eritema, zonas de edema y algunas ulceraciones, friabilidad y sangrado espontáneo, además de una lesión a 2-3 cm del margen anal indicativa de malignidad. Se establece el diagnóstico de reservoritis, PDAI 11 puntos. Se inicia tratamiento con hidrocortisona y mesalazina. Se solicitan toxinas AB para *C. difficile* (CD), que resultan positivas. Se inicia tratamiento con vancomicina vía oral por 14 días. La paciente presenta respuesta parcial al tratamiento médico establecido. Se repiten toxinas para CD + GDH que resultan negativas. Se identifica la presencia de *Blastocystis hominis* en coproparasitoscópico. Se indica tratamiento por 7 días con nitazoxanida por vía oral. Los síntomas remiten. Los reactantes de fase aguda disminuyeron hasta parámetros de normalidad. Se realiza pouchoscopia de control que revela remisión de los cambios macroscópicos descritos. El informe histopatológico documenta abundante infiltrado de polimorfonucleares, bordes ulcerosos con tejido de granulación, sin datos de actividad neoplásica o relacionada. Se descarta infección por CMV. La paciente egresa del servicio en buenas condiciones generales con tratamiento con mesalazina/budesonida. En el seguimiento a 8 semanas persiste asintomática.

Discusión: *B. hominis* es de los parásitos más comunes identificados en muestras de heces con una prevalencia mundial >50%. Aunque existen dudas sobre su significado clínico y hasta qué punto se puede considerar a *B. hominis* como colonizador intestinal, hay estudios que identifican a este parásito como único agente causal en infecciones gastrointestinales en pacientes sintomáticos. Existen diferentes series en la bibliografía que señalan una mayor prevalencia de *B. hominis* en pacientes con CUCI y refractariedad al tratamiento en estos pacientes por coinfección con este parásito.

Conclusiones: La reservoritis es una entidad frecuente en los pacientes con proctocolectomía con reservorio ileoanal por CUCI. Se trata de una entidad compleja de diagnosticar y tratar. Se requiere un equipo multidisciplinario para pautar su tratamiento y evitar pobres desenlaces.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar238

DETECCIÓN DE UNA NOVEDOSA CITOCINA: IL-39 (IL-23P19/EBI3) EN TEJIDO INTESTINAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

G. Fonseca-Camarillo, R. Barreto-Zúñiga, J. Furuzawa-Carballeda, B. Martínez-Benítez, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: IL-39 es una citocina recientemente descrita compuesta por dos subunidades IL-23p19/ Ebi3. Pertenece a la familia de IL-12 y participa en la respuesta inflamatoria a través de la activación de STAT1/STAT3 por linfocitos B activados, células dendríticas, neutrófilos y macrófagos. IL-39 favorece la secreción del factor de activación de células B (BAFF) en las células de la mucosa intestinal. Se desconoce la regulación y síntesis de IL-39 en tejido intestinal de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Objetivo: Caracterizar la expresión génica y síntesis de IL-39 (IL-23p19/Ebi3) en tejido intestinal de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyó a pacientes consecutivos con diagnóstico confirmado por histopatología de CUCI (37), enfermedad de Crohn (16) y 22 pacientes controles (sin datos de inflamación intestinal y displasia). Mediante PCR en tiempo real se determinaron los valores de RNA mensajero de los genes IL-23p19/ Ebi3 y la síntesis de la proteína en tejido intestinal por inmunohistoquímica. Se utilizó el paquete estadístico Prisma 6 y SPSS versión 23 para el procesamiento de los datos. Se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, exacta de Fisher y razón de momios (RM) para la fuerza de relación.

Resultados: De los 53 pacientes incluidos en el estudio con diagnóstico de EII, 22 tenían CUCI activa, 15 CUCI en remisión, 10 Crohn activo y 6 Crohn en remisión. El 45.9% era del género femenino y 54.1% del masculino, con una edad media de 45.7 años. En el caso de las pacientes controles se incluyó a 12 (54.5%) del género femenino y 10 (45.5%) del masculino, con una edad de 47.4 años. Los valores de RNAm de la subunidad IL-23p19 se encontraron elevados en tejido intestinal de pacientes con CUCI activa en comparación con los controles ($p=0.001$). La alta expresión del gen IL-23p19 se relacionó con la extensión de la enfermedad, específicamente con pancolitis ($p=0.04$, $RM=2.1$, $IC=0.73-6.19$). Se detectaron cifras de RNAm de la subunidad Ebi3 elevadas en pacientes con CUCI activa en comparación con el grupo de CUCI en remisión ($p=0.03$) y con el grupo control ($p=0.004$). En los pacientes con enfermedad de Crohn activa se identificó un incremento de la expresión de la subunidad EBI3 en comparación con el grupo EC en remisión y con el grupo control ($p=0.005$, $p=0.006$). En las capas de la mucosa, submucosa, muscular y adventicia se analizó la síntesis de IL-39, y se colocaron las dos subunidades de IL-39 (IL-23p19/ Ebi3). Las células positivas para IL-39 (IL-23p19+/ Ebi3+) se encontraron principalmente en el infiltrado inflamatorio de la lámina propia y submucosa de pacientes con enfermedad de Crohn activa en comparación con los grupos con CUCI activa y controles. En el grupo control no se detectaron células inmunorreactivas IL-23p19+/ Ebi3+.

Conclusiones: La expresión y síntesis de IL-39 fueron mayores en la enfermedad de Crohn activa. En pacientes con CUCI, la expresión génica aumentada de IL-23p19 se vinculó con la extensión de la inflamación (pancolitis). La IL-39 tiene un potencial regulador de la activación de la respuesta inflamatoria en los pacientes con EII. La inhibición de esta citocina puede emplearse como futuro blanco terapéutico.

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

Mar239

SÍNTESIS DE AKAP12 POR MACRÓFAGOS RESIDENTES DE TEJIDO INTESTINAL DE PACIENTES CON CUCI

G. Fonseca-Camarillo, J. Furuzawa-Carballeda, B. Martínez-Benítez, A. A. Priego-Ranero, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: El gen AKAP12 (A-kinase-anchoring protein 12) se identificó como un biomarcador relacionado con el desarrollo de cáncer colorrectal (CRC). El gen AKAP12 se encarga de regular diversas dinámicas como la regulación de la adhesión celular, control de la arquitectura del citoesqueleto, migración celular y activación de señales mitogénicas. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un conjunto de enfermedades caracterizadas por inflamación crónica recurrente del tracto gastrointestinal de causa desconocida y con fuerte influencia genética. Tanto la CUCI como la enfermedad de Crohn se relacionan con el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal. Aún no se conoce el grado de síntesis proteica y la colocalización de AKAP12 en tejido intestinal de pacientes con CUCI.

Objetivo: Realizar la detección *in situ* y colocalización de AKAP12+/CD16+ en tejido intestinal de pacientes con CUCI y controles.

Material y métodos: A partir de 20 piezas quirúrgicas de colectomías de pacientes con CUCI y controles se realizaron cortes de 4 µm de espesor de los bloques de parafina. A fin de identificar las células que expresan AKAP12+/CD16+ en tejido intestinal se analizó a 10 pacientes con CUCI activa (resistentes a tratamiento) y 10 controles (sin inflamación intestinal). La detección y colocalización de la proteína *in situ* se realizaron mediante la técnica de inmunohistoquímica con anticuerpos específicos y la magnificación original fue de 200x.

Resultados: Los pacientes con CUCI presentaron infiltrados inflamatorios abundantes, predominantemente de células mononucleares, los cuales se extendían desde la capa serosa hasta la mucosa, la más abundantes a nivel del epitelio. En todos los casos se observó una destrucción considerable de la mucosa. En las capas de la mucosa, submucosa, muscular y adventicia se analizó la síntesis de AKAP12+ y se colocalizó con subpoblaciones de células CD16+ (monocitos, macrófagos, neutrófilos y células citolíticas). Se observó una reacción positiva de AKAP12+/CD16+ en células mononucleares, predominantemente de estirpe macrófágica, e incipiente en los linfocitos en infiltrados perivasculares y también en los localizados en los sitios de ulceración en la lámina propia. La síntesis de AKAP12+ es mayor en el grupo de pacientes con CUCI activa en comparación con el grupo control. En este último no se detectaron células inmunorreactivas AKAP12+.

Conclusiones: En este estudio se demostró el aumento de la expresión proteica de AKAP12+ y su colocalización como fuente de síntesis con CD16+ como marcador de estirpes monocito-macrófagos y neutrófilos en pacientes con CUCI, lo cual sugiere que esta molécula interviene en la respuesta inflamatoria mediada por macrófagos de la lámina propia de pacientes con CUCI y podría considerarse en el futuro como un blanco terapéutico.

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

Mar240

CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA DE PROTEÍNAS ANTIPROLIFERATIVAS TOB/ BTG EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

G. Fonseca-Camarillo, J. Furuzawa-Carballeda, R. Barreto-Zúñiga, A. A. Priego-Ranero, B. Martínez-Benítez, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye dos trastornos de causa desconocida y carácter crónico: la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC). En la fisiopatología de la EII se han identificado trastornos en la activación de los linfocitos T debido a mutaciones o alteraciones en

genes que regulan la respuesta proinflamatoria. En fecha reciente se ha informado el papel de las proteínas antiproliferativas TOB en la inhibición de la activación y proliferación de linfocitos T, así como en regulación de la transcripción de citocinas como IL-2, IL-17, IL-4, IL-17 y ciclinas.

Objetivo: Caracterizar la expresión génica y proteica de la familia de proteínas TOB/BTG en tejido intestinal de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y controles.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en el que se incluyó a 63 pacientes con diagnóstico de EII y 21 controles. Mediante RT-PCR se determinó la expresión génica de TOB/BTG y por inmunohistoquímica se realizó la colocalización con CD16+ o Ki67+ en tejido intestinal de pacientes con EII.

Resultados: La expresión génica de TOB1 y BTG1 se encontró disminuida en las biopsias de mucosa colónica de pacientes con CUCI con respecto al grupo control. Los genes TOB2 y BTG2 se encontraron sobreexpresados en mucosa de colon de pacientes con CUCI en remisión en comparación con el grupo de CUCI activa y los controles. La alta expresión del gen TOB2 se relacionó con la remisión histológica ($p=0.01$, $RM=15$, $IC\ 96\%: 1.39-16.1$). Las células positivas a TOB1+/TOB2+/CD16+/BTG1+/BTG2+ y BTG4+/Ki-67+ se detectaron en la zona de la mucosa en los infiltrados inflamatorios linfoplasmocitoides perivasculares de tejido colónico de pacientes con CUCI activo en comparación con el grupo de Crohn y controles.

Conclusiones: El incremento de la expresión de la familia TOB/BTG en pacientes con EII en remisión sugiere su función inmunorreguladora y antiproliferativa del sistema inmune intestinal. Este conjunto de proteínas podría emplearse como nueva alternativa en el tratamiento de la EII.

Financiamiento: Este trabajo fue financiado con recursos de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Departamento de Gastroenterología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

Mar241

IDENTIFICACIÓN DE OSTEONECTINA TISULAR EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

G. Fonseca-Camarillo, J. Furuzawa-Carballeda, B. Martínez-Benítez, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La osteonectina es una glucoproteína extracelular relacionada con tejidos que presentan altas tasas de proliferación celular y remodelación de la matriz extracelular. La osteonectina induce la expresión de metaloproteasas y citocinas por macrófagos y fibroblastos en los sitios de reparación tisular. En modelos animales de EII se ha demostrado que la deficiencia del gen que codifica a la osteonectina se vincula con reducción de los síntomas de la colitis y el desarrollo de fibrosis. Sin embargo, en pacientes con CUCI no se ha estudiado el papel de la osteonectina en tejido intestinal.

Objetivo: Analizar la expresión proteica de osteonectina en tejido colónico de pacientes con CUCI.

Material y métodos: Para identificar la expresión de osteonectina de tejido intestinal se empleó la técnica de doble inmunotinción basada en el método de polímero en dos pasos con EnzoLife Multiview (mouse HRP/rabbit-AP) IHQ kit. La conjugación de los anticuerpos secundario anticonejo CD16 y antirrattón de osteonectina monoclonales se incubó durante 2 horas y se emplearon dos sistemas de revelado: DAB (diaminobencidina) para osteonectina y la solución rojo cromógeno para la detección de CD16+. Se utilizaron fragmentos de tejido incluidos en bloques de parafina de 10 pacientes colectomizados con CUCI grave

(resistentes a tratamiento) y 10 pacientes controles (zonas sin datos de inflamación intestinal) sobre cortes de 4 μ m. La magnificación original fue de 200x.

Resultados: El análisis histopatológico de las muestras de pacientes con CUCI con actividad grave mostró distorsión arquitectónica, infiltrado linfoplasmocitario denso desde la mucosa hasta la serosa, distorsión de las criptas y aspecto pseudovelloso de la superficie colónica. Se observó una reacción positiva de la proteína osteonectina en células mononucleares, predominantemente de estirpe macrófaga e inexistente en los linfocitos tanto en infiltrados perivascuales como también en los localizados en los sitios de ulceración en la lámina propia. Los pacientes con CUCI presentaron abundantes infiltrados inflamatorios donde se realizó la colocalización con osteonectina+/CD16+, los cuales se extendían desde la capa serosa hasta la mucosa, y fueron más abundantes a nivel del infiltrado de la lámina propia. En el grupo control, las características histopatológicas del colon fueron normales con tinción negativa para osteonectina.

Conclusiones: Se identificó la expresión incrementada de osteonectina en tejido colónico de pacientes con CUCI activo. La expresión de osteonectina se extiende desde la serosa hasta la mucosa (células epiteliales, criptas e infiltrado linfoplasmocitario), lo cual sugiere que esta molécula interviene en la respuesta inflamatoria intestinal característica de esta enfermedad. En los pacientes controles no se identificó reacción positiva al anticuerpo de osteonectina.

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

Mar242

CARACTERIZACIÓN DE LOS RECEPTORES DE ÁCIDOS GRASOS (FREE FATTY ACID RECEPTORS) FFAR1 Y FFAR2 EN LA COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

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

Introducción: Los receptores de ácidos grasos (FFAR) actúan como sensores de ácidos grasos en el tracto gastrointestinal donde participan en la regulación de diferentes procesos celulares como la respuesta inmune y la homeostasis de los colonocitos. En la colitis ulcerosa crónica idiopática existen estudios que han evaluado el papel de los ácidos grasos en el proceso inflamatorio; sin embargo, son limitados los estudios que han caracterizado la expresión de los FFAR.

Objetivo: Determinar la expresión génica de los receptores FFAR1 y FFAR2 en muestras de colon de pacientes con CUCI en actividad y en remisión comparados con un grupo control.

Material y métodos: Se tomaron 31 biopsias de pacientes con CUCI (15 activos y 16 en remisión) y de 16 pacientes control sin inflamación con consentimiento informado de los pacientes; el diagnóstico se confirmó por histopatología. Se realizó la extracción de ARN mediante isotiosanato de guanidina y a partir de éste se realizó síntesis de ADN de cadena complementaria mediante transcriptasa inversa (RT-PCR). La determinación de la expresión génica de FFAR1 y FFAR2 se realizó mediante PCR en tiempo real mediante oligos y sondas específicas para cada gen y el GAPDH como gen de referencia. El análisis estadístico se efectuó con el paquete estadístico SPSS ver. 20 mediante pruebas no paramétricas de U de Mann-Whitney y Kuskall-Wallis y se consideró como significativo un valor de $P < 0.05$.

Resultados: La edad promedio de los pacientes con CUCI fue de 40.41 ± 15.41 años, mientras que la edad promedio de los pacientes control fue de 45.24 ± 27.31 años y el 51% de los pacientes con CUCI fue de sexo femenino y el 49% del masculino. En cuanto a las características

clínicas de los pacientes con CUCI, el 65% no presentaba manifestaciones extraintestinales, el 70% tenía un diagnóstico mayor a 3 años, con un 14% con curso clínico inicialmente activo y después inactivo; en cuanto a la extensión de la enfermedad, el 81% de los pacientes presentaba pancolitis y el 81% una respuesta favorable al tratamiento farmacológico, el 67% tenía tratamiento combinado de 5-ASA con inmunomoduladores, esteroides y terapia biológica. En cuanto a la expresión génica de FFAR1 se encontró incremento de la expresión relativa en pacientes activos y en remisión en comparación con el grupo control con un valor de $P < 0.0001$ en ambos grupos. La expresión de FFAR2 se observó incrementada en el grupo de pacientes activos respecto del grupo remisión y control con un valor de $p < 0.0001$. No se identificó correlación de los niveles de expresión génica con variables clínicas de la enfermedad.

Conclusiones: La expresión génica de FFAR1 está incrementada en mucosa colónica de pacientes con CUCI en remisión comparada con CUCI activa y en remisión, mientras que la expresión de FFAR2 aumentó en pacientes activos respecto de los pacientes en remisión y control.

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

Mar243

DETERMINACIÓN DE LA EXPRESIÓN GÉNICA DE LAS PROTEÍNAS DE RESISTENCIA A MÚLTIPLES FÁRMACOS (MRP) EN LA COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)

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

Introducción: Los MRP pertenecen a una familia de proteínas de membrana que se expresan en tejidos con características de permeabilidad como el tracto gastrointestinal. Participan principalmente en el transporte de fármacos, iones y antioxidantes y en fecha reciente han llamado la atención por su papel en el proceso inflamatorio al participar activamente en el transporte de mediadores proinflamatorios. La CUCI es un proceso inflamatorio crónico limitado a la mucosa colónica; diversos genes con características estructurales y funcionales similares a los MRP se han postulado como genes relacionados con la causa, la respuesta al tratamiento farmacológico y el curso clínico.

Objetivo: Determinar la expresión génica de los MRP 1, 4 y 5 en pacientes con CUCI y un grupo control, así como evaluar su relación con desenlaces clínicos.

Material y métodos: Se estudió a 37 pacientes con diagnóstico histopatológico de CUCI (19 pacientes con CUCI activo y 18 en remisión) y 20 individuos como grupo control sin inflamación. Se obtuvieron biopsias de mucosa de colon para la extracción de ARN de acuerdo con el protocolo del kit de extracción de ARN (High pure RNA tissue kit) y se realizó síntesis de ADN complementario con la técnica de transcripción inversa. Por último, se determinó la expresión génica de los MRP1, MRP4 y MRP5 e IL6 como marcador de inflamación mediante la reacción en cadena de la polimerasa de tiempo real (PCR-RT); se empleó a la β -actina como gen de referencia. El análisis estadístico se efectuó con pruebas no paramétricas de U de Mann-Whitney 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: La edad promedio de los pacientes con CUCI fue de 42.43 ± 11.49 años, mientras que la edad promedio de los pacientes

control fue de 48.74±14.74 años, la mayoría de sexo femenino con un 51%. Sólo se identificó un incremento significativo de los valores de expresión génica del MRP4 en el grupo de pacientes con CUCI en actividad comparado con los grupos en remisión y control (P=0.05 y P=0.04, respectivamente). Al correlacionar la expresión génica de los MRP con desenlaces clínicos se observó tendencia en los valores de expresión de MRP5 con el desarrollo de pancolitis (P=0.07, OR=3.38, IC 95%: 0.6-18.14). El 65% de los pacientes con CUCI no presentaba manifestaciones extraintestinales y el 70% tenía un diagnóstico mayor de 3 años. El 14% tenía un curso clínico inicialmente activo y después inactivo y el 81% de los pacientes presentaba pancolitis. En lo referente al tratamiento farmacológico, el 81% con una respuesta favorable al tratamiento y el 67% con tratamiento combinado de 5-ASA con inmunomoduladores, esteroides y terapia biológica.

Conclusiones: La expresión génica de MRP4 se encontró aumentada en mucosa colónica en pacientes con CUCI activa en comparación con CUCI en remisión y grupo control. El incremento de la expresión génica de MRP5 se relacionó con pancolitis en pacientes con CUCI.

Financiamiento: Patrocinado totalmente por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Numero de proyecto: 281,775.

Mar244

ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA COMO MARCADOR DE ACTIVIDAD EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. F. Armenta-Beltrán, R. M. Miranda-Cordero, A. A. Rosales-Solís, A. L. Osorio-Núñez, Centro Medico ISSEMYM

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad crónica que cursa con periodos de remisión y recaídas. En la evaluación de la actividad se emplean diferentes parámetros y biomarcadores como la proteína C reactiva (PCR) y calprotectina. El ancho de distribución eritrocitaria (ADE) es un parámetro hematológico que refleja el grado de anisocitosis y se emplea para el diagnóstico diferencial de anemia; sin embargo, también evalúa la gravedad de enfermedades cardiovasculares, sepsis, cáncer, leucemia, disfunción renal y enfermedades respiratorias. Los estudios sobre el ADE en EII son limitados. Es probable que exista una correlación entre el ADE y la actividad de la enfermedad.

Objetivo: Determinar la utilidad de ADE en la evaluación de la actividad en la EII.

Material y métodos: Estudio de cohorte descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. Se incluyó a los pacientes adultos con diagnóstico de EII (colitis ulcerosa [CU] y la enfermedad de Crohn [EC]), referidos a ileocolonoscopia en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018. Se dividieron en CU o EC. De acuerdo con la actividad endoscópica, se subdividieron en "activo" o "en remisión" (subpuntuación de Mayo para CU y en EC se categorizaron con puntuación simplificada de actividad endoscópica en enfermedad de Crohn [SES-CD] y Rutgeerts). Se consideró enfermedad "activa" con Mayo >1, SES-CD >1 y Rutgeerts > i1. Se determinaron edad, sexo y duración de la enfermedad, hematócrito (Htc/intervalo 46.5-55.9%), hemoglobina (Hb 14 -18 g/dl para hombres, 12 - 16 g / dl para mujeres), plaquetas (150 000 a 450 000/ mm) y ADE (intervalo, 11% a 14%), velocidad de sedimentación globular (VSG/ 20 mm/ h), PCR (0.8 mg/ dl) y albúmina (3.8-4.8 g/ dl). Análisis estadístico con SPSS v24 (SPSS, Inc, Chicago, IL). Todos los análisis fueron de 2 grupos y las diferencias se consideraron estadísticamente significativas cuando P < 0.05. Las diferencias entre los grupos en los datos continuos se compararon mediante la prueba t de Student. El análisis de la curva de características operativas se realizó para identificar los valores de corte óptimos de los marcadores de actividad inflamatoria.

Resultados: Se incluyó a 65 pacientes, 57 (87.7%) CU y 8 (12.3%) EC. Hasta 33.8% (N=22) fueron hombres y 66.1% mujeres (N=43). Edad media de 48.4 años (±13.19). De acuerdo con los hallazgos endoscópicos, el 60% (N=39) presentaba actividad y el 40% (N=26) se encontraba en remisión. La determinación de plaquetas, VSG y albúmina fue estadísticamente significativa para diferenciar EII activa y en remisión (Tabla 1). El ADE no mostró diferencias estadísticamente significativas (p=0.12).

Conclusiones: Entre los marcadores investigados, las plaquetas, VSG y albúmina fueron los indicadores más significativos de EII activa. Estudios previos han demostrado que el ADE puede ayudar a determinar la actividad en EII, lo que indica un posible papel para predecir la recaída y vigilar la terapia. El ADE es un parámetro disponible y medido de forma sistemática, pero no demostró ser útil al diferenciar la actividad o la remisión endoscópica.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Comparación de ADE y otros marcadores inflamatorios entre pacientes con EII activa y en remisión

	Actividad endoscópica (N=39)	Remisión (N=26)	Valor de P
ADE (%)	14.8±2.6	13.8 ±1.804	0.12
Hematócrito (%)	44.1±7.1	44.5±4.2	0.83
Hemoglobina (g/ dl)	14.5±2.9	14.6±1.4	1.0
Plaquetas (×103/μL)	301±134.4	231.9± 102.2	0.03
VSG (mm/ h)	27.0±33.3	12.3± 8.3	0.03
PCR (mg/ l)	11.25±17.4	4.8±11.5	0.11
Albúmina (g/ dl)	4.3±0.6	4.6±0.2	0.02

EII, enfermedad inflamatoria intestinal; ADE, ancho de distribución eritrocitaria; VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva.

Mar245

FACTORES RELACIONADOS A FALTA DE RESPUESTA PRIMARIA Y SECUNDARIA DE TRATAMIENTO ANTI-TNF EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ANTONIO FRAGA MOURET

C. F. Guerrero-Hernández, F. Martínez-Silva, B. A. Sánchez-Jiménez, C. Del Real-Calzada, L. C. Ramírez-Zamudio, Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una afección inflamatoria crónica que surge de la interacción de factores genéticos y ambientales. En México se calcula que la incidencia de colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) oscila entre 0.2 y 4.9%, mientras que para la enfermedad de Crohn (EC) es de 0.0008 a 1.11%. Los avances en la comprensión de los mecanismos inmunopatológicos subyacentes de la EII han llevado al desarrollo de tratamientos biológicos que inhiben selectivamente a mediadores cruciales del proceso inflamatorio y que desempeñan un papel fundamental en el inicio y la perpetuación de la inflamación. Entre ellos figuran medicamentos que inhiben al TNF. El beneficio clínico se notifica en 60 a 70% de los pacientes a corto y mediano plazos; sin embargo, alrededor de un tercio de los pacientes no tiene una respuesta después del inicio de la terapia biológica (falta de respuesta primaria) y quienes inicialmente responden al tratamiento

al final pierden la respuesta durante la terapia (falta de respuesta secundaria; 30-50%), lo que da como resultado la exposición a posibles efectos secundarios, toxicidades y, cuando falla, las opciones terapéuticas son limitadas. Se han identificado diversos mecanismos genéticos, clínicos e inmunofarmacológicos relacionados con esta falta o pérdida de respuesta; algunos son específicos para EC o CUCI, mientras que otras son más comunes en alguna de las dos entidades.

Objetivo: Determinar cuáles son los factores clínicos, bioquímicos y las características inherentes al paciente relacionados con el fracaso del tratamiento anti-TNF en la enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional, de casos y controles; se revisaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal (CUCI o EC) tratados con anti-TNF (adalimumab o infliximab), del Departamento de Gastroenterología y se valoraron las características vinculadas con la presencia de falta de respuesta primaria y secundaria. Análisis estadístico: estadística descriptiva, modelo de regresión logística.

Resultados: Se incluyó a 38 pacientes, el 71.1% (27) con diagnóstico de CUCI y el 28.9% (11) con el de EC, en los cuales se usó adalimumab en 70.5% (23) de los pacientes e infliximab en el 39.5% (15). El 52.6% presentó respuesta al tratamiento, el 35.1% falta de respuesta primaria y el 10.8% falta de respuesta secundaria. Los pacientes sin respuesta al tratamiento eran más jóvenes, 30.2 años \pm 11 años contra 41.5 años \pm 15 años ($p=0.15$). Se evidenció la tendencia a la falta de respuesta no estadísticamente significativa en quienes no se utilizó tratamiento concomitante con el biológico y en aquellos en quienes la indicación de inicio de biológico fue la dependencia al tratamiento esteroideo, patrón de recurrencia frecuente y fenotipo fistulizante. Los pacientes con manifestaciones extraintestinales mostraron una respuesta al tratamiento biológico con tasa de 100% (Tabla 1).

Conclusiones: Los factores de falta de respuesta al tratamiento biológico que se encontraron en el estudio coinciden con lo ya notificado (corticoddependencia, enfermedad fistulizante y un patrón de caída frecuente); sin embargo, con base en los hallazgos, se considera necesario un estudio con diseño prospectivo y controlado, con mayor número de muestra que permita establecer parámetros clínicos, bioquímicos y/o endoscópicos directamente relacionados con la falta de respuesta con tratamiento biológico en la enfermedad inflamatoria intestinal.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar246

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”

R. Y. López-Pérez, J. L. de León-Rendón, I. E. Bravo-Espinoza, M. F. Higuera-de la Tijera, Y. Gutiérrez-Grobe, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una afección de causa multifactorial, que comprende tres espectros, la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis indeterminada. Esta anomalía es crónica con periodos de recaída y remisión. La incidencia y la prevalencia de la EII se han incrementado en los últimos años y es de vital importancia que la población médica conozca las características clínicas y epidemiológicas de la EII para establecer un criterio homogéneo respecto de su diagnóstico y tratamiento.

Objetivo: Describir y conocer las características clínicas y demográficas de los pacientes en seguimiento en la consulta de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

Material y métodos: Se conformó una cohorte retrolectiva con pacientes atendidos en la consulta de Enfermedad Inflamatoria Intestinal atendida por los servicios de Gastroenterología y Coloproctología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, diagnosticados con algún subtipo de EII y cuyo diagnóstico se confirmara por histopatología. Se recolectaron las características clínicas y demográficas de cada uno de los pacientes. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de las variables para resumir las variables. El análisis de los datos se efectuó con el paquete estadístico SPSS V.25

Resultados: Se incluyó a 129 pacientes, 60 hombres y 69 mujeres, con una edad promedio de 48.1 \pm 15.0 años. Hasta 120 pacientes (86.3%) tenía diagnóstico de CUCI y 13.6% de EC. De los pacientes con CUCI, 55% correspondió a mujeres y 45% a hombres; y en los pacientes con EC, 66.6% fue del género femenino y 33.3% del masculino. La extensión de la enfermedad en los pacientes con CUCI se encontró como sigue: proctitis en 37 pacientes (30.8%), rectosigmoiditis en 23 (19.1%), colitis izquierda en 21 (17.5%) y pancolitis en 39

Tabla 1. Comparación de características basales (Mar 245)

Variable		Respuesta	No respuesta	p
Género	Femenino	50% (10)	38.8% (7)	.36
	Masculino	50% (10)	61.1% (11)	
Edad		41.5 \pm 15.13	30.27 \pm 11.43	.015
Edad de diagnóstico		30.9 \pm 12.65	24.94 \pm 12.14	.149
Comorbilidades	Ninguna	80% (16)	88.8% (16)	0.116
	DM2	15% (3)	0% (0)	
	HAS	5% (1)	0% (0)	
	Hipotiroidismo	0% (0)	11.1% (2)	
Tipo de anti-TNF	Adalimumab	60% (12)	61.1% (11)	.60
	Infliximab	72.7% (8)	38.8% (7)	
Medicamento concomitante	Ninguno	35% (7)	22.2% (4)	.680
	Azatioprina	60% (12)	72.2% (13)	
	Metrotexato	5% (1)	27.7% (1)	
Indicación de inicio de tratamiento	Dependencia de esteroides	48% (12)	76.4% (13)	.17
	Episodio grave	5% (1)	5.5% (1)	
	Manifestaciones extraintestinales	25% (5)	0% (0)	
	Patrón de recaída frecuente	10% (2)	16.6% (3)	
	Fenotipo fistulizante	0% (0)	5.5% (1)	

(32.5%). El curso de la enfermedad se informó como intermitente en 65 pacientes (54.1%); inicial activo y después inactivo en 43 pacientes (35.8%) y actividad continua en 12 pacientes (10.8%). Las manifestaciones extraintestinales (MEI) estuvieron presentes en 38 pacientes; las más representativas fueron artritis con 31 pacientes (81.5%), pioderma seguido de pioderma gangrenoso en 2 pacientes (5.2%) y colangitis esclerosante primaria (CEP) en 3 pacientes (7.8%). En los pacientes portadores de enfermedad de Crohn, de acuerdo con la clasificación de Montreal, la edad al diagnóstico fue A1 (edad < 16 años) con 1 paciente (11.0%); A2 (edad, 17-40 años) con 3 pacientes (33.3%) y A3 (edad > 40 años) con 6 pacientes (66.6%). El sitio de afección se notificó como: L1 (ileal) en 11.1% de los pacientes, L2 (colónico) en 11.1%, L3 (ileocolónico) en 55.5%; L2+L3 en un paciente y L1+L3 en otro. El fenotipo de la enfermedad se informó como inflamatorio en 77.7% y dos pacientes (22.2%) con enfermedad estenosante. Sólo un sujeto en esta cohorte tenía compromiso perianal. Las MEI se registraron en 33.3% de los pacientes. Más del 30% de los individuos ha requerido por lo menos una intervención quirúrgica.

Conclusiones: Conocer las características clínicas y demográficas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y establecer grupos de intervención multidisciplinaria permitirá realizar una adecuada optimización del tratamiento médico-quirúrgico y suministrará información para emprender acciones que modifiquen la mejoría clínica y la calidad de vida de los pacientes con EII en este centro.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar247

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) Y SU ASOCIACIÓN CON AUTOINMUNIDAD CONCOMITANTE

N. Ayala-Haro, R. M. Miranda-Cordero, Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMYM

Introducción: Los ANA representan una clase de anticuerpos que se unen a los componentes celulares en el núcleo (proteínas, DNA, RNA). Su identificación ha servido de base para el diagnóstico de enfermedades autoinmunes; sin embargo, hasta el 30% de sujetos sanos puede presentarlos. La prevalencia en otras entidades inflamatorias crónicas como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se ha estudiado poco. Algunos estudios han registrado títulos elevados de ANA en EII, con una prevalencia en colitis ulcerativa (CU) y enfermedad de Crohn (EC) de 43 y 18%, respectivamente.

Objetivo: Determinar la prevalencia de ANA en una cohorte de pacientes con EII y su relación con otras enfermedades autoinmunes.

Material y métodos: Estudio de cohorte y prospectivo en el que se incluyó a pacientes mayores de edad con diagnóstico de EII, con y sin autoinmunidad concomitante. Se realizó determinación de ANA mediante ELISA. Se excluyó a pacientes con datos incompletos para su evaluación final.

Resultados: Se determinó ANA en 41 pacientes con EII, 73.2% mujeres (n=30) y 26.8% hombres (n=11), con una edad promedio de 50±13 años; el 82.9% (n=34) tuvo diagnóstico de CU y el 17.1% (n=7) de EC. La positividad global para ANA fue de 58.5% (24/41) [70% (14/20) de los pacientes con CU y 57.1% (4/7) con EC]. El 19.5% (8/41) tenía comorbilidad autoinmune adjunta (2 espondilitis anquilosante, 2 artritis reumatoide, 2 colangitis esclerosante primaria, 1 síndrome antifosfolípidos y una sobreposición de colangitis esclerosante primaria y hepatitis autoinmune), y de éstos 62.5% (5/8) mostró ANA positivo. La prevalencia de ANA en pacientes con EII fue mayor en los que presentaban comorbilidades autoinmunes (p=0.4, RR de 1.18 con IC 95% 0.32-4.28).

Conclusiones: En esta cohorte se determinó una prevalencia mayor de ANA en EII en comparación con otros estudios similares. Se observó que la prevalencia de ANA fue numéricamente mayor en pacientes con comorbilidades autoinmunes, pero no hubo significancia estadística. No obstante, es importante comentar que, en la mayoría de dichas comorbilidades autoinmunes, los ANA no juegan un papel claro en el diagnóstico y el pronóstico, por lo que se debe determinar si existe una relación de éstos con otras variables de interés en EII.

Financiamiento: Ninguno.

Mar248

MANIFESTACIONES HEPATOBILIARES: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EN LA CLÍNICA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES LA RAZA, IMSS

F. Martínez-Silva, C. F. Guerrero-Hernández, Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Hasta el 30% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha tenido alteración de las pruebas de función hepática (PFH) en el curso de la enfermedad; en este sentido, debe considerarse separar las manifestaciones extraintestinales (MEI) de las complicaciones de la enfermedad en el contexto de enfermedad sistémica o la afectación por diversos fármacos relacionados con el tratamiento de la EII. Las MEI tienen un efecto adverso en la calidad de vida de los pacientes. Por otro lado, los mismos fármacos utilizados en el manejo de la EII pueden causar alteración de las pruebas de función hepática y daño crónico, y por tanto menor calidad de vida.

Objetivo: Caracterizar la situación de salud de la población de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del HECMR con manifestaciones hepatobiliares.

Material y métodos: Revisión de la base de datos, expedientes clínicos, radiológico y bioquímico de los pacientes en seguimiento por la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, del 1 de agosto del 2014 al 31 de diciembre del 2018. Tipo de estudio: descriptivo, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, IMC, diagnóstico de EII, años de diagnóstico con EII, Montreal, patrón de recaída, determinaciones de glucosa, triglicéridos, AST, ALT, FA, GGT, BT, BD, BI, albúmina, colesterol, TP, diagnóstico de colangitis esclerosante primaria (CEP), hepatitis autoinmune (HAI), enfermedad grasa no alcohólica (EGNA), colestasis de causa no determinada y comorbilidades adjuntas.

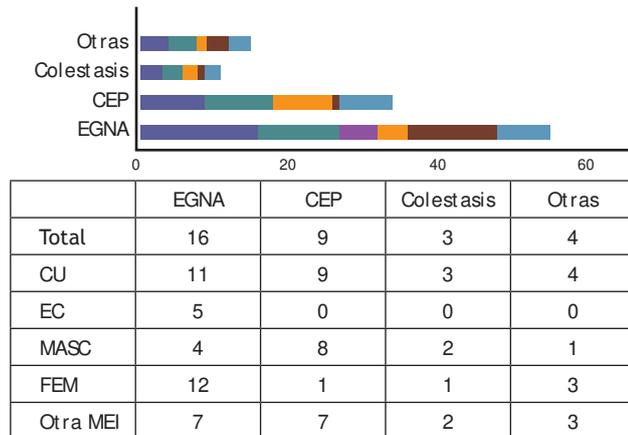
Resultados: Se detectó a 32 pacientes con alteración de las pruebas de función hepática, que representa el 15.3% de la población con EII. La edad promedio de los pacientes fue de 40.9 años (18-78). El 59% corresponde a mujeres y el 41% a hombres. En cuanto al tipo de EII, el 84% tenía CU, con un promedio de evolución con EII de 7.4 años; el 70% tenía extensión E3 por Montreal, el 26% E2 y el 4% E1. El 15% de los pacientes analizados tiene diagnóstico de EC y un promedio de 6.6 años a partir del diagnóstico. El 40% mostró localización L1, al igual que los L3, mientras que los L2 tenían 20%. Del total de pacientes, el 68% reveló un patrón infrecuente de recaída de la EII y el 31% un patrón frecuente. El diagnóstico más frecuente fue EGNA en 50%, CEP en 28.1%, colestasis en 9.3% y otras causas no determinadas en 12.5% (Fig. 1). De los pacientes con EGNA, el 75% correspondió a mujeres y el IMC promedio fue de 28.5; el 100% de estos pacientes presentó alguna comorbilidad, la diabetes mellitus la más frecuente en 62%; la alteración bioquímica más representativa fue la elevación de GGT. De los pacientes con CEP, el 88.8% correspondió a varones y el 77.7% presentaba otra MEI adjunta, la

artralgia la más frecuente; el 33% tiene datos de enfermedad hepática terminal y la elevación de FA y GGT fue la más frecuente.

Conclusiones: Se identificaron en forma prioritaria la falta de estandarización para el estudio complementario de pacientes con EII con manifestaciones hepatobiliares; la canalización oportuna para el manejo de comorbilidades metabólicas; la necesidad de un plan de estudio y seguimiento integral de estos pacientes; y, como prioridad, la referencia oportuna al hepatólogo y comité de trasplante.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Figura 1. Datos demográficos de la población de acuerdo con el diagnóstico.



Mar249

NIVEL DE VITAMINA D EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL TRATADOS EN UNIDAD HOSPITALARIA DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

M. A. Soto-Zazueta, P. González-Ballesteros, E. García-Castillo, H. Martínez-Torres, Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO)

Introducción: La colitis ulcerativa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC) son enfermedades inflamatorias intestinales (EII) idiopáticas. La vitamina D se considera regulador de la respuesta inmune, al promover la proliferación, diferenciación celular, inmunomodulación y microbioma intestinal. Un nivel bajo de vitamina D se relaciona con mayor gravedad y riesgo de recaídas en la EII.

Objetivo: Analizar los niveles de vitamina D en los pacientes con EII y su probable relación clínica, así como el índice de actividad y principales hallazgos endoscópicos.

Material y métodos: Estudio transversal. Datos obtenidos del expediente clínico de pacientes de CMNO en Guadalajara, Jalisco, en un periodo de diciembre del 2017 a mayo del 2019. La vitamina D se analizó mediante la técnica de quimioluminiscencia. Se consideraron las variables género y manifestaciones clínicas. Se realizó análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Un total de 98 pacientes con diagnóstico de EII conforma la población: 24 pacientes EC (24.5%); 74 pacientes CU (75.5%), 31 (31.7%) mujeres y 67 (68.3%) hombres, edad media 55.4 años. De ellos, 22 pacientes cuentan con valores séricos de vitamina D (4 (18.1%) EC, 18 (81.9%) CU). Un valor menor de 20 ng/ml de vitamina D se consideró deficiencia en 11 pacientes (50%), 20-30 ng/ml insuficiencia en 9 pacientes (41%) y sólo 2 pacientes con valores superiores a los 30 ng/ml (9%), que se consideró parámetro normal. En

pacientes con EC con valores de vitamina D, los síntomas más frecuentes fueron calambres y artralgias informados en el 50%, todos ellos en tratamiento con biológico, con afección ileocólica y patrón obstructivo (2 de ellos portadores de ileostomía), actividad leve por índice de CDAI. En los pacientes con valores de vitamina D portadores de CU, el síntoma más frecuente fue artralgia en el 44%, sólo 5 pacientes en tratamiento con biológico, afección rectosigmoidea en 10 pacientes (55%), actividad endoscópica moderada y clínica leve por índice de Truelove-Witts modificado. Los 2 pacientes con valores >30 ng/ml se encuentran asintomáticos y con actividad leve de su enfermedad.

Conclusiones: Se demostró que pacientes con un nivel bajo de vitamina D se mostraron sintomáticos con actividad endoscópica leve a moderada, mientras que aquellos con un nivel normal permanecen asintomáticos con actividad endoscópica leve. Se requieren estudios que tengan como objetivo complementar vitamina D hasta alcanzar un valor normal y relacionarlo con la evolución clínica/ endoscópica e histológica de la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió ningún patrocinio.

Mar250

REMISIÓN CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL POSTERIOR A TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS CONTRA FACTOR DE NECROSIS TUMORAL EN EL HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD, CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

P. González-Ballesteros, H. Martínez-Torres, C. E. Sanchezborja-Leal, Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional de Occidente

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende un grupo de padecimientos integrado por colitis ulcerativa (CU) y enfermedad de Crohn (EC); éstas presentan un comportamiento caracterizado por remisiones y recurrencias que pueden conducir a complicaciones como fístulas, estenosis o colitis grave, incluido el megacolon tóxico, las cuales pueden requerir manejo quirúrgico y ello deteriora aún más la calidad de vida de estos pacientes. La EII tiene un importante efecto en el sistema de salud debido al costo elevado de su tratamiento; algunos informes la catalogan dentro de los cinco principales padecimientos gastrointestinales con mayor consumo de recursos en Estados Unidos. Por lo anterior es necesaria la prescripción de un tratamiento que consiga inducir de forma persistente la remisión y su mantenimiento. Los anticuerpos contra el factor de necrosis tumoral (anti-TNF) representan una herramienta elemental en el manejo de la EII, ya que se encuentran recomendados en pacientes con mala respuesta al tratamiento convencional o bien en pacientes que inicialmente presentan datos de mal pronóstico; se han publicado tasas de remisión y mantenimiento hasta de un 70% y 50%, respectivamente.

Objetivo: Determinar el porcentaje de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que consiguen remisión clínica y curación de la mucosa luego del tratamiento con anticuerpos contra el factor de necrosis tumoral.

Material y métodos: Pacientes que asisten regularmente al servicio de gastroenterología de la unidad médica de alta especialidad del Centro Médico Nacional de Occidente y que se encuentran en tratamiento con anti-TNF en el periodo comprendido entre mayo y junio del 2019. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, escala de Mayo, índice de Truelove-Witts modificado, SES CD, CDAI. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas

de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media y promedio.

Resultados: Un total de 22 pacientes en tratamiento con anti-TNF conforma la población; de ellos, 11 (50%) mujeres y 11 (50%) hombres. La edad promedio fue de 37.8 años. Hasta 14 pacientes con CU (63.6%); 8 pacientes con EC (36.3%), y de ellos 12 pacientes con infliximab (54.5%) y 10 con adalimumab (45.4%). En los pacientes con CU se calculó actividad clínica por Truelove-Witts modificado y se reveló inactividad en 9 pacientes (64.3%) y brote leve en 5 (35.7%). Endoscópicamente se informó Mayo 0 en 4 pacientes (28.3%), Mayo 1 en 3 (21.5%), Mayo 2 en 3 (21.5%) y Mayo 3 en 4 (28.5%). Con respecto a la EC se notificó índice de CDAI que indica remisión en 6 pacientes (75%) y actividad moderada en 2 (25%); endoscópicamente con SES CD que indica enfermedad inactiva en 3 pacientes (37.5%); actividad leve en 3 (37.5%) y actividad moderada en 2 (25%).

Conclusiones: El tratamiento con anti-TNF demostró ser una terapia eficaz para lograr objetivos de inducción y mantenimiento de la remisión clínica cercanos al 70% tanto en CU como en EC; sin embargo, con respecto a la curación de la mucosa catalogada como Mayo 0/ SES CD 0, la respuesta fue mucho menor ya que ésta se logró tan sólo en el 28.3% de los pacientes con CU y en 37.5% de los pacientes con EC.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar251

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

C. F. Guerrero-Hernández, F. Martínez-Silva, Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS HECMR, IMSS

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC) están comprendidas dentro de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII); diversos autores consideran a éstas como enfermedades sistémicas por la amplia repercusión en el organismo. La presencia de manifestaciones extraintestinales (MEI) oscila entre 6 y 47% y se pueden producir en prácticamente cualquier órgano. Algunas manifestaciones se relacionan con la actividad inflamatoria intestinal y en otras la afectación es independiente. Se ha notificado la aparición cronológica de las MEI, además de que el 25.8% de éstas ocurrió antes del diagnóstico de la EII y el 50% de los pacientes con 30 años de diagnóstico había padecido al menos una MEI. Son más frecuentes en EC de afectación colónica y perianal y en fumadores. Es importante destacar que las MEI tienen un efecto adverso sobre la calidad de vida de los pacientes, lo que incrementa la morbimortalidad.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con MEI de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del HECMR.

Material y métodos: Revisión de la base de datos de los pacientes en seguimiento por la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza. La base de datos se inició en agosto de 2014 y está actualizada hasta diciembre de 2018. Tipo de estudio: descriptivo, de corte transversal y observacional. Variables analizadas: edad, género, tipo de enfermedad inflamatoria, clasificación de Montreal, diagnóstico establecido de alguna manifestación extraintestinal.

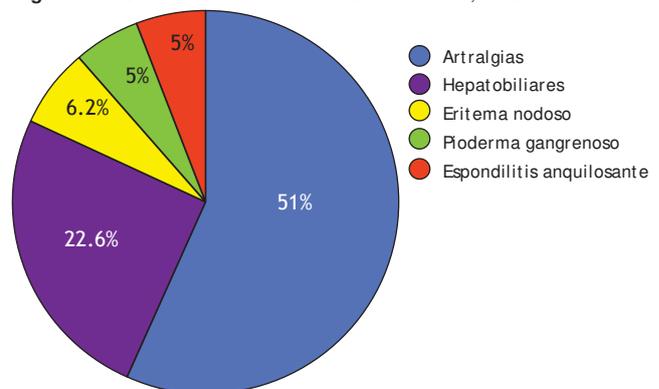
Resultados: Se incluyó a 84 pacientes con diagnóstico de alguna MEI, que representan el 28% del total de pacientes en seguimiento, con la siguiente distribución: el 63% de mujeres y el 36.9% de hombres. La edad promedio fue de 38.5 años (26-72). Distribución de acuerdo con la EII: 84.5% de los pacientes con diagnóstico de colitis

ulcerosa y 15.4% con enfermedad de Crohn. Hallazgos de acuerdo con la clasificación de Montreal para CU: por edad de presentación A1 1.4%, A2 63.3% y A3 35.2%. Por extensión E3 el 67.1%, E2 el 27.9% y E1 el 5.8%. Con respecto a EC: por edad de presentación A2 30.7% y A3 69.2%; por el patrón de comportamiento B1 30.7%, B2 23.07% y B3 50%. La distribución por localización para L1 y L3 38.4% respectivamente, y para L2 23.07%. El 23% tiene afectación perianal. Del total de pacientes con EII, el 39.2% tiene el antecedente de consumo de tabaco, de los cuales el 84.84% corresponde a CU y el 15.15% a EC. Las MEI se distribuyeron de la siguiente forma (Fig. 1): las más frecuentes fueron artralgias periféricas en 51.1%, seguidas de las manifestaciones hepatobiliares en 22.6%; de éstas, la más prevalente fue la colangitis esclerosante primaria en 47.36% y la hepatitis autoinmune en 21.05%. Las de menor prevalencia fueron para eritema nodoso en 6.25%, pioderma gangrenoso y espondiloartropatía en 5% cada una.

Conclusiones: La incidencia de MEI en la unidad es similar a la informada internacionalmente. Se encontró que una cuarta parte de los pacientes con EC tiene afectación perianal como factor de riesgo. Se destaca que el consumo de tabaco en esta población es considerable. Se enfatiza la incidencia de manifestaciones hepatobiliares, dado que éstas deterioran en grado significativo la calidad de vida y la morbimortalidad de los pacientes.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Figura 1. Distribución de MEI en la Clínica de EII, HECMR.



Mar252

TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN CON USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD DE CROHN: INFORME DE DOS PACIENTES

M. M. Rosario-Morel, D. S. Morgan-Penagos, T. Cortés-Espinosa, J. G. López-Gómez, D. C. Morel-Almonte, N. Gamboa-Piña, C. Navarro-Gerrard, J. Aguilar-Hernández, C. Paredes-Amenábar, A. R. Guzmán-Cárcamo, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es una inflamación crónica y recurrente que puede afectar a cualquier parte del tracto gastrointestinal. Los agentes antifactor de necrosis tumoral (anti-TNF) son pilar del tratamiento en la EC moderada a grave; sin embargo, 20 a 30% de los pacientes no responden a la inducción (falla primaria) y 30-40% pierden respuesta (falla secundaria). El ustekinumab es un anticuerpo monoclonal humanizado contra la subunidad p40 común de las interleucinas (IL) 12 y 23. En México sólo existen tres anti-TNF para EC. Bajo off label se tiene la oportunidad de emplear ustekinumab en EC moderada a grave.

Objetivo: Determinar la efectividad del ustekinumab en la inducción a la respuesta y remisión clínica en la EC moderada en dos pacientes con falta de respuesta secundaria a más de un anti-TNF.

Reporte de casos: Caso 1. Paciente femenino de 54 años de edad, con diagnóstico de EC y afectación de íleon en 2012. Inicia tratamiento con adalimumab por EC moderada con falla secundaria en 2015, por lo que se cambia a infliximab junto con azatioprina, que consiguen inducción y mantenimiento a la remisión por 12 meses. En 2016 presenta recaída clínica y endoscópica. Se decide iniciar certolixumab con remisión clínica durante 3 años; sin embargo, presenta falta de respuesta secundaria en abril de 2019 con actividad clínica (CDAI 231) y endoscópica moderada. Se inicia ustekinumab (6 mg/kg IV); a las 6 semanas presenta respuesta clínica temprana con disminución ≥ 100 del CDAI basal y a las 8 semanas se obtiene remisión clínica (CDAI <150).

Caso 2. Paciente masculino de 21 años de edad, con diagnóstico inicial de colitis ulcerativa crónica inespecífica en el 2011; recibió tratamiento con prednisona, mesalazina y azatioprina, además de adalimumab, durante 10 meses sin respuesta. En 2017 se envía a este hospital donde se diagnostica EC con afectación colónica, actividad clínica moderada y endoscópica grave. Se inicia tratamiento anti-TNF con infliximab y experimenta falla de respuesta primaria y se cambia a certolizumab pegol, con respuesta clínica y posterior falta de respuesta secundaria a los 11 meses. Debido a la persistencia de actividad clínica (CDAI 320) y endoscópica moderada, en abril de 2019 se administra ustekinumab (6 mg/kg IV) y se obtiene respuesta clínica temprana en la semana 6 con disminución ≥ 100 del CDAI basal y remisión clínica a las 8 semanas (CDAI <150).

Discusión: El ustekinumab está indicado en el tratamiento de EC moderada a grave en pacientes con falta de respuesta primaria, secundaria o intolerancia a corticosteroides, inmunomoduladores o anti-TNF. En el estudio UNIT-I se demostró respuesta clínica progresiva con disminución del CDAI de al menos 100 puntos en la semana 6 y 8 (33.7% y 37.8%, respectivamente) y remisión clínica en el 20.9% en la semana 8, en pacientes con falla a anti-TNF. En este informe de casos se obtuvo la misma respuesta y remisión clínica favorable. Al igual que la mayoría de los pacientes de estudios notificados, no se documentó ningún efecto adverso durante la infusión ni posterior a ella, lo que permite la administración de dosis subsecuentes, para evaluar el mantenimiento de la respuesta y remisión clínica, así como también remisión bioquímica y endoscópica a largo plazo.

Conclusiones: El ustekinumab es una nueva herramienta terapéutica con un diferente mecanismo de acción, eficaz en la inducción a la remisión clínica en pacientes con EC moderada sin respuesta secundaria a más de un anti-TNF.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo. Trabajo sin interés comercial.

Mar253

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL ÍNDICE PLAQUETA-NEUTRÓFILO COMO NOVEDOSO MARCADOR DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

E. A. Mendieta-Escalante, J. K Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una afección crónica e incurable caracterizada por periodos de actividad y remisión. Existen marcadores de actividad clínicos, bioquímicos como la PCR (proteína C reactiva), VSG (velocidad de sedimentación globular) y calprotectina, que es endoscópica e histopatológica. Las plaquetas son uno de los principales activadores de neutrófilos y contienen IL-8, una potente quimioatrayente de neutrófilo, y P selectina que induce una sobreexcreción de superóxido en éstos, para formar agregados plaqueta-neutrófilo, incrementados en individuos

con CUCI. En consecuencia, un índice de ambas células podría representar una herramienta de vigilancia. No hay estudios previos que evalúen dicho índice.

Objetivo: Evaluar la utilidad clínica del índice neutrófilo-plaqueta en pacientes con CUCI.

Materiales y métodos: Se incluyó a 358 pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI de la Clínica EII entre julio del 2016 y junio del 2019. Se recolectaron características demográficas y clínicas de los expedientes clínicos. El índice neutrófilo-plaqueta (NeuPla) se calculó a partir del cociente entre plaquetas y el diferencial de neutrófilos. La actividad clínica se efectuó con base en las escalas de Truelove-Witts, Montreal, Mayo y Yamamoto-Furusho. Los resultados se analizaron con la rho de Spearman para las correlaciones y la curva ROC (receiver operating characteristic curve) para el corte óptimo que determine actividad. El análisis se llevó a cabo usando SPSS versión 24 y se consideró $P < 0.05$ como significativa.

Resultados: La correlación del índice NeuPla con las escalas de actividad fue significativa ($P < 0.001$). El promedio del índice NeuPla en pacientes con remisión, actividad leve, moderada y grave fue de 12.66 ± 2.3 , 14.41 ± 3.9 , 18.5 ± 3.1 y 26 ± 7.33 respectivamente. La curva de ROC mostró un punto de corte óptimo del índice NeuPla para clasificar pacientes con actividad de 15.3 con una sensibilidad de 85.7%, especificidad de 65.4% con un valor predictivo positivo de 70% y un valor predictivo negativo de 94.1%. El mismo análisis se hizo para otros marcadores de inflamación.

Conclusiones: El índice NeuPla es de utilidad diagnóstica para distinguir a los pacientes con actividad clínica y endoscópica sin necesidad de realizar estudios invasivos como la colonoscopia. Esta herramienta es de bajo costo y accesible, con un mejor rendimiento diagnóstico en comparación de otros biomarcadores séricos (PCR, VSG, albumina).

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.