



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 22 de noviembre de 2020

Misceláneos

Dom026

IMPACTO DE LOS ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE ALERGIA SOBRE DESENLACES CLÍNICOS DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

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

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática es una enfermedad crónica e incurable. Con anterioridad se ha documentado la importancia de los antecedentes alérgicos en su desarrollo a través de mecanismos que se han propuesto (vía Th2). Además, se ha documentado que los antecedentes de alergia a alimentos, fármacos y agentes ambientales son relevantes para predecir desenlaces clínicos en dicha población. Sin embargo, no se ha valorado el efecto de los antecedentes familiares de alergia en los desenlaces clínicos de los pacientes afectados por CUCI.

Objetivo: Determinar el efecto de los antecedentes heredofamiliares de alergia en desenlaces clínicos de pacientes mexicanos con CUCI.

Material y métodos: Se incluyó a un total de 151 pacientes con diagnóstico de CUCI pertenecientes a la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal, de quienes se obtuvieron antecedentes heredofamiliares de alergia en cuanto a familiar afectado y tipo de alergia documentada. Se revisaron los expedientes clínicos para la recolección de las características sociodemográficas y clínicas. Se

utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de la distribución de los datos. Se utilizaron las pruebas χ^2 , coeficiente de correlación de Pearson o Spearman y exacta de Fisher. Se usó la razón de momios (RM) como medida de asociación e intervalo de confianza (IC) del 95%. Se consideraron como significativos valores de $p < 0.05$. Se empleó el software SPSS v.22.0 para el análisis.

Resultados: De la muestra de 151 pacientes, 47% correspondió a hombres y 53% a mujeres. Los sujetos tuvieron una edad de 41.93 ± 1.12 años y edad al diagnóstico de 33.16 ± 1.12 años. La duración de la enfermedad se distribuyó como sigue: reciente diagnóstico o menor a 1 año, 18.6%; 1-3 años, 8.7%; mayor a 3 años, 72.7%. El curso clínico inicialmente activo después inactivo fue del 13.3%, con dos o menos recaídas por año en el 81.3% y 5.3% con dos o más recaídas por año. Los pacientes sufrieron pancolitis (E3) en 59.6% de los casos, colitis izquierda (E2) en 11.9% y proctitis (E1) en 16.5%. El 25.2% mostró manifestaciones extraintestinales. El grado de actividad endoscópico fue de 21.2% (Mayo 0), 46.4% (Mayo I) o actividad leve 20.5% (Mayo II) o actividad moderada y 11.9% (Mayo III) o actividad grave. El grado de actividad histológica fue del 15.9% (Riley 0) o remisión, 53% (Riley I) o actividad leve, 17.9% (Riley II) o actividad moderada y 13.2% (Riley III) o actividad grave. Los pacientes tenían como tratamiento médico en el 61.6% sólo 5-ASA; 10.6% con 5-ASA y esteroide, 16.6% con 5-ASA, esteroide y tiopurina, 8.6% con 5-ASA, tiopurinas y 0.7% con infliximab. Se documentó antecedente de algún familiar afectado por asma en el 17.9%, eccema en 10.6%, alergia estacional en 22.5%, otra alergia en 15.2% y sinusitis alérgica en 14.6%. Se encontró que el antecedente heredofamiliar de eccema se vinculó con la duración de la enfermedad (1 a 3 años) con $RM = 7.16$, $IC\ 95\%$ de 2-25.65 y $p = 0.0006$.

Conclusiones: El antecedente heredofamiliar de eccema se relacionó con la duración de la enfermedad. En consecuencia, es necesario continuar con estudios que permitan entender mejor la fisiopatología de dichos fenómenos, ya que se han documentado previamente hallazgos similares en cuanto a otras variables de alergia, sobre todo a fármacos.

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

Dom027

ANÁLISIS DE LA EXPRESIÓN PROTEICA DE TRPV5 EN PACIENTES MEXICANOS CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

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 un subtipo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que se caracteriza por ulceraciones y alteración de la estructura críptica del colon y recto. El receptor TRPV5 es un canal cuyas implicaciones intestinales aún no se han estudiado; sin embargo, se ha documentado ya en un modelo murino que interviene en la pérdida ósea por mecanismos renales. No se ha valorado su papel en pacientes con CUCI.

Objetivo: Realizar un análisis morfológico y morfométrico por detección *in situ* de TRPV5 en piezas de colectomía de pacientes con CUCI grave resistentes a tratamiento convencional.

Material y métodos: La expresión proteica se determinó mediante secciones de 5 micrómetros de grosor de tejido fijado en formalina incluido en parafina de cinco piezas de colectomía de pacientes con CUCI activa grave y cinco de controles sin EII (utilización de zonas normales). Todos los especímenes quirúrgicos se desparafinaron y rehidrataron con xileno y alcohol; con posterioridad, las laminillas se incubaron con anticuerpos de conejo antihumano contra TRPV5 diluidos a 10 microgramos por mililitro por 18 h a 4°C. La unión se detectó al incubar las laminillas por 60 minutos a temperatura ambiente con conjugado de peroxidasa con anticuerpos IgG de cabra anticonejo. Las laminillas se incubaron con diaminobencidina como sustrato durante 10 minutos a temperatura ambiente. Se llevó a cabo contraincubación con hematoxilina de Mayer (modificación de Lillie). El análisis morfométrico se llevó a cabo con tres campos de cada laminilla. Después se efectuó el análisis estadístico de los datos con ANOVA y subprueba de Dunn o Tukey según fuera la distribución de los datos. Se usaron Image Pro Plus v.5. y SigmaStat v.11.2 como software para tomar imágenes y realizar el análisis morfométrico. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como significativo.

Resultados: La expresión proteica de TRPV5 fue mayor en el grupo control sin CUCI en comparación con el grupo de CUCI activo grave en las diferentes capas del colon, como mucosa, submucosa ($p < 0.001$), muscular y serosa ($p < 0.001$) y sólo destacaron diferencias significativas en la submucosa y la serosa. En el plano morfológico, las fuentes celulares encontradas en mucosa son células de la cripta y células de origen linfoide; en la submucosa se identificaron células de origen linfoide; en la muscular se trata de células de origen linfoide y células endoteliales; y en la serosa se reconocieron células de origen linfoide y células endoteliales.

Conclusiones: Existe reducción de la expresión proteica de TRPV5 en pacientes con CUCI grave en comparación con el grupo control sin

CUCI, lo cual podría intervenir en la fisiopatología de la enfermedad. **Financiamiento:** Fondos de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Departamento de Gastroenterología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” y de PECEM, UNAM.

Dom028

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO IBDQ-9 EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. J. Toledo-Mauriño, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad crónica que afecta de manera adversa la calidad de vida de los pacientes. En estudios previos se ha documentado que la calidad de vida en pacientes con CUCI es significativamente más baja que la de la población general. En España se desarrolló un instrumento abreviado denominado IBD-Q9 que se validó en dicha población con el objetivo hacer posible la evaluación de la calidad de vida de forma rápida, a diferencia de otros instrumentos que toman relativamente más tiempo en su aplicación. Con anterioridad se validó el instrumento IBD-Q 32 en población mexicana, pero este instrumento IBDQ-9 no se ha validado en esta población.

Objetivo: Validar el instrumento IBD-Q9 en pacientes mexicanos con EII.

Material y métodos: Se incluyeron los datos obtenidos de 129 pacientes con EII para esta parte de validación del estudio, a los cuales se les aplicaron tanto el instrumento IBDQ-9 como el instrumento IBD-Q32. Se efectuó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para comprobar la suficiencia del tamaño de la muestra. Se aplicó la prueba de Bartlett y se llevó a cabo el análisis de los componentes principales. Se efectuó el análisis con rotación ortogonal varimax. Se aplicó asimismo la prueba alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna del instrumento. Se validó de forma externa el instrumento mediante el instrumento IBD-Q32 previamente validado en población mexicana y se usó la prueba tau de Kendall. Se utilizó el software SPSS v.22.0 para el análisis.

Resultados: Análisis de componentes principales por número de reactivo (comunalidades): 1 (0.510), 2 (0.802), 3 (0.837), 4 (0.670), 5 (0.784), 6 (0.571), 7 (0.757), 8 (0.813), 9 (0.403). Se obtuvo KMO = 0.731, prueba de Bartlett $\chi^2 = 289.40$ y $p = 0.000$. Para el análisis de la consistencia interna del instrumento se obtuvo alfa de Cronbach = 0.80. Rotación varimax ortogonal con convergencia en 6 iteraciones. En el caso del proceso de validación externa se obtuvo tau de Kendall de 0.646, $p = 0.000$.

Conclusiones: El instrumento es adecuado y se validó en pacientes mexicanos con EII.

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

Dom029

CURSO CLÍNICO BENIGNO EN ADULTOS MAYORES MEXICANOS CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

N. N. Parra-Holguín, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Introducción: Se ha demostrado que la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) tiene un comportamiento bimodal, con una segunda exacerbación entre los 60 y 70 años. En el mundo, la población de este grupo de edad ha aumentado en grado considerable en los últimos años y se espera que sea el grupo de edad con mayor prevalencia en los próximos años. Los adultos mayores experimentan múltiples cambios fisiológicos, mayores comorbilidades y polifarmacia, lo cual los distingue del resto de los pacientes con CUCI; además, es posible que tengan mayores afectaciones sobre el desarrollo de CUCI a lo largo de la evolución de la enfermedad. **Objetivo:** Describir el curso clínico de la CUCI en pacientes diagnosticados a una edad > 60 años y compararlos con un grupo control de CUCI < 60 años.

Material y métodos: Es un estudio de casos y controles en el cual se incluyó a un total de 145 pacientes con diagnóstico de CUCI confirmado por histopatología durante el periodo de 1986 a 2019. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS v24. Se tomó un valor de $p < 0.05$ como significativo.

Resultados: La muestra se dividió en dos grupos: a) casos, que incluyó a 45 pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI a una edad ≥ 60 años y b) controles, con 100 individuos diagnosticados con una edad < 60 años. El 53.3% correspondió a mujeres en el grupo 1 y 51% en el grupo de control. Los sujetos > 60 años tuvieron menor frecuencia de manifestaciones extraintestinales en el 22.2% en comparación con el 30% del grupo < 60 años ($p = 0.332$), así como también se observó menor frecuencia de tratamiento quirúrgico en los adultos mayores en el 2.2% respecto del 8% del grupo < 60 años ($p = 0.182$). El análisis univariado mostró que los factores relacionados con el grupo de adultos mayores fueron: a) curso clínico benigno caracterizado por recaída inicial seguida de una remisión prolongada ($p < 0.0001$; RM = 22.84; IC95%, 6.6-7.8); b) remisión clínica ($p = 0.03$; RM = 2.14; IC95%, 1.03-4.43); c) menor número de hospitalizaciones ($p = 0.01$; RM = 0.46; IC95%, 0.23-0.90) y d) menor uso de tratamiento biológico ($p = 0.03$; RM = 3.38; IC95%, 1.1-10.43) como se muestra en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Los adultos mayores con CUCI mostraron características menos agresivas de la CUCI manifestadas por curso clínico benigno, mayor remisión clínica, menores hospitalizaciones y administración de tratamiento biológico en comparación con el grupo de CUCI < 60 años.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom030

ASOCIACIÓN DEL CONSUMO DE FIBRA DIETÉTICA CON LA ACTIVIDAD ACTUAL EN LA COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA. ESTUDIO EXPLORATORIO EN LA POBLACIÓN MEXICANA

C. J. Meza-Ortiz, S. E. Martínez-Vázquez, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Introducción: Una de las recomendaciones dietéticas en el tratamiento de la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es la cantidad de fibra, la cual debe ser de 14 g/1 000 kcal/día. Algunos estudios que han utilizado fibra dietética complementada han descrito que puede coadyuvar a la remisión de la enfermedad. Lo que se desconoce es si la fibra proveniente de la dieta tiene el mismo efecto en la actividad de la CUCI.

Objetivo: Determinar si existe algún nexo entre la cantidad de fibra dietética de la dieta habitual y la actividad actual de la enfermedad en pacientes con CUCI.

Material y métodos: Es un estudio de cohorte en pacientes con CUCI atendidos en la clínica de EI que se entrevistaron en el periodo de septiembre de 2019 a mayo del 2020. Se aplicó un cuestionario que incluyó preguntas relacionadas con el consumo de alimentos y se recolectaron sus características demográficas y clínicas del expediente clínico. La actividad actual se registró si en el expediente clínico digital se identificaron datos de al menos uno de cuatro criterios (actividad clínica, bioquímica, endoscópica, histológica), en un periodo < 3 meses al momento de la entrevista y realización de estudios de laboratorio o colonoscopia con toma de biopsias. De los registros de alimentos obtenidos se obtuvo el cálculo manual de la fibra dietética y, con base en la cantidad sugerida como recomendación (14 g/1 000 kcal), se dividieron para el análisis en esos dos grupos y con el estadístico U de Mann-Whitney se buscaron diferencias entre grupos; un análisis de regresión logística permitió conocer la relación del consumo de fibra dietética con la actividad actual de la enfermedad; se usó el programa estadístico SPSS v25.

Resultados: Se incluyó a un total de 41 pacientes con mediana de edad de 40 años, la mayor parte mujeres ($n = 25$). Se encontró que no intervienen en la actividad actual variables como la edad ($p = 0.474$), el sexo ($p = 0.680$), años de evolución ($p = 0.100$) y número de recaídas ($p = 0.118$); en cuanto a los gramos de fibra consumidos de fibra dietética, se observó que el grupo sin actividad actual consumió mayor cantidad (20 g, RIC = 18-26, $p = 0.062$), como se describe en la **Tabla 1** de acuerdo con los grupos de análisis. Con base en la recomendación de consumo de fibra dietética, se pudo determinar que el 47% de los pacientes consumió > 14 g/1 000 kcal/día y el análisis de regresión logística mostró que cumplir con ésta representa un factor protector hacia la actividad actual de la enfermedad (OR = 0.227; IC95%, 0.059-0.882; $p = 0.032$).

Conclusiones: El consumo recomendado de fibra en pacientes mexicanos con CUCI tiene un efecto protector para la actividad actual de la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Factores relacionados con el curso clínico en adultos mayores con CUCI. (Dom029).

	Análisis univariado			Análisis multivariado	
	Valor de p	RM	IC95%	Valor de p	RM
Enfermedad inicialmente activa, seguida de remisión prolongada	< 0.0001*	22.84	6.6-78.8	.000*	26.91
Remisión clínica	0.03*	2.14	1.03-4.43	.012*	3.42
Hospitalizaciones	0.01*	0.46	0.23-0.90	.411	.687
Tratamiento biológico	0.03*	3.38	1.1-10.43	.329	1.949

Tabla 1. Características demográficas de la población estudiada total y por grupos de acuerdo con la actividad actual de la enfermedad. (Dom030).

VARIABLES	Total de pacientes, n = 40 M (RIC)	Pacientes con actividad actual, n = 24 M (RIC)	Pacientes sin actividad actual, n = 17 M (RIC)	Valor de p*
Edad	40 (33-53)	41 (33-52)	38 (28-56)	0.474
Sexo femenino	25/41	14 (58.3%)	11 (64.7 %)	0.680
Años de evolución	12 (5-15)	8.5 (3-15)	12 (7-17)	0.100
Número de recaídas	0 (0-1)	1 (0-1)	0 (0-0)	0.118
Gramos de fibra dietética	19 (14-28)	16 (10-34)	20 (18-26)	0.062

Dom031

SOBREPOSICIÓN DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

N. N. Parra-Holguín, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: Los síntomas consistentes con síndrome de intestino irritable (SII) aparecen con alta frecuencia en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII); estos pacientes muestran síntomas de EII a pesar de que la enfermedad se halle en actividad leve o remisión clínica. La sobreposición de SII en EII se ha notificado en otras regiones del mundo, con una frecuencia hasta de 35% en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y en un 41% en enfermos con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI); en algunas regiones puede ser superior esta cifra en comparación con la población en general.

Objetivo: Investigar la presencia de sobreposición de SII en pacientes mexicanos con CUCI y los factores relacionados.

Material y métodos: Se incluyó a un total de 171 pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI, a los cuales se les aplicaron los criterios de Roma IV para SII. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS v24. Se tomó un valor de p como significativo de 0.05.

Resultados: Del total de pacientes con CUCI, se integraron tres grupos: a) criterios de SII con remisión clínica con 46 (26.9%) pacientes; b) remisión clínica sin datos de SII con 111 (64.9%) pacientes y c) actividad clínica con criterios de SII con 14 (8.2%) pacientes. La edad promedio actual fue de 35 (intervalo, 18-59) años para el grupo 1; 39 (intervalo, 18-70) años para el grupo 2 y 53 (intervalo, 22-69) años para el grupo 3. El promedio fue de 7 años de evolución de la enfermedad para el grupo 1; 7 años para el grupo 2 y 11 años para el grupo 3. El sexo femenino se encontró con mayor frecuencia en el grupo 1 (78.3%) respecto del grupo 2 (55.6%) ($p = 0.001$; $RM = 3.66$; $IC95\%$, 1.65-8.1) y los sujetos con actividad laboral actual en el grupo 1 (58.7%) en comparación con el grupo 2 (38.7%) ($p = 0.01$; $RM = 2.24$; $IC95\%$, 1.11-4.52) como factor vinculado con el desarrollo de SII en EII. No se registraron diferencias estadísticamente significativas al compararlo con el grupo 3 de estudio.

Conclusiones: La sobreposición de SII se identificó en el 29.9% de los pacientes con CUCI que se encontraban en remisión clínica, lo cual es similar a la población en general. Es importante diferenciar los síntomas para instituir el tratamiento adecuado y oportuno.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom032

DIVERSOS PARÁMETROS DE LA BIOMETRÍA HE-MÁTICA SON ÚTILES EN LA EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD EN PACIENTES MEXICANOS CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)

J. L. de León-Rendón, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad cuyo curso clínico es impredecible y se caracteriza por episodios de remisión y exacerbaciones. Las funciones específicas de los elementos figurados de la sangre (eritrocitos, leucocitos y plaquetas) se han relacionado con la gravedad y pronóstico de diversas anomalías infecciosas, inflamatorias y neoplásicas.

Objetivo: Determinar la utilidad de los parámetros de la biometría hemática en la evaluación de la actividad en pacientes con CUCI.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y analítico en el que se incluyó a 51 pacientes consecutivos con diagnóstico de CUCI confirmado por histopatología. Se tomó en consideración la gravedad clínica-bioquímica, endoscópica e histológica de la enfermedad de acuerdo con las escalas de Truelove y Witts, subcalificación de Mayo e índice de Riley, respectivamente. Se calculó también el índice de Yamamoto-Furusho (IIFYF) para una evaluación integral de la enfermedad. Mediante los parámetros hematológicos informados en la biometría hemática (BH) se calcularon los índices: neutrófilos/linfocitos (INL), plaquetas/linfocitos (IPL), neutrófilos/plaquetas (INP), linfocitos/monocitos (ILM), eosinófilos/linfocitos (IEL), eosinófilos/basófilos (IEB) y eosinófilos/neutrófilos (EON). Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de las variables. La significancia estadística se determinó con un valor de $p < 0.05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25.0.

Resultados: Las características clínicas y demográficas de los pacientes con CUCI se muestran en la **Tabla 1**. Se encontraron diferencias estadísticas entre el grado de actividad clínica-bioquímica y hemoglobina (Hb) ($p \leq 0.001$), hematócrito (Hto) ($p \leq 0.001$), ancho de distribución eritrocitaria (ADE) ($p \leq 0.001$), volumen plaquetario medio (VPM) ($p = 0.03$), INL ($p \leq 0.001$), IPL ($p = 0.01$), IEL ($p = 0.01$), IEB ($p = 0.02$) e IEN ($p \leq 0.001$). Entre el grado de gravedad endoscópica y Hb ($p \leq 0.001$), Hto ($p = 0.01$), ADE ($p = 0.01$), plaquetas (PLQ) ($p = 0.04$), VPM ($p \leq 0.001$) e IPL ($p = 0.01$). Con la gravedad histológica y monocitos totales ($p = 0.03$), INL ($p = 0.02$) e ILM ($p \leq 0.001$). Con el IIFYF y neutrófilos totales ($p \leq 0.001$), Hb ($p \leq 0.001$), Hto ($p = 0.001$), ADE ($p \leq 0.001$), PLQ ($p = 0.02$), VPM ($p \leq 0.001$), INL ($p \leq 0.001$), IPL ($p \leq 0.001$), ILM ($p \leq 0.001$) e INP ($p \leq 0.001$). Además

se identificó una correlación entre el INL y los valores de proteína C reactiva (PCR) ($r = 0.37$; $p = 0.006$), actividad clínica-bioquímica ($r = 0.43$; $p = 0.002$), actividad endoscópica ($r = 0.34$; $p = 0.01$), actividad histológica ($r = 0.40$; $p = 0.004$), IIFY ($r = 0.53$; $p \leq 0.001$), extensión de la enfermedad ($r = 0.30$; $p = 0.03$), presencia de manifestaciones extraintestinales (MEIS) ($r = 0.37$; $p = 0.007$) y necesidad de cirugía ($r = 0.28$; $p = 0.04$). Entre IPL y valores de PCR

($r = 0.39$; $p = 0.004$), actividad clínica-bioquímica ($r = 0.41$; $p = 0.003$), actividad endoscópica ($r = 0.42$; $p = 0.002$), actividad histológica ($r = 0.32$; $p = 0.02$), IIFY ($r = 0.50$; $p \leq 0.001$) y necesidad de cirugía ($r = 0.28$; $p = 0.04$). Entre ILM y valores de PCR ($r = -0.36$; $p = 0.009$), actividad endoscópica ($r = -0.33$; $p = 0.01$), actividad histológica ($r = -0.34$; $p = 0.01$), IIFY ($r = -0.46$; $p = 0.001$) y MEIS ($r = -0.33$; $p = 0.01$). Entre IEL y los cifras de velocidad de sedimentación

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con CUCI. (Dom032).

Variable	Pacientes, n = 51
Sexo Masculino, n (%)	27 (52.9)
Edad actual (años \pm DE ^a)	45.96 \pm 13.36
Edad al diagnóstico (años \pm DE ^a)	35.74 \pm 12.23
Años de evolución (años \pm DE ^a)	10.29 \pm 7.65
Extensión de la enfermedad, n (%)	
E1 (proctitis)	6 (11.8)
E2 (colitis izquierda)	8 (15.7)
E3 (colitis extensa)	37 (72.5)
Presencia de manifestaciones extraintestinales, n (%)	26 (51)
Artralgias	10 (40)
Colangitis esclerosante primaria	10 (40)
Colangitis esclerosante primaria + artralgias	01 (4)
Artritis reumatoide	01 (4)
Eritema nodoso	01 (4)
Hepatitis autoinmunitaria, pioderma gangrenoso	01 (4)
Tratamiento médico, n (%)	
5-ASA ^b	20 (39.2)
5-ASA ^b + esteroides	09 (17.6)
5-ASA ^b + esteroides + inmunomodulador	10 (19.6)
5-ASA ^b + inmunomodulador	10 (19.6)
Tratamiento anti-TNF ^c	01 (2.0)
Tratamiento anti-TNF ^c + inmunomodulador + 5-ASA ^b	01 (2.0)
Respuesta al tratamiento, n (%)	
Favorable	45 (88.2)
Dependencia de esteroide	03 (5.9)
Resistencia a esteroide	02 (3.9)
Resistente a anti-TNF ^c (primario)	01 (2.0)
Necesidad de tratamiento quirúrgico	02 (3.9)
Neoplasias, n (%)	01 (2.0)
Gravedad clínica-bioquímica (Truelove y Witts), n (%)	
Inactiva	29 (56.9)
Leve	14 (27.5)
Moderada	08 (15.7)
Grave	-
Gravedad endoscópica (Subcalificación de Mayo), n (%)	
Inactiva	14 (27.5)
Leve	13 (25.5)
Moderada	15 (29.4)
Grave	09 (17.6)
Gravedad histológica (Índice de Riley), n (%)	
Inactiva	15 (29.4)
Leve	17 (33.3)
Moderada	07 (13.7)
Grave	12 (23.5)
Índice integral de Yamamoto-Furusho, n (%)	
Remisión	18 (35.3)
Leve	15 (29.4)
Moderada	16 (31.4)
Grave	02 (03.9)

^a DE, desviación estándar; ^b5-ASA, 5-aminosalicilatos; ^canti-TNF, antifactor de necrosis tumoral.

globular (VSG) ($r = -0.32$; $p = 0.01$) y necesidad de cirugía ($r = -0.30$; $p = 0.03$). Entre IEB y valores de PCR ($r = -0.27$; $p = 0.05$), VSG ($r = -0.30$; $p = 0.03$), actividad clínica-bioquímica ($r = -0.30$; $p = 0.01$) e IIFY ($r = -0.29$; $p = 0.03$). Por último, entre IEN y cifras de VSG ($r = -0.33$; $p = 0.01$), actividad clínica-bioquímica ($r = -0.39$; $p = 0.004$), IIFY ($r = -0.30$; $p = 0.03$), resistencia al tratamiento médico ($r = -0.30$; $p = 0.03$) y necesidad de cirugía ($r = -0.30$; $p = 0.03$).

Conclusiones: Los parámetros hematológicos contenidos en la BH pueden aportar información acerca de la actividad clínica-bioquímica, endoscópica e histológica de la CUCI.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom033

EL CONSUMO DE FIBRA EN PACIENTES CON CUCI ACTIVA SE ASOCIA A MEJORES PARÁMETROS DE ESTADO NUTRICIONAL DE LA ENFERMEDAD

K. L. de León-Barrera, Y. Gutiérrez-Grobe, M. A. Santoyo-Chávez, V. M. Mendoza-Martínez, A. J. Espinosa-Flores, N. Bueno-Hernández, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de origen multifactorial caracterizada por inflamación crónica y recidivante de la mucosa del colon. Los síntomas más frecuentes son diarrea con sangre en relación con pujo, tenesmo, dolor abdominal y pérdida de peso. Alimentos como la fibra forman parte importante de la microbiota y el curso de la enfermedad.

Objetivo: Valorar los efectos de la fibra sobre la actividad de la CUCI y el estado nutricional.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectiva en pacientes con CUCI activa que acuden a consulta a la clínica de EII del Hospital General de México. En cada paciente se valoraron la alimentación (recordatorio de 24 horas y frecuencia de consumo de alimentos), estado nutricional (antropometría y estudios de laboratorio) y actividad de la enfermedad (escala de Mayo) durante

Tabla 1. Relación del bajo consumo de fibra con componentes séricos vinculados con el estado nutricional y la actividad de la enfermedad. (Dom033).

	< 14.9 g de fibra n = 18	> 15 g de fibra n = 16	P
Hemoglobina, mg/dl (x ± DE)	14.09 ± 1.7	14.38 ± 2.18	0.69
Glucosa, mg/dl	97.33 ± 32.6	93.3 ± 13.5	0.65
Urea, mg/dl	30.38 ± 9.7	28.7 ± 8.2	0.61
Creatinina, mg/dl	0.8 ± 0.1	0.8 ± 0.1	0.93
Colesterol, mg/dl	174.7 ± 38.2	160 ± 32.9	0.27
Triglicéridos, mg/dl	141.4 ± 115.4	100 ± 39.6	0.19
HDL, mg/dl	50 ± 9.5	53 ± 11.6	0.47
LDL, mg/dl	109 ± 31.6	95 ± 27	0.17
Albúmina, g/dl	4.2 ± 0.2	4.5 ± 0.3	0.03*
Calcio, mg/dl	9.4 ± 0.3	9.5 ± 0.3	0.48
Insulina, µIU/mL	7.7 ± 4.8	6.4 ± 5.3	0.43
VSG, mm/h	22 ± 22.5	8.8 ± 12	0.04*
PCR, mg/L	11.8 ± 9.7	6 ± 11.3	0.3
Lípidos, g/día	45 ± 11.5	53.5 ± 12	0.04*
Proteínas, g/día	71 ± 14	88 ± 15.7	< 0.005*
HCO, g/día	165 ± 32.2	193 ± 46	0.04*
Sodio, mg/día	1 397 ± 443	1 370 ± 311	0.83
Potasio, mg/día	1 031 ± 329	1 481 ± 282	< 0.005*
Calcio, mg/día	634 ± 177	691 ± 168	0.34
Azúcar, g/día	40 ± 15	37.5 ± 11	0.61
Vitamina A, µg/día	555 ± 190	647 ± 188	0.16
Vitamina B ₉ , µg/día	160 ± 66	202 ± 64	0.07
Vitamina C, µg/día	96 ± 50	135 ± 51	0.03*
AGS, g/día	6.4 ± 17	3.7 ± 1.4	0.53
AGM, g/día	10.3 ± 4.7	13 ± 4	0.06
AGP, g/día	12.5 ± 19	32.6 ± 77	0.29

HDL, colesterol de alta densidad; LDL, colesterol de baja densidad; µIU/mL, microunidades internacionales sobre mililitro; VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva; HCO, hidratos de carbono; *t de Student .

10 semanas. Para el análisis de los datos se utilizaron el paquete estadístico SPSS v25, estadística descriptiva, las pruebas χ^2 , t de Student y correlación de Pearson, y se consideró un valor de p significativa < 0.05.

Resultados: De los 34 pacientes incluidos, 23 (74%) presentaron actividad leve (18 mujeres y 5 hombres) y edad promedio de 35 ± 10 años. Con actividad grave hubo 11 (26%) pacientes (5 mujeres y 6 hombres), con edad promedio de 41 ± 13 años. Los grupos de actividad leve y grave fueron significativamente diferentes en sus valores séricos de albúmina ($M = 4.4 \pm 0.28$ vs. $M = 4.2 \pm 0.32$; $p = 0.03$), PCR ($M = 4.9 \pm 6.7$ vs. $M = 17.9 \pm 6.25.7$; $p = 0.02$), índice cintura-cadera (ICC) ($M = 0.80 \pm 0.07$ vs. $M = 0.88.2 \pm 0.08$; $p = 0.06$), episodios de diarrea por día (leve = 5 vs. grave = 7; $p = 0.01$) y aunque la VSG no fue significativa, las concentraciones fueron mayores en el grupo grave ($M = 13.3 \pm 16$ vs. $M = 20.9 \pm 25$; $p = 0.29$). En ambos grupos, el consumo de fibra se correlacionó de forma positiva con el consumo de potasio ($r = 0.8$; $p < 0.05$), vitamina A ($r = 0.5$; $p < 0.05$), vitamina B9 ($r = 0.5$; $p < 0.05$), vitamina C ($r = 0.5$; $p < 0.05$) y proteína ($r = 0.7$; $p < 0.05$), si bien de modo negativo con LDL ($r = -0.5$; $p < 0.05$). En consecuencia, se tomó un punto de corte para consumo de fibra > 15 g por día considerada la media de consumo en México y se encontraron diferencias significativas en las concentraciones de albúmina ($M = 4.2$ vs. $M = 4.5$; $p = 0.03$), VSG ($M = 22$ vs. $M = 8.8$; $p = 0.04$) y consumo por día de proteínas ($M = 71$ vs. $M = 88$; $p \leq 0.005$), HCO ($M = 165$ vs. $M = 193$; $p = 0.004$), potasio ($M = 1\ 031$ vs. $M = 1\ 481$; $p \leq 0.005$), vitamina C ($M = 96$ vs. $M = 135$; $p = 0.03$) y AGM ($M = 10.3$ vs. $M = 13$; $p = 0.06$), como se muestra en la **Tabla 1**.

Conclusiones: El consumo de fibra en estos pacientes se acompaña de mejores concentraciones séricas de vitaminas A, C, B₉. La dieta de los pacientes con CUCI se relaciona con cambios en los parámetros de inflamación sistémica (PCR y VSG).

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom034

FRECUENCIA DE COMORBILIDADES EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

N. N. Parra-Holguín, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) pueden padecer diferentes enfermedades no relacionadas directamente con la EII. Las comorbilidades se definen como los problemas de salud que afectan de modo directo a una persona con una enfermedad primaria, en este caso EII, cualquier trastorno no vinculado desde el punto de vista fisiopatológico con la afección primaria o los tratamientos utilizados para esta anomalía. Las principales comorbilidades en otras poblaciones son la enfermedad cardiovascular, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y trastornos psicológicos. En México no se cuentan con datos disponibles acerca de las comorbilidades que coexisten en pacientes con EII.

Objetivo: Determinar la frecuencia de comorbilidades en pacientes mexicanos con EII.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyó a un total de 1 063 pacientes con diagnóstico confirmado de EII. Mediante la revisión de expedientes clínicos se buscaron las comorbilidades, excluidas todas las manifestaciones extraintestinales propias de la EII. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS v24.

Resultados: Del total de pacientes incluidos, 287 (27.0%) mostraron alguna comorbilidad y de ellos 152 (53%) eran mujeres y 135

(47%) hombres, con una edad promedio de 53 años (17-89); 186 (64.8%) individuos tenían diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática, 99 (34.5%) de enfermedad de Crohn y 2 (0.7%) de colitis indeterminada. Las comorbilidades más frecuentes fueron las cardiovasculares con 21.6%, en particular hipertensión arterial sistémica; endocrinológicas con 12.5%, sobre todo diabetes tipo 2; trastornos psiquiátricos con 13.6%, como depresión mayor; gastroenterológicas con 7.7%, en especial reflujo gastroesofágico; pulmonares con 2.8%, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica; nefrológicas con 2.4%, como la enfermedad renal crónica; neurológicas con 1%, como la epilepsia; oftalmológicas con 0.7%, como el glaucoma; y oncológicas con 0.3%, como el cáncer de mama.

Conclusiones: La frecuencia registrada de diversas comorbilidades fue de 27.0%. Es relevante observar que existe una notable coexistencia de comorbilidades en pacientes mexicanos con EII, por lo que es importante la valoración y seguimiento multidisciplinario para el adecuado control de éstas, sobre todo en esta nueva época de la pandemia por COVID-19.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom035

MIOPENIA EN PACIENTES ADULTOS CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA: REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS

M. A. Santoyo-Chávez, N. Bueno-Hernández, Y. Gutiérrez-Grobe, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende sobre todo dos entidades: enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). En ambas afecciones se han estudiado las manifestaciones extraintestinales, entre ellas anemia, anorexia, osteoporosis o uveítis; en los últimos años se ha considerado la sarcopenia dentro de estas complicaciones. Sin embargo, ésta es con mayor frecuencia un sinónimo de desgaste muscular relacionado con la edad en los ancianos. El término “miopenia” sirve para indicar la presencia clínica de desgaste muscular debido a cualquier enfermedad y cualquier edad y se vincula con una capacidad funcional deteriorada o un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad.

Objetivo: Conocer los resultados obtenidos de pacientes con CUCI en la consulta del servicio de gastroenterología relacionados con la composición corporal y funcionalidad.

Informe de casos: serie de casos que incluyó a 26 pacientes con diagnóstico de CUCI atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” en el periodo de diciembre de 2019 a marzo de 2020. Se realizó impedancia bioeléctrica y se obtuvieron los siguientes datos: las pruebas para confirmar la miopenia mostraron una media en la velocidad de la marcha para valorar funcionalidad de 5.93 ± 1.4 (m/s), dinamometría de 25.11 ± 10.43 (kg) y masa musculoesquelética de 18.89 ± 4.61 (kg) y determinación de la masa muscular esquelética apendicular esquelética de 17.33 ± 3.69 . De acuerdo con los puntos de corte para estas mediciones, 4 pacientes (15.38%) tuvieron miopenia, de los cuales 2 tenían actividad moderada y 2 actividad leve; 2 se encontraban en remisión de acuerdo con la valoración de la actividad de la enfermedad realizada con el índice de Mayo.

Discusión: La miopenia es un indicador caracterizado por el desgaste muscular y fuerza relacionado con resultados adversos, como fragilidad, mala calidad de vida y mortalidad. A pesar de que la miopenia no es objeto de estudio en este tipo de pacientes, se puede encontrar habitualmente en la práctica clínica, es posible usarla como un

marcador predictivo para la intervención quirúrgica y se acompaña de un mayor riesgo de complicaciones posoperatorias mayores. Varios estudios demostraron una menor masa muscular esquelética en pacientes con EII que los controles sanos, en relación con el IMC y la actividad de la enfermedad; sin embargo, estos estudios no han tomado en cuenta la funcionalidad, como se realizó en este trabajo.

Conclusiones: Es posible que la miopenia sea un problema que evolucione a sarcopenia en pacientes con CUCI y puede correlacionarse con un incremento de la actividad de la enfermedad, complicaciones posoperatorias, y mayor mortalidad y morbilidad en este tipo de pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom036

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES JÓVENES CON COLITIS MICROSCÓPICA

R. I. Carmona-Sánchez, J. C. Terán-Márquez, D. I. Carmona-Guerrero, Práctica privada

Introducción: La colitis microscópica (CM) es una enfermedad inflamatoria intestinal que se caracteriza por diarrea crónica no sanguinolenta y se presenta casi siempre en mayores de 50 años de edad. Se considera una enfermedad infrecuente en jóvenes y poco se sabe acerca de las características clínicas en este grupo de edad.

Objetivo: Conocer las características clínicas de sujetos jóvenes con CM y compararlas con aquéllas encontradas en pacientes de mayor edad, afectados por la misma enfermedad.

Material y métodos: Desde el año 2001, todos los pacientes con diarrea crónica acuosa no sanguinolenta se estudian en forma sistemática para identificar posible CM. Todos los enfermos son objeto de una historia clínica completa uniforme, que incluye datos demográficos, antecedentes médicos y consumo de fármacos, además de un cuestionario para conocer el uso de recursos de salud durante el año anterior a su primera consulta. En todos los casos se realizan (al menos) biometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular, sangre oculta en heces, búsqueda de parásitos patógenos en heces y determinación de hormona estimulante de la tiroides. Si no existe causa identificable de la diarrea y no hay datos de alarma, se practica una colonoscopia con toma aleatoria de biopsias de todos los segmentos del colon (8 o más biopsias), aun en presencia de mucosa de aspecto normal. Todos los procedimientos se han realizado por el mismo operador y todas las biopsias las han analizado los mismos dos patólogos en este periodo de tiempo. Para este protocolo se incluyó a todos los sujetos con diagnóstico histopatológico de colitis colagenosa (CC) y colitis linfocítica (CL) diagnosticados entre agosto del 2001 y junio del 2020. Se eliminó a los enfermos con colitis microscópica incompleta y colitis eosinofílica. Los pacientes se asignaron a alguno de los grupos de acuerdo con su edad al

momento del diagnóstico: grupo 1 (< 50 años) y grupo 2 (≥ 50 años). Se compararon las características clínicas de ambos grupos.

Resultados: Se incluyó a 117 enfermos con CM en el análisis final: 41 en el grupo 1 (35%) y 76 en el grupo 2 (65%). No se observaron diferencias entre ambos grupos en relación con el índice de masa corporal, hábito tabáquico, antecedentes quirúrgicos, prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas/metabólicas y consumo habitual de fármacos. La CL predominó en ambos grupos. De manera predominante, los pacientes del grupo 1 fueron hombres y tenían colonoscopia normal con mayor frecuencia, mientras que los del grupo 2 presentaron mayor prevalencia de enfermedades autoinmunitarias y diverticulosis colónica (Tabla 1).

Conclusiones: En esta serie, 35% de los pacientes con CM corresponde a menores de 50 años de edad. Casi todos son hombres, sin anomalías en el estudio endoscópico del colon. Estas características pueden hacer que el diagnóstico de CM, considerado raro en jóvenes, no se establezca o se retrase.

Financiamiento: No se obtuvo financiamiento alguno para la realización de este trabajo.

Dom037

MEJORÍA EN EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN MÉXICO EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS EN DOS HOSPITALES

N. N. Parra-Holguín, J. K. Yamamoto-Furusho, 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), que son crónicas e incurables y de causa desconocida. El promedio de tiempo para establecer el diagnóstico en otras regiones del mundo es de 2 a 4 años, lo que retrasa el tratamiento oportuno de la EII y puede llevar al incremento del desarrollo de complicaciones.

Objetivo: Valorar el retraso en el diagnóstico oportuno de EII en las cuatro últimas décadas de dos hospitales de referencia de la Ciudad de México.

Material y métodos: Es un estudio de cohorte retrospectiva en el cual se valoró a un total de 1 056 pacientes con diagnóstico confirmado de EII, quienes iniciaron con síntomas de la enfermedad durante el periodo de 1980 a 2019. Se consideró diagnóstico oportuno el realizado durante el primer año del desarrollo de los síntomas y retraso en el diagnóstico posterior a un año tras la aparición de los síntomas. El análisis estadístico se efectuó en el programa SPSS v.24. Se tomó un valor de $p \leq 0.05$ como significativo.

Resultados: Del total de pacientes incluidos, 843 (70.3%) tenían diagnóstico de CUCI y 213 (20.17%) de EC, con una edad actual promedio de 43 (8-98) años y una edad promedio al diagnóstico de 33

Tabla 1. (Dom036).

Factor de riesgo	Grupo 1 n = 41	Grupo 2 n = 76	p
CL/CC	22/19 (54/46%)	48/28 (63/37%)	
Hombres	22 (52%)	15 (20%)	0.0001
Enfermedades autoinmunitarias*	2 (5%)	23 (30%)	0.001
Colon normal	36 (88%)	37 (49%)	< 0.0001
Diverticulosis	2 (5%)	30 (39%)	< 0.0001

*Hipotiroidismo, enfermedad celiaca, lupus eritematoso generalizado, psoriasis, vitiligo.

(2-90) años. La extensión de la enfermedad más frecuente para CUCI fue pancolitis en el 69.0%, seguida de proctitis en el 18.1% y colitis izquierda en el 12.8%; para la EC, la localización más común fue ileal en el 39.9%, ileocolónica en el 36.6%, colónica en el 19.7%, afectación superior en el 2.8% y afectación perianal en el 1.0%; sólo el 27.1% mostró manifestaciones extraintestinales. Se incluyó a 29 (27.4%) pacientes de la década de 1980-1989, 126 (11.93%) de 1990-1999, 360 (34.09%) de 2000-2009 y 541 (51.23%) de 2010-2019. Se comparó a los pacientes con diagnóstico oportuno respecto del retraso en el diagnóstico: en la década de 1980-1989, el 58.6% tuvo diagnóstico oportuno contra el 41.4% ($p = 0.001$); en 1990-1999, el 63.5% contra 36.5% ($p = 0.001$); en 2000-2009, en el 73.9% contra el 26.1% ($p = 0.001$); y en 2010-2019, el 92.4% contra 7.6% ($p = 0.001$), con resultados similares al compararlos en cada grupo de enfermedad como se muestra en la **Tabla 1**. No hubo diferencias significativas en el diagnóstico oportuno entre el hospital público y el privado.

Tabla 1. Retraso en el diagnóstico de EII en las últimas cuatro décadas. (Dom037).

Década de inicio de síntomas	Diagnóstico oportuno ≤ 1 año %	Tiempo al diagnóstico > 1 año %	Valor de p
EII			
1980-1989	17 (58.6)	12 (41.4)	0.001
1990-1999	80 (63.5)	46 (36.5)	0.000
2000-2009	266 (73.9)	94 (26.1)	0.000
2010-2019	500 (92.4)	41 (7.6)	0.000
CUCI			
1980-1989	11 (52.4)	10 (47.6)	0.000
1990-1999	57 (60.6)	37 (39.4)	0.000
2000-2009	231 (76.2)	72 (23.8)	0.001
2010-2019	393 (92.5)	32 (7.5)	0.000
EC			
1980-1989	6 (75.0)	2 (25.0)	0.702
1990-1999	23 (71.9)	9 (28.1)	0.195
2000-2009	35 (61.4)	22 (38.6)	0.000
2010-2019	107 (92.2)	9 (7.8)	0.000

Conclusiones: El diagnóstico oportuno durante el primer año del inicio de los síntomas de la EII ha mejorado en 33.8% en la última década (2010-2019), lo cual indica que hay mayor concientización de la EII en la comunidad médica y ello favorece un inicio de tratamiento oportuno, con menor número de complicaciones a corto y largo plazos de los pacientes con esta enfermedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom038

VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 110 IMSS, GUADALAJARA

C. Jaramillo-Buendía, M. García-Amador, J. C. Macías-Contreras, Hospital General Regional 110 IMSS

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad de causa multifactorial; intervienen en su presentación factores como predisposición del individuo, genética, interacción con el medio ambiente, estado nutricional, factores psicológicos, consumo de fármacos e infecciones como activadores de la enfermedad. La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una alteración crónica que causa inflamación continua de la mucosa colónica sin granulomas en la biopsia, afecta al recto y en extensión variable al colon continuo, y se caracteriza por curso con recaídas y remisiones. En cuanto al factor emocional se ha identificado un papel importante en la evolución de la enfermedad, como el estrés, la depresión y la ansiedad. En México se calcula que la incidencia de CUCI es de 0.2 a 4.89% y afecta más a los estados del norte que a los del sur. El síntoma cardinal es la diarrea sanguinolenta relacionada con urgencia y tenesmo rectal. Existen diversas escalas para valorar la gravedad de la enfermedad clínica, bioquímica, endoscópica e histológica, que son de utilidad para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad. El tratamiento se basa en la actividad de la enfermedad: convencional, tratamiento biológico o cirugía si es necesario. El objetivo es inducir y mantener la remisión clínica, bioquímica, endoscópica e histológica.

La funcionalidad familiar es la capacidad de la persona para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que cursa. Una de las principales preocupaciones del sistema de salud es que los pacientes sean capaces de participar en decisiones sobre su tratamiento; es necesario incluir a la familia como fuente principal de apoyo social, afectivo y emocional para afrontar con éxito los problemas que produce la enfermedad, por lo que la interacción entre la familia y la afección puede tener una influencia positiva o negativa sobre el curso crónico; es por ello importante la funcionalidad familiar. El APGAR familiar consta de cinco preguntas y mide adaptación, participación, gradiente de recurso personal (crecimiento), afecto y resolución.

Objetivo: Valorar la funcionalidad familiar en pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) de la consulta externa a través del cuestionario de APGAR familiar.

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo realizado en la consulta externa del servicio de gastroenterología con aplicación de la encuesta APGAR familiar a pacientes con diagnóstico de enfermedad de CUCI de acuerdo con los criterios de Lennard-Jones, que acudieron de junio de 2019 a febrero de 2020 y que aceptaron participar; los resultados obtenidos se analizaron con estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central con el sistema SPSS versión 20.

La interpretación se adecuó a la puntuación obtenida: 17 a 20 sugiere una familia funcional, 13 a 16 disfunción leve, 10 a 12 disfunción moderada y 0 a 9 disfunción grave.

Resultados: Se registraron una media de edad de 53 años, una mediana de 56 años, moda de 64 años, edad mínima de 18 años y máxima de 78 años. El género predominante es el femenino con un 65.16%. En cuanto a la funcionalidad familiar se encontró una forma familiar en 68.53%, 17.97% tuvo disfunción familiar leve, 6.74% disfunción familiar moderada y 6.74% disfunción familiar grave (**Tabla 1**).

Conclusiones: Luego de la aplicación del cuestionario APGAR familiar se observó que la mayor parte de los pacientes con CUCI tiene fami-

Tabla 1. Resultados del cuestionario APGAR familiar. (Dom038).

Funcionalidad familiar	f	%
Familia funcional	61	68.53%
Disfunción leve	16	17.97%
Disfunción moderada	6	6.74%
Disfunción grave	6	6.74%
Total	89	100%

lias funcionales (68.5%), lo que favorece de forma positiva el modo de vivir con la enfermedad; por otro lado, un 31.45% posee una familia disfuncional (leve a grave), lo que puede contribuir a una pobre respuesta a la enfermedad en general.

Financiamiento: Ninguno.

Dom039

¿EXISTE IMPLICACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA PRESIÓN INTRABOLO EN LOS TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS MEDIANTE MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN?

C. N. Asencio-Barrientos, N. Pérez y López, L. C. Barrios-Lupitou, S. M. I. Mejía-Loza, J. H. Moreira-Alcívar, J. I. Hernández-Solís, H. W. Citalán-Poroj, E. García-Ruiz, Hospital Juárez de México

Introducción: La manometría de alta resolución (MAR) mediante el uso de catéteres de estado sólido contiene hasta 36 sensores de presión y proporciona mediciones precisas, sensibles y reproducibles de los fenómenos de presión esofágica. La presión de relajación integrada (PRI), definida como la presión media más baja de la unión esofagogástrica (UEG) durante 4 segundos continuos o no continuos de relajación, valora la función deglutoria de la UEG. La PRI alta puede conducir a una elevación de la presión intrabolo (PIB) que antecede al frente contráctil y aumenta por encima de la obstrucción; ésta también se eleva por aumento del tamaño del bolo o cuando la distensibilidad del esofágico o el esfínter esofágico inferior (EEI) se afecta. Una PIB elevada puede indicar una restricción en el tránsito a través de la UEG incluso cuando la PRI se encuentra normal. No se ha valorado de modo sistemático la aplicación diagnóstica de la PIB elevada en los diferentes trastornos de la peristalsis en los que la PRI es normal.

Objetivo: Determinar la implicación diagnóstica de la presión intrabolo en los diferentes trastornos motores esofágicos mediante manometría esofágica de alta resolución.

Material y métodos: Estudio ambispectivo de pacientes valorados y registrados en el laboratorio de motilidad gastrointestinal del Hospital Juárez de México que consultaron por disfagia esofágica o dolor torácico comprendido entre el 1 de enero de 2019 y el 28 de febrero de 2020, tras cumplir los siguientes criterios de exclusión: 1, estudio endoscópico o esofagograma con alteración estructural; 2, antecedente de funduplicatura de cualquier tipo; 3, estudios incompletos de MAR. La secuencia de MAR se analizó para PRI, PIB y DCI en comparación con los valores medios en las 10 degluciones de prueba realizadas como parte del protocolo sistemático. Se clasificaron los trastornos motores esofágicos según la escala de Chicago v3.0 y se tomó como elevación de presión intrabolo un valor > 15 mmHg y PRI normal < 15 mmHg. Se utilizó el programa estadístico Jamovi 1.1.9 para obtención de medias, medianas y porcentajes, prueba χ^2 para análisis de variables categóricas y análisis

unidireccional de varianza (ANOVA) para las variables continuas, con una $p < 0.05$ como significativa.

Resultados: Se seleccionó a 225 pacientes y se excluyeron 9 casos por ser diagnósticos de poca frecuencia encontrada (6 casos con espasmo esofágico difuso, 1 de acalasia tipo III y 2 de esófago en martillo hidráulico). En total 216, con mediana de edad de 50 años (11-82) y 140 pacientes femeninos (64.8%); comorbilidades: hipertensión arterial en 24 (11.1%), diabetes mellitus en 18 (8.4%), hipotiroidismo primario en 9 (4.2%) y esclerosis sistémica en 6 (2.8%). Refirieron disfagia esofágica 120 (55.6%), 61 (50.8%) a sólidos, 57 (47.5%) a ambos (sólidos y líquidos) y 2 (1.7%) a semisólidos; dolor torácico en 116 (53.7%). Tipos de trastornos esofágicos más frecuentes: motilidad esofágica inefectiva en 112 (51.9%) seguida de obstrucción del tracto de salida de UEG en 35 (16.2%), contractilidad ausente en 28 (13%) y acalasia tipo II en 24 (11.1%) y acalasia tipo I en 17 (7.9%). De los trastornos de obstrucción del tracto de salida sólo las acalacias tipos I y II mostraron elevación de PIB, con media de 15.1 mmHg (6.1) y 16.74 mmHg (5.5), respectivamente, y valor $p < 0.001$, ausencia de obstrucción significativa del tracto de salida de la UEG y con media de PIB de 10.16 mmHg (16.9) y valor $p = 0.348$. Para el resto de los trastornos mayores y menores de la peristalsis no fue significativa la relación de la elevación de la PIB (Tabla 1).

Conclusiones: La presión intrabolo sólo se eleva de forma significativa en los pacientes con diagnóstico de acalasia.

Financiamiento: Ninguno.

Dom040

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS EN RELACIÓN A SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS

C. N. Asencio-Barrientos, N. Pérez y López, L. C. Barrios-Lupitou, M. I. S. Mejía-Loza, E. I. Juárez-Valdés, E. García-Ruiz, J. A. González-Angulo, J. H. Moreira-Alcívar, J. I. Hernández-Solís, Hospital Juárez de México

Introducción: La disfagia esofágica y el dolor torácico se han considerado los síntomas cardinales de los trastornos motores esofágicos. Sólo se ha investigado en manometría convencional la correlación de éstos con los trastornos motores esofágicos. Una vez descartada la disfagia obstructiva y el dolor torácico de origen estructural, el siguiente paso es la realización de la manometría esofágica de alta resolución. Sería de gran utilidad conocer si existe un cuadro clínico específico que prediga un posible diagnóstico manométrico, incluso para priorizar la realización de los procedimientos.

Objetivo: Valorar la relación de la presentación clínica con el diagnóstico de trastornos motores esofágicos mediante manometría de alta resolución (MAR).

Material y métodos: Estudio ambispectivo de pacientes valorados en el laboratorio de motilidad gastrointestinal del Hospital Juárez

Tabla 1. Relación de la elevación de la presión intrabolo con los diferentes tipos de trastornos motores esofágico por MAR. (Dom039).

Tipo de trastorno	PRI (mmHg) ^a	Valor p	PIB (mmHg) ^a	Valor p
Obstrucción del tracto de salida de la UEG, n = 35	22.64 (6.6)	0.008	10.16 (16.9)	0.348
Acalasia tipo I, n = 17	24.83 (10.8)	< 0.001	15.1 (6.1)	< 0.001
Acalasia tipo II, n = 24	22.85 (12.7)	0.026	16.74 (5.5)	< 0.001
Motilidad esofágica inefectiva, n = 112	6.44 (3.9)	< 0.001	8.27 (13.2)	0.410
Contractilidad ausente, n = 28	6.56 (3.9)	0.001	2.1 (3.6)	0.549

^aMedia y desviación estándar. PRI, presión de relajación integrada; PIB, presión intrabolo; UEG, unión esofagogástrica.

de México que consultaron por disfagia esofágica o dolor torácico entre el 1 de enero de 2019 y el 28 de febrero de 2020, tras satisfacer los siguientes criterios de exclusión: 1, estudio endoscópico o esofagograma con lesiones estructurales; 2, disfagia esofágica o dolor torácico < 1 vez al mes y de inicio < 3 meses; 3, diagnóstico de cardiopatía isquémica o hipertensiva no controlada; 4, diagnóstico de esofagitis eosinofílica; 5, antecedente de funduplicatura de cualquier tipo; 6, estudios incompletos de MAR. La secuencia de MAR se analizó para IRP, LD y DCI en comparación con los valores medios en las 10 degluciones y se clasificaron los trastornos motores esofágicos según el parámetro de Chicago v3.0. Se utilizó el programa estadístico Jamovi 1.1.9, para la obtención de medias, medianas y porcentajes, prueba χ^2 para análisis de variables categóricas y análisis unidireccional de varianza (ANOVA) para las variables continuas, establecida una $p < 0.05$ como significativa.

Resultados: Se seleccionó a 225 pacientes y se excluyeron 9 casos por ser diagnósticos de poca frecuencia (6 casos con espasmo esofágico difuso, 1 caso de acalasia tipo III y 2 casos de esófago en martillo hidráulico). En total 216, con una mediana de edad de 50 años (11-82) y 140 pacientes femeninos (64.8%); comorbilidades: hipertensión arterial en 24 (11.1%), diabetes mellitus en 18 (8.4%), hipotiroidismo primario en 9 (4.2%) y esclerosis sistémica en 6 (2.8%). Refirieron disfagia esofágica 120 (55.6%), 61 (50.8%) a sólidos, 57 (47.5%) a ambos (sólidos y líquidos) y 2 (1.7%) a semisólidos; dolor torácico en 116 (53.7%). Tipos de trastornos esofágicos: motilidad esofágica inefectiva en 112 (51.9%), obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogástrica (UEG) en 35 (16.2%), contractilidad ausente en 28 (13%) y acalasia tipos II en 24 (11.1%) y tipo I en 17 (7.9%). La disfagia esofágica se presentó en 23 casos (95.8%), la acalasia tipo II en 16 (57.1%), con contractilidad ausente, y en 18 (51.4%) hubo obstrucción del tracto de salida de UEG ($p = 0.001$). La disfagia esofágica sólo a sólidos fue similar en la acalasia tipo I y la contractilidad ausente, seguida de motilidad esofágica inefectiva en 34 (61.8%), con valor $p = 0.009$. La disfagia esofágica a sólidos y líquidos fue mayor en la acalasia tipo II en 20 (87%), seguida de obstrucción del tracto de salida de UEG en 8 (44.4%), con valor $p = 0.009$. El dolor torácico estaba presente con mayor frecuencia: 15 (62.5%) en la acalasia tipo II y el resto de trastornos motores no fue significativo ($p = 0.835$). Ambos síntomas (disfagia esofágica y dolor torácico) se identificaron en todos los pacientes con acalasia tipo II, seguidos de motilidad esofágica inefectiva en 86 (76.8%); valor de $p = 0.043$ (Tabla 1).

Conclusiones: El cuadro clínico puede ser de gran utilidad para sospechar un trastorno motor esofágico mayor antes de la realización de MAR, aunque debe considerarse que también pueden aparecer estos síntomas en trastornos menores de la peristalsis esofágica.

Financiamiento: Ninguno.

Dom041

FRECUENCIA DE HERNIA HIATAL EN LOS DIFERENTES TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS EN MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN

C. N. Asencio-Barrientos, N. Pérez y López, L. C. Barrios-Lupitov, S. M. I. Mejía-Loza, J. H. Moreira-Alcivar, C. P. Jaén-Villanueva, A. B. Vera-Heredia, J. C. Valle-Gonzales, J. L. Aguilar-Álvarez, Hospital Juárez de México

Introducción: La hernia hiatal es una protrusión o prolapso del estómago proximal o cualquier estructura no esofágica a través del hiato esofágico y la más común es la de tipo I o deslizante. Se ha relacionado con mayor frecuencia la hernia de hiato tipo 1 con el trastorno de obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogástrica (UEG) en hallazgos manométricos. Los estudios previos han descrito que la manometría de alta resolución (MAR) tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad de 95% para la detección de hernia hiatal, mayor a la sensibilidad de la endoscopia o la radiografía sola (ambas con 73%). No se han realizados estudios en los que se evidencie la frecuencia de hernia hiatal por hallazgo manométrico, sólo si se solicita para un estudio de reflujo gastroesofágico o un estudio inicial de disfagia esofágica.

Objetivo: Determinar la frecuencia de hernia hiatal en los diferentes trastornos motores esofágicos con manometría de alta resolución.

Material y métodos: Estudio ambispectivo de pacientes valorados y registrados en el laboratorio de motilidad gastrointestinal del Hospital Juárez de México, que consultaron por disfagia esofágica o dolor torácico entre el 1 de enero de 2019 y el 28 de febrero de 2020, tras cumplir los siguientes criterios de exclusión: 1, presencia de hernia hiatal tipo II por endoscopia o esofagograma; 2, antecedente de funduplicatura de cualquier tipo; 3, estudios incompletos de MAR. La secuencia de MAR se analizó para IRP, LD y DCI en comparación con los valores medios en las 10 degluciones de pruebas sistemáticas. Se clasificaron los trastornos mayores y menores de la peristalsis, así como la unión esofagogástrica de acuerdo con la escala de Chicago v3.0. Se empleó el programa estadístico Jamovi 1.1.9 para obtención de medias, medianas y porcentajes.

Resultados: Se seleccionó a 225 pacientes y se excluyeron 9 casos por ser diagnósticos de poca frecuencia (6 casos con espasmo esofágico difuso, 1 caso de acalasia tipo III y 2 casos de esófago en martillo hidráulico). En total 216, con mediana de edad de 50 años (11-82) y 140 pacientes femeninos (64.8%); comorbilidades: hipertensión arterial en 24 (11.1%), diabetes mellitus en 18 (8.4%), hipotiroidismo primario en 9 (4.2%) y esclerosis sistémica en 6 (2.8%).

Tabla 1. Relación de síntomas con los diferentes tipos de trastornos motores esofágicos por MAR. (Dom040).

Tipo de síntoma	OTS de UEG, n = 35	Acalasia tipo I, n = 17	Acalasia tipo II, n = 24	MEI, n = 112	CA, n = 28	Valor p
Disfagia esofágica ^a	18 (51.4)	8 (47.1)	23 (95.8)	55 (49.1)	16 (57.1)	0.001
Sólo a sólidos ^a	9 (50)	5 (62.5)	3 (13)	34 (61.8)	10 (62.5)	0.009
Sólo a semisólidos ^a	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.8)	0 (0.0)	0.009
Ambos (sólidos y líquidos) ^a	8 (44.4)	3 (37.5)	20 (87)	20 (36.4)	6 (37.5)	0.009
Dolor torácico ^a	17 (48.6)	10 (58.8)	15 (62.5)	60 (53.6)	14 (50)	0.835
Ambos síntomas (dolor torácico y disfagia esofágica) ^a	23 (65.7)	13 (76.5)	24 (100)	86 (76.8)	21 (75)	0.043

^aNúmero (porcentaje). UEG, unión esofagogástrica; OTS, obstrucción del tracto de salida; MEI, motilidad esofágica inefectiva; CA, contractilidad ausente.

Refirieron disfagia esofágica 120 (55.6%), 61 (50.8%) a sólidos, 57 (47.5%) a ambos (sólidos y líquidos) y 2 (1.7%) a semisólidos; dolor torácico en 116 (53.7%). El trastorno motor más frecuente fue la motilidad esofágica inefectiva en 112 (51.9%), seguido de obstrucción del tracto de salida de UEG en 35 (16.2%), contractilidad ausente en 28 (13%), acalasia tipos II en 24 (11.1%) y tipo I en 17 (7.9%). En total se diagnosticó hernia hiatal en 26 casos (12%) y de éstos el 80.76% se consideró ≥ 5 cm; como presentación atípica de síntomas en los pacientes se registraron disfagia esofágica en 12 (46.2%), dolor torácico en 14 (53.8%) y ambos síntomas en 18 (69.23%). La obstrucción del tracto de salida de UEG y la motilidad esofágica inefectiva son los que mostraron la mayor frecuencia de hernia hiatal: 6 (17.14%) y 18 (16.07%), respectivamente; de éstos, la mayoría correspondió a hernia hiatal ≥ 5 cm (Tabla 1).

Conclusiones: La hernia hiatal es más frecuente en la obstrucción del tracto de salida de la UEG y en la motilidad esofágica inefectiva; en esta población es más común la hernia hiatal ≥ 5 cm.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Relación de hernia hiatal y su tamaño con los diferentes tipos de trastornos motores esofágicos por MAR. (Dom041).

Tipo de trastorno	HH:	HH:	Total (HH) ^a
	3 a < 5cm ^a	≥ 5 cm ^a	
Obstrucción del tracto de salida de la UEG, n = 35	1 (16.66)	5 (83.33)	6 (17.14)
Acalasia tipo I, n = 17	0 (0.0)	1 (100)	1 (5.88)
Acalasia tipo II, n = 24	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Motilidad esofágica inefectiva, n = 112	4 (22.22)	14 (77.78)	18 (16.07)
Contractilidad ausente, n = 28	0 (0.0)	1 (100)	1 (3.57)

^aNúmero (porcentaje). UEG, unión esofagogástrica; HH, hernia hiatal.

Dom042

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA IMPEDANCIA BASAL NOCTURNA MEDIA (IBNM) PARA DIFERENCIAR ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO DE TRASTORNOS FUNCIONALES ESOFÁGICOS.

A. A. Molina-Villena, Y. Zamorano-Orozco, E. Suárez-Morán, V. Fuentes-Ernult, K. C. Trujillo-de la Fuente, A. L. Desales-Iturbe, C. E. Sanchezborja-Leal, A. Villar-Tapia, C. I. Blanco-Vela, Hospital Español de México

Introducción: El diagnóstico de ERGE se define por la presencia de hallazgos endoscópicos o exposición al ácido, ya determinados y validados; sin embargo, existen valores que son no concluyentes para establecer el diagnóstico con certeza. La IBNM ha mostrado valores más bajos en los pacientes con ERGE con respecto a trastor-

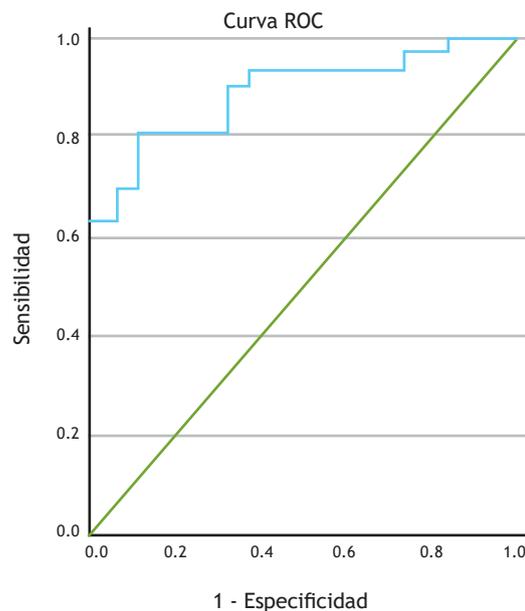
nos funcionales que se presentan clínicamente de manera similar, y puede emplearse para discernir en los casos en los que otros hallazgos no perfilen con certeza un diagnóstico.

Objetivo: Determinar la utilidad diagnóstica de la impedancia basal nocturna media para diferenciar la enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva de los trastornos funcionales: pirosis funcional y esófago hipersensible.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo. Se incluyó a pacientes sometidos a estudio de impedanciometría-pH como abordaje de pirosis como síntoma predominante, sin evidencia concluyente de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) (esofagitis B y C de Los Ángeles, esófago de Barrett de segmento largo o exposición anormal al ácido en estudios de pH o impedancia-pH previos) con técnica de *off*, durante el año 2019 en el HGR No. 1 "Carlos MacGregor Sánchez Navarro".

Resultados: Se incluyó a 49 pacientes, de los cuales el 77.6% (n = 33) corresponde al género femenino; el promedio de edad es de 53.31 años, con un intervalo de 28 a 78 años. Distribución de acuerdo con los diagnósticos: ERGE en 19 pacientes (38.8%), pirosis funcional (PF) en 16 (32.7%), hipersensibilidad al ácido (HA) en 14 (28.6%). La mediana del tiempo de exposición al ácido (TEA) fue de 9.9%, 1.6% y 3.25%, respectivamente; de la escala de DeMeester de 33.5, 5.2 y 11.4 de acuerdo con cada grupo; y de la IBNM de 822, 2 048 y 1 560 ohmios, respectivamente. Según el análisis entre grupos (ERGE, PF e HA), para la escala de DeMeester y del tiempo de exposición al ácido, se obtuvo significancia estadística para ambos parámetros. En cuanto al valor de IBNM, los valores fueron significativamente más bajos al comparar tan sólo con PF, y no fueron significativos para HA. En el análisis de ROC (Fig. 1) se obtiene un área bajo la curva para IBNM de 0.899, con valores de corte menores de 1 488 ohmios para diferenciar los casos de enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosivo de los trastornos funcionales (especificidad del 66% y sensibilidad del 94%) en este grupo de pacientes.

Figura 1. Análisis ROC para IBNM. (Dom042).



Conclusiones: De acuerdo con los resultados obtenidos, la IBNM menor de 1 488 ohmios es una herramienta útil para diferenciar a pacientes con ERGE de la PF o HA, sobre todo en los casos en los que los parámetros ya establecidos antes no sean concluyentes.

Financiamiento: No se recibió.

Dom043

GASTROPATÍA CRÓNICA. REPORTE ENDOSCÓPICO Y HALLAZGOS HISTOLÓGICOS

J. H. Moreira-Alcívar, E. Juárez-Valdez, S. M. I. Mejía-Loza, A. Llorente-Ramón, C. Asencio-Barrientos, J. Hernández-Solís, H. W. Citalán-Poroj, Hospital Juárez de México

Introducción: La gastritis crónica tiene presentación clínica variable y, dado que se ha notificado en más del 80% de los estudios endoscópicos, se registra su aparición; en evidencias actuales se comunica el riesgo de evolucionar al cáncer gástrico. En consecuencia es necesaria la detección temprana mediante endoscopia y su caracterización adecuada con los estudios histológicos.

Objetivo: Determinar los hallazgos histológicos relacionados con gastropatía crónica en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en el Hospital Juárez de México.

Material y métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo realizado en el Hospital Juárez de México en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2019, que incluye todos los expedientes de pacientes sometidos a estudios endoscópicos con diagnóstico de gastritis crónica y que cumplieran con los criterios de inclusión.

Resultados: Se analizaron 476 expedientes con informe endoscópico de gastropatía crónica; el 72.6% (n = 346) contaba con estudios de histopatología. Predominó el sexo femenino con 78.79% (n = 238). La edad promedio fue de 52.5 ± 15.91 años. Al 91% se le aplicó el protocolo de Sidney modificado (n = 315) para la toma de biopsias. Los estudios histopatológicos identificaron con mayor frecuencia gastritis crónica folicular en 51.73% (n = 179), seguida de gastritis crónica atrófica con 31.22% (n = 108), gastropatía reactiva con 16.47% (n = 57), linfoma de Burkitt con 0.29% (n = 1) y adenocarcinoma moderadamente diferenciado con 0.29% (n = 1). Se añadieron metaplasia intestinal en 16.47% (n = 57) y displasia de bajo grado en

2.02% (n = 7). Se reconoció *Helicobacter pylori* en 58.96% (n = 204). **Conclusiones:** Se observó que en pacientes con imágenes endoscópicas consistentes con gastropatía crónica, los principales hallazgos histopatológicos fueron la gastropatía crónica folicular y la gastropatía crónica atrófica; asimismo, en proporciones no insignificantes, se identificaron metaplasia intestinal y displasia, lo que señala la necesidad de una caracterización apropiada con estudios histopatológicos, ya que estas dos últimas requieren seguimiento endoscópico y posible tratamiento temprano de la lesión. Además, alrededor de la mitad de los casos reveló un nexo con *Helicobacter pylori*. No fue posible establecer el grado OLGA para determinar el riesgo de evolución a cáncer gástrico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom044

HALLAZGOS EN ENDOSCOPIA SUPERIOR, ILEO-COLONOSCOPIA E HISTOPATOLOGÍA DE PACIENTES CON VIH Y DIARREA CRÓNICA

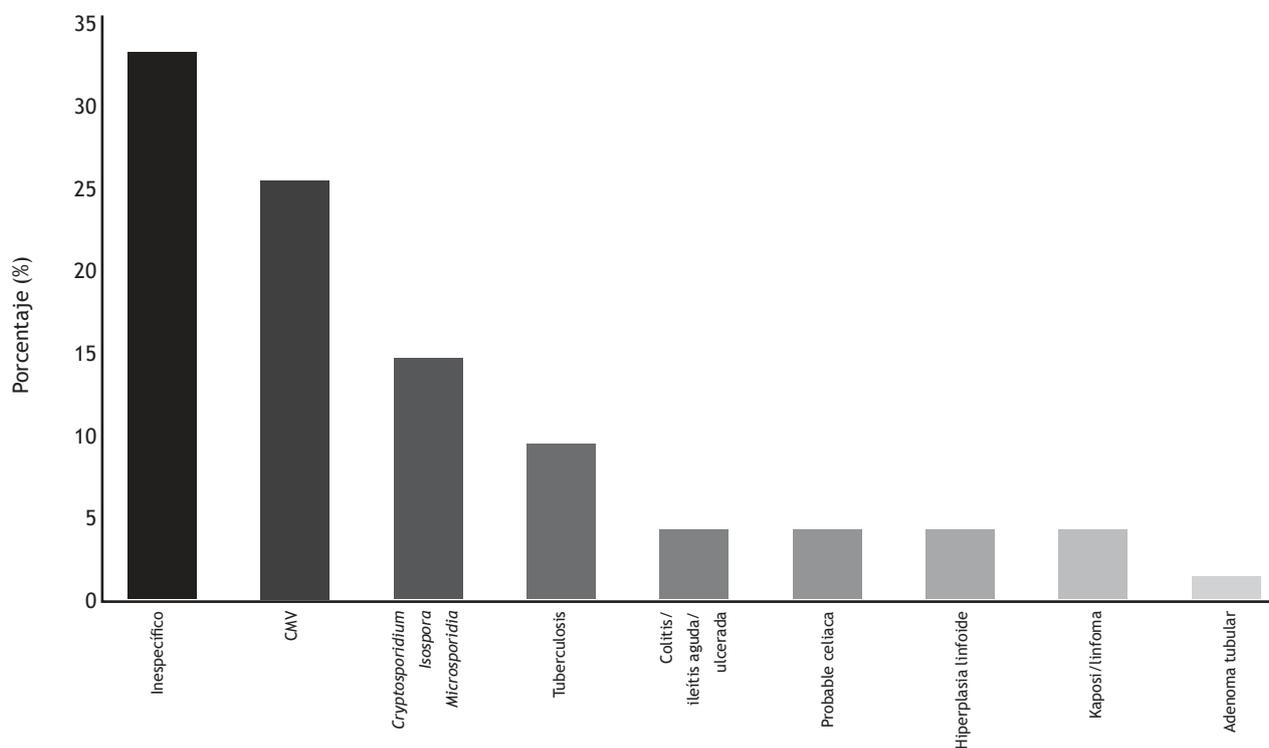
L. A. Revuelta-Rodríguez, J. Gutiérrez-Ortiz, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Introducción: La diarrea crónica afecta a casi 5% de la población, cifra que se incrementa hasta 50% en el caso de pacientes con VIH. Sólo en ciertos pacientes se requieren estudios endoscópicos, por lo cual el objetivo es describir los hallazgos endoscópicos e histopatológicos en sujetos con VIH y diarrea crónica.

Objetivo: Determinar la incidencia de hallazgos macroscópicos e histológicos en endoscopia superior e ileocolonoscoopia en pacientes con diarrea crónica y VIH.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional y se describieron los hallazgos macroscópicos en endoscopias superiores e

Figura 1. Histopatología de la mucosa ileocolónica de pacientes con VIH y diarrea crónica. (Dom044).



ileocolonoscopias, así como histopatología de la mucosa gastroduodenal e ileocolónica de pacientes con VIH y diarrea crónica, obtenidos de los departamentos de endoscopia y patología del INCMNSZ.

Resultados: Se analizó un total de 72 ileocolonoscopias y 52 endoscopias superiores, con resultado macroscópicamente normal en el 51.38% y 38.88%, respectivamente, seguido de úlceras/erosiones en el 23.61% y gastropatía eritematosa en el 14.81%, respectivamente. En términos histológicos se encontraron hallazgos inespecíficos en la mucosa ileocolónica y gastroduodenal en el 33.33% y 46.15%, respectivamente. En la mucosa ileocolónica fue común la infección por CMV (25.33%) y en la mucosa gastroduodenal la infección por *Isoospora/Cryptosporidium* (13.46%), en conjunto con otros microorganismos, se identificó infección en el 49.32% de la mucosa ileocolónica y 25% en la gastroduodenal (Fig. 1). Hubo un alto porcentaje de mucosa macroscópicamente normal, pero con histología anormal (54%); por el contrario, los pacientes con mucosa macroscópicamente anormal tenían histología anormal en el 83%. Los hallazgos positivos en la endoscopia predicen datos histológicos anormales en un gran porcentaje y los hallazgos macroscópicos negativos no excluyen alteración histológica.

Conclusiones: Los hallazgos histopatológicos inespecíficos son altos, si bien el porcentaje de infecciones en pacientes con VIH es considerable, por lo cual los estudios endoscópicos pueden ser una gran herramienta en pacientes con VIH y diarrea crónica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom045

PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE ATENCIÓN DE PACIENTES COVID DURANTE LA PANDEMIA EN MÉXICO

K. A. Soto-Hernández, P. J. Gutiérrez-Camacho, E. S. Galvis-García, R. Y. López-Pérez, V. H. Fúnez-Madrid, F. T. Andrea, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción: Desde que la OMS declaró al COVID-19 una pandemia global, los sistemas de salud de todo el mundo instituyeron nuevas medidas con el fin de priorizar los servicios médicos indispensables. Diversas organizaciones publicaron al inicio de la pandemia material de apoyo y recomendaciones tras considerar el riesgo de infección y necesidad de la intervención para priorizar los procedimientos y su urgencia, así como las complicaciones relacionadas con los retrasos en su realización.

Objetivo: Resumir las indicaciones, hallazgos, procedimientos, precauciones y flujo de trabajo durante la pandemia de COVID-19 desde la experiencia institucional con referencia en recomendaciones recientes.

Material y métodos: Investigación clínica, serie de casos y estudio retrospectivo, monocéntrico y descriptivo.

Resultados: Se realizaron 266 procedimientos urgentes en el periodo del 23 de marzo de 2020 al 14 de junio de 2020. El sexo fue masculino en 54.5% y femenino en 45.4%. La edad media fue de 52.9 ± 15.6 años. Las indicaciones para efectuar EGD fueron hemorragia digestiva en 131/186 (70%), obstrucción esofágica en 17/186 (9.1%), apoyo nutricional enteral en 11/186 (5.9%), intolerancia a la vía oral en 7/186 (3.7%), estudios sensibles a historia y riesgo de evolución natural en 7/186 (3.7%) y otras en 13/186 (6.9%). Los hallazgos endoscópicos en los pacientes por hemorragia digestiva fueron en 45/131 (34%) causas variceales, en quienes se practicó ligadura en 82% y escleroterapia en 17%. De los pacientes de origen no variceal (66/131, 50%), exigieron tratamiento endoscópico urgente 13/66 (19%) de los pacientes. Los otros hallazgos en sujetos con indicación de hemorragia fueron neoplasias del tracto digestivo superior en 15/131 (11%).

En los individuos que necesitaron procedimientos terapéuticos, como apoyo nutricional urgente, se realizaron cinco gastrostomías endoscópicas y seis sondas de colocación nasointestinal guiada por endoscopia. En el caso de obstrucción esofágica, se realizó extracción exitosa de cuerpos extraños en cinco pacientes y en ellos no se presentaron complicaciones inmediatas en ninguno de los casos. El hallazgo endoscópico en el resto de los casos de obstrucción aguda fue la estenosis benigna y maligna en 12 pacientes y se realizó dilatación endoscópica con balón en 3 de 12 pacientes. Se efectuaron 46 colonoscopias cuya indicación principal en 58% fue la hemorragia digestiva baja y el hallazgo endoscópico más frecuente fue la neoplasia colorrectal. Entre los procedimientos de vía biliar se llevaron a cabo en ese periodo 34, cuya indicación más común fue la colangitis en 19/34 (55%) y el hallazgo más frecuente la coledocolitiasis. Las principales medidas impulsadas y el flujo de trabajo en este centro durante la pandemia fueron priorizar el motivo de estudio, mantener una distancia mínima de 1.5 m en el área de recuperación, usar cubrebocas en todos los pacientes, establecer priorización respiratoria, emplear cubrebocas N95 por personal médico, utilizar ropa exclusiva en área de trabajo, portar protección ocular y doble capa de guantes desechables, usar caja de acrílico y sala exclusiva en caso confirmado o sospechoso, instituir desinfección posterior al procedimiento con solución clorada y aplicar radiación ultravioleta.

Conclusiones: La pandemia de COVID-19 ha alterado el flujo de trabajo y la seguridad de las unidades de endoscopia gastrointestinal en todo el mundo. La endoscopia es resolutive, segura y eficaz, y se considera un procedimiento de alto riesgo; sin embargo, hay urgencias y pacientes en los que no puede retrasarse o esperarse a la evolución de la pandemia, dado el efecto que podría tener en la vida del sujeto y la evolución natural de las enfermedades; esto le confiere a la endoscopia gastrointestinal un papel primordial en la atención a pacientes.

Financiamiento: Este trabajo no recibió patrocinio total o parcial.

Dom046

ANÁLISIS SOBRE EL IMPACTO DEL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INGRESO HOSPITALARIO HASTA LA ENDOSCOPIA EN SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO NO VARICEAL EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO

D. González-Hermosillo Cornejo, M. Sabanés-Hernández, N. E. Aguilar-Olivos, Hospital Médica Sur

Introducción: La endoscopia es la norma de referencia para el diagnóstico y tratamiento en el STDA no variceal; sin embargo, el tiempo óptimo para llevar a cabo el estudio es aún controversial para algunos grupos de pacientes y la situación de México es diferente respecto de otros países. Los resultados del tiempo desde el ingreso hasta el tratamiento endoscópico se han estudiado poco en este medio y el análisis de estos sujetos ayudaría a validar las recomendaciones en esta población.

Objetivo: Analizar el efecto del tiempo transcurrido desde el ingreso hasta la endoscopia, en pacientes con STDA no variceal, en un hospital de la Ciudad de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal que incluyó a todos los pacientes hospitalizados con diagnóstico de STDA no variceal en el periodo comprendido entre enero del 2015 y diciembre del 2017 en el hospital de los autores; se revisaron los informes de endoscopia y expedientes en busca de las variables de estudio. Se dividió a los pacientes en dos grupos de acuerdo con el tiempo transcurrido para el estudio endoscópico con un corte de 6 horas y se efectuó el análisis estadístico con el programa Stata v14.1 para comparar los desenlaces.

Resultados: De 126 pacientes, la media de edad fue de 69.5 años, con 72 (57%) hombres y 122 (97%) que recibieron IBP. Hasta 84 (67%) requirieron hemostasia endoscópica, 11 (9%) sufrieron resangrado, 37 (29%) ingresaron a segunda revisión y 67 (53%) fueron objeto de transfusión. El 50.79% de los pacientes pudo entrar a revisión endoscópica en menos de 6 horas desde su ingreso hospitalario, mientras que el 49.21% tuvo un retraso de al menos 6 horas antes de pasar a endoscopia. Al comparar desenlaces entre ambos grupos, la única diferencia significativa fue que en el grupo que ingresó a endoscopia en menos de 6 horas se llevaron a cabo más maniobras de hemostasia endoscópica ($p = 0.04$), sin que esto modificara la mortalidad, el resangrado u otros desenlaces.

Conclusiones: Este estudio se asemeja al descrito en las publicaciones médicas recientes y por tanto se recomienda el apego a las guías internacionales en esta población.

Financiamiento: Ninguno.

Dom047

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE I-SCAN 2 PARA LA DETECCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS GÁSTRICAS

A. Bonilla-Ramos, M. A. Herrera-Servín, E. S. Galvis-García, C. Tenorio-Flores, E. Ornelas-Escobedo, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México

Introducción: En México no hay recomendaciones para la detección de neoplasias del tracto gastrointestinal superior en la población general. La identificación de lesiones premalignas gástricas permite la detección oportuna y el tratamiento temprano. La endoscopia con luz blanca puede pasar por alto una cantidad significativa de lesiones gástricas. La cromoendoscopia vital/digital hace posible incrementar la detección de lesiones premalignas gastrointestinales. La cromoendoscopia digital con I-scan 2 se ha establecido para la caracterización de las lesiones.

Objetivo: Valorar la precisión diagnóstica de la endoscopia gastrointestinal superior con cromoendoscopia digital de tipo I-scan 2 para la detección y caracterización de lesiones premalignas gástricas.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y de precisión diagnóstica. Se calculó un tamaño de muestra de 165 individuos para tener un margen de error del 5% con un grado de confianza del 95%. Se realizó el estudio endoscópico de forma convencional y considero un tiempo de inspección gástrico de 2 minutos para luz blanca HD y 2 minutos para I-scan 2. Se tomaron biopsias de lesiones sospechosas y se adoptó el protocolo de Sídney.

Resultados: Se incluyó a 157 pacientes. Edad promedio: 50 años, con 62% de pacientes femeninos. Prevalencia de lesiones premalignas: *H. pylori* (32%), metaplasia intestinal (20%) y atrofia (3%). Inspección con luz blanca HD para la detección de lesiones premalignas: VPP (63%), VPN (77%), precisión (70%), sensibilidad (71%) y especificidad (69%). Inspección con I-scan 2 para la detección de lesiones premalignas: VPP (69%), VPN (77%), precisión (70%), sensibilidad (76%) y especificidad (65%). Detección con I-scan 2 para metaplasia intestinal: VPP (95%), VPN (86%), precisión (88%), sensibilidad (70%) y especificidad (98%). Detección con luz blanca HD para metaplasia intestinal: VPP (74%), VPN (83%), precisión (80%), sensibilidad (57%) y especificidad (91%). Detección con I-scan2 para *H. pylori*: VPP (61%), VPN (98%), sensibilidad (95%), especificidad (80%) y precisión (83%). Detección con luz blanca HD para *H. pylori*: VPP (74%), VPN (83%), sensibilidad (57%), especificidad (81%) y precisión (80%). Detección con I-scan2 para atrofia gástrica: VPP (26%), VPN (98%), precisión (77%), sensibilidad (83%) y especificidad (77%). En cuanto a las razones de

verosimilitud, el uso de I-scan 2 incrementó 3.7 veces más la detección de *H. pylori*; 6 veces más el reconocimiento de metaplasia intestinal; y 2.6 veces más la identificación de atrofia gástrica. La probabilidad posterior a la prueba para metaplasia intestinal fue del 60%, para *H. pylori* de 70% y para atrofia de 9.9%.

Conclusiones: El I-scan 2 es útil para identificar y caracterizar lesiones premalignas gástricas en comparación con la endoscopia con luz blanca de alta definición.

Financiamiento: Este trabajo no contó con financiamiento.

Dom048

DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIDAS ENDOSCÓPICAS Y DE PATOLOGÍA EN LOS PÓLIPOS DEL COLON

D. A. Barraza-Ortiz, A. G. Valladares-Pasquel, E. O. Ceballos-Romero, S. K. Astudillo-Gómez, A. I. Hernández-Guerrero, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: La vigilancia endoscópica de los pacientes con pólipos colónicos difiere según sean < 10 o ≥ 10 mm, estos últimos con vigilancias endoscópicas más estrechas. En ocasiones, las determinaciones endoscópicas son subjetivas; trabajos previos han demostrado una sobreestimación endoscópica del tamaño de los pólipos hasta del 50% cuando se compara con la medición por patología.

Objetivo: Establecer la frecuencia de sobreestimación del tamaño de los pólipos durante la colonoscopia en comparación con la medición por patología.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pólipos detectados por colonoscopia en una institución de tercer nivel de junio del 2019 a abril del 2020. Los criterios de inclusión fueron pólipos que tenían registro por endoscopia y patología de su tamaño. Los criterios de exclusión fueron pólipos resecaados en *piecemeal*, pólipos sin informe de su tamaño en endoscopia y en patología, y pólipos resecaados en forma incompleta. Se consideró como la norma de referencia la medición por patología. Se analizaron variables demográficas y, para fines de estudio, se dividió en pólipos < 10 mm contra ≥ 10 mm. Se realizó un análisis univariado con χ^2 para diferencia de proporciones y se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. Se empleó el programa estadístico SPSS V.22.

Resultados: De un total de 426 pólipos, se excluyeron 193 por cumplir criterios de exclusión. Se incluyeron 233 pólipos para su análisis: adenomas (68.7%), hiperplásicos (29.6%) y serrados (1.7%), de un total de 137 pacientes; sexo masculino en 50.6% y edad media de 62.5 años. El promedio de tamaño por patología fue de 5.7 mm del total de los pólipos (Tabla 1). Hasta 44 pólipos se determinaron por medios endoscópicos como ≥ 10 mm y de éstos el 34.1% fue < 10 mm por estudio de patología. Una cifra de 188 pólipos se consideró < 10 mm por endoscopia y el 4.2% fue ≥ 10 mm por patología. De acuerdo con su morfología, se observó una tendencia a sobreestimar con la endoscopia el tamaño, más en pediculados (45%), seguidos de los hiperplásicos (31%) y los sétiles (25%), sin alcanzar diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.096$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de sobreestimación de acuerdo con las siguientes variables: sexo ($p = 0.380$), histología ($p = 0.119$) y localización del pólipo ($p = 0.651$).

Conclusiones: En este estudio se reconoció diferencia sustancial entre la medición endoscópica y de patología en pólipos del colon. Alrededor de un tercio de los pólipos denominados avanzados ≥ 10 mm por endoscopia fue < 10 mm en la medición real por patología. Es importante hacer énfasis en los métodos de medición endoscópica adecuados para reducir esta diferencia.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características de los pacientes y pólipos. (Dom048).

	Adenomas (160)	Serrados (4)	Hiperplásicos (69)	Total (233)
Edad (media)	64.1	61.7	58.8	62.5
Sexo				
--Masculino (%)	92 (57.9)	2 (50)	24 (34.8)	118 (50.6%)
Tamaño del pólipo por patología (mm)	6.1	7.2	4.0	5.7
Localización, n (%)				
--Colon derecho	74 (46.5)	3 (75)	36 (53.7)	114 (48.9)
--Colon izquierdo	73 (45.9)	0 (0)	20 (29.9)	94 (40.3)
--Recto	12 (7.5)	1 (25)	11 (16.4)	25 (10.7)
Morfología (%)				
--Pediculados	31 (19.5)	1 (25)	6 (9)	40 (17.2)
--Sésiles	111 (69.8)	1 (25)	52 (77.6)	164 (70.4)
--Planos/ deprimidos /ulcerados	17 (10.7)	2 (50)	9 (13.4)	29 (12.4)

Dom049

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN LESIONES SUBEPITELIALES DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO

J. G. López-Fuentes, L. A. Waller-González, R. Soto-Solís, G. M. Reyes-Aguilar, F. J. Flores-Rentería, M. R. Pineda-De la Paz, T. J. Galicia-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: Las lesiones subepiteliales (LSE) comprenden un conjunto de hallazgos endoscópicos que semejan un abultamiento de la pared intestinal, a menudo cubierto por mucosa intacta; su diagnóstico diferencial incluye lesiones benignas, potencialmente malignas y malignas no discernibles mediante estudios endoscópicos convencionales. Durante más de 20 años su abordaje ha evolucionado de forma notoria tras la introducción del ultrasonido endoscópico (USE) y en fecha reciente la disposición de tejido ha permitido mejorar el cuidado de los pacientes.

Objetivo: Describir la utilidad diagnóstica del USE en la valoración de LSE del tracto digestivo alto.

Material y métodos: Estudio de prueba diagnóstica que incluyó a pacientes programados para endoscopia por lesiones subepiteliales del tracto digestivo alto durante el periodo comprendido entre enero del 2016 y marzo del 2020 en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre y valorados con videoendoscopia y USE. Se consideraron características relacionadas el carácter maligno: tamaño > 30 mm, adenopatías regionales, ecogenicidad heterogénea y bordes irregulares. La presencia de tumoración maligno se confirmó por histopatología, a partir de muestras por punción con aguja fina.

Resultados: De un total de 65 pacientes referidos por LSE se incluyó a 41 con LSE confirmada, 83% correspondió a mujeres y la mediana de edad fue de 61 años (RIC, 49-69). Se realizó USE en 25 de 41 pacientes (60.9%) y de ellos 14 se sometieron a biopsia. Localización de la LSE: 9.75% en esófago, 73.1% en estómago y 17% en duodeno, con un tamaño de 17.5 mm (RIC, 10.6-35.2). Se determinó carácter maligno por criterios de USE en 8/25 (32%), de los cuales 6/8 pacientes (75%) se confirmaron por histopatología. Para diagnosticar malformación maligna con el USE se obtuvieron sensibilidad de 100% (IC95%, 51-100), especificidad de 62.5% (IC95%, 30.5-86.3), VPP de 57.1% (IC95%, 25-84), VPN de 100% (IC95%, 56.6-100) y exactitud diagnóstica de 75% (IC95%, 46.8-91.14). Todas las lesiones malignas se trataron.

Conclusiones: El USE posee alta sensibilidad y especificidad en la valoración diagnóstica de las LSE del tracto digestivo alto; éstas se incrementan al realizar biopsia por punción con aguja fina, sobre todo cuando se efectúan dos pases.

Financiamiento: No aplica.

Dom050

TERAPIA CON POLVO MINERAL HEMOSTÁTICO EN HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL ALTA

E. Alzúa-Pichardo, E. Ornelas-Escobedo, K. A. Soto-Hernández, C. Tenorio-Flores, E. S. Galvis-García, M. A. Herrera-Servín, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México

Introducción: La hemorragia gastrointestinal representa una alteración que puede poner en riesgo la vida y es una indicación principal para la realización de endoscopia. Su incidencia se aproxima a 150 pacientes por cada 100 000 personas/año, con una tasa de mortalidad hasta de 10%. Hay múltiples fuentes de hemorragia que pueden identificarse y, de acuerdo con el tipo de lesión, puede realizarse la hemostasia. De estos pacientes, en 10% a 30% no puede obtenerse hemostasia o hay recurrencia temprana de la hemorragia. Los polvos hemostáticos son un tratamiento relativamente nuevo con una tasa de éxito elevada, si bien con una tasa de recurrencia de la hemorragia hasta de 38.9%.

Objetivo: Valorar el rendimiento del tratamiento con polvo mineral hemostático (Hemospray) para los diferentes tipos de hemorragia digestiva alta.

Material y métodos: Estudio observacional, de tipo serie de casos, efectuado entre septiembre de 2018 y mayo de 2020. Se incluyó a pacientes consecutivos sometidos a endoscopia superior y con hemorragia digestiva activa. Los datos recolectados se resumieron con estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyó a 54 pacientes con hemorragia digestiva alta a los cuales se les aplicó polvo mineral hemostático. El 53.7% correspondió a hombres (n = 29), con una edad media de 55.7 ± 17.9 años. Se observaron diferentes hallazgos endoscópicos, el más frecuente de los cuales fue la úlcera péptica (48.1%), seguida de la neoplasia ulcerada (24.1%), la hemorragia por várice gástrica (11.1%), las úlceras posteriores a ligadura (7.4%), la hemorragia por várices esofágicas (3.7%), la hemorragia posterior a esfinterotomía (3.7%) y la hemorragia de Mallory-Weiss (1.9%). La hemorragia fue

de tipo en capa en el 77.8% de los casos y en chorro en el 22.1%. La hemoglobina media al ingreso fue de 8.3 ± 2.1 g/dl, a las 24 h de 8.2 ± 1.6 g/dl, a las 48 h de 8.7 ± 1.7 g/dl y a las 72 h de 8.2 ± 3.5 g/dl. Se observó una tasa de éxito del 100%, así como una tasa de recidiva de la hemorragia del 20.4% ($n = 11$), con 45.5% en las primeras 24 h, 9% en las 48 h y 45.5% a las 72 h. El tipo de tratamiento fue la monoterapia en 70.4%, tratamiento dual en 22.2% y triple en 7.4%. Como tratamiento doble ($n = 12$) se utilizó adrenalina en 83.3% y broche metálico en 17.7%. Como modalidad triple ($n = 4$) se administró adrenalina y argón en 50% y adrenalina y broche metálico en otro 50%. La tasa de mortalidad relacionada con la recidiva de la hemorragia fue del 11.1% y se identificó una disminución no significativa en el grupo de tratamiento primario respecto del tratamiento de rescate.

Conclusiones: En este estudio se identificó una tasa de éxito del polvo mineral hemostático del 100%, con recurrencia de la hemorragia del 18.5%, la cual se presentó después de 24 h en el 54.5% de estos casos. En consecuencia, la aplicación del tratamiento con polvo mineral hemostático para el control de la hemorragia gastrointestinal aguda es efectivo.

Financiamiento: Ninguno.

Dom051

PRECISIÓN DE USO DE CROMOENDOSCOPIA I-SCAN 2 PARA LA DETECCIÓN DE PÓLIPOS COLORECTALES EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO (HGM)

V. Oregel-Aguilar, L. F. Torreblanca-Sierra, M. A. Herrera-Servín, S. E. Galvis-García, E. Ornelas-Escobedo, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción: La mayoría de los CCR se puede prevenir cuando se efectúa una detección temprana con eliminación de los pólipos precancerosos durante la colonoscopia. El uso de i-Scan de alta definición se basa en el procesamiento de la imagen captada por el CCD (*charge coupled device*) del endoscopio para aumentar el contraste de las estructuras vasculares y de los patrones de la mucosa del tracto digestivo con resoluciones ópticas hasta de 1 300 000 píxeles, lo que favorece la detección de lesiones.

Objetivo: Valorar la precisión diagnóstica de la tecnología i-Scan 2 de Pentax para la predicción de riesgo durante las colonoscopias de detección.

Informe de casos: se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, en el que se incluyó a todos los pacientes que durante la colonoscopia tuvieron como hallazgo adenomas mayores de 10 mm. Se eliminaron aquellos en los que por cualquier causa no se completó la colonoscopia y con adenomas menores de 10 mm o con escala de Boston menor de 8. Se valoraron edad, sexo, escala de Boston, localización anatómica y tamaño de los adenomas, tiempo de entrada y retirada, intubación cecal, uso de luz blanca con intercambio de agua durante la entrada y aplicación de la tecnología i-Scan 1 con insuflación durante la retirada. Al localizar el pólipo se evaluó con i-Scan 2 durante 120 segundos y se caracterizó con la escala de París para determinar la morfología, NICE para predicción de riesgo y KUDO para el patrón glandular, así como el resultado histopatológico.

Discusión: Se analizaron 200 pólipos del 15 de septiembre al 15 de noviembre del 2019 y se identificó a 40 pacientes con un total de 45 pólipos colorrectales mayores de 10 mm; un mismo residente y un mismo endoscopista experto valoraron los pólipos con un colonoscopio Pentax modelo ik540. El 66.3% correspondió a mujeres, 35 tuvieron 1 solo pólipo y 5 mostraron 2 o más, con una edad media

de 41.2 años. El tiempo promedio de llegada al ciego fue de 8.4 min y retirada de 11.3 min, con intubación cecal en el 100% de los casos. Del total de 200 pacientes, 60% tenía una calificación de Boston de 8 y 40% de 9. El promedio del tamaño de los pólipos fue de 10 a 12 mm, dos de 3 cm y 1 de 5 cm, medidos con una regla a su extracción. Localización de los pólipos: colon descendente en 26.6%, sigmoideas en 20%, recto en 15.5%, ciego en 13.3%, ascendente en 13.3%, transversal en 4% y flexuras en 2.5%. Todos los pólipos se resecaron con asa caliente previa elevación, sin complicaciones. De acuerdo con su morfología, el 82% correspondió a París O Is y el 18% a París O Ip. Con el sistema de cromosendoscopia i-Scan 2 se valoró el patrón glandular de acuerdo con la clasificación de KUDO y se identificaron los tipos I (22%), II (8.8%), III (25%), IIIs (33.5%), IIIL (8.5%) y IV; NICE en 47% tipo I, 51% tipo 2 y 2% tipo 3. Del total de los pólipos, en 38% fueron adenomas tubulares, en 40% tubulovelloso, en 6.7% vellosos, de retención en 4.9%, hiperplásicos en 4.9%, inflamatorios en 4.5% y juveniles en 2%. El 13.3% tuvo displasia de alto grado y 71.1% displasia de bajo grado. Tras analizar los 45 pólipos se registró una sensibilidad del 94%, con una especificidad del 70%, VPP del 92% y VPN del 78%, y una exactitud del 89% con una prevalencia de adenomas del 78%. La prevalencia de adenomas en la población estudiada fue del 18%.

Conclusiones: La utilidad de i-Scan 2 para valorar la predicción de pólipos tuvo sensibilidad del 94%, con una especificidad del 70%, con VPP del 92% y VPN del 78% y una exactitud del 89%, además de una prevalencia de adenomas del 78%. Por lo tanto, es posible considerar que el uso de i-Scan 2 tiene la sensibilidad y el VPP para poder determinar con precisión si un pólipo corresponde o no a adenoma con base en la clasificación de NICE y KUDO.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom052

RESECCIÓN DE PÓLIPOS COLÓNICOS MENORES A 10 MILÍMETROS: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Y. M. Velasco-Santiago, M. A. Chávez-García, M. G. Martínez-Galindo, M. Antonio-Manrique, Hospital Juárez de México

Introducción: La prevención mediante endoscopia del cáncer colorrectal reduce su mortalidad en casi 50%. Cerca de 90% de las lesiones detectadas son < 10 mm. La incidencia y mortalidad del cáncer colorrectal pueden reducirse al remover por completo los pólipos colorrectales; la proporción de pólipos resecados de manera incompleta varía con el tamaño y la histología del pólipo, así como por la técnica utilizada para la resección.

Objetivo: Conocer las técnicas de polipectomía instituidas para la resección de pólipos colónicos < 10 mm en el Hospital Juárez de México.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal llevado a cabo de octubre de 2017 a marzo de 2020 en pacientes que acudieron al servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital Juárez de México a colonoscopia de escrutinio y en quienes se identificaron pólipos colónicos. Se valoraron edad, sexo, técnica usada para polipectomía y complicaciones durante y después del procedimiento. Los pólipos se clasificaron mediante número, localización y clasificación de París de acuerdo con su tamaño e histología.

Resultados: Se valoraron las 242 colonoscopias, con 70.6% de mujeres y 29.3% de hombres, y edad media de 61 años. En total se identificaron 103 pólipos y de ellos el 87.3% se resecó y el 96.6% se envió al servicio de patología para su estudio. Los pólipos < 10 mm representaron el 93% con una media de 5.2 mm. La mayoría de

los pólipos se observó a nivel del colon ascendente (31.1%) y la morfología sésil fue la más predominante (88.8%). El mayor porcentaje se reseco con asa fría (83.3%). No se registraron complicaciones tempranas o tardías. Se alcanzó una tasa de resección completa del 82.7% (asa caliente 87.5% vs. asa fría 83.3% vs pinza de biopsia fría 71.42%) y el tipo histológico más frecuente fue el adenoma tubular (32.1%) (Tabla 1).

Conclusiones: En esta institución, la resección de pólipos < 10 mm se efectúa bajo los lineamientos de las diferentes guías internacionales; es un procedimiento seguro con una adecuada tasa de recuperación de pólipos y resección completa. La tasa de resección completa es mayor con el uso de asa fría respecto de la pinza de biopsia, por lo cual se sugiere preferir su utilización en este tipo de pólipos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características de la polipectomía colónica. (Dom052).

Característica	Frecuencia (n = 90)
Tasa de recuperación de pólipos	87 (96.66%)
Método de resección	
Pinza de biopsia fría	7 (7.77%)
Asa fría	75 (83.33%)
Asa caliente	8 (8.88%)
Pinza de biopsia fría	
1-5 mm	6
6-9 mm	0
≥ 10 mm	1
Asa fría	
1-5 mm	53
6-9 mm	20
≥ 10 mm	2
Asa caliente	
1-5 mm	1
6-9 mm	4
≥ 10 mm	3
Tasa de complicaciones	1 (1.11%)
Sangrado temprano	0
Sangrado tardío	0
Perforación	1
Sin complicaciones	89 (98.88%)

Dom053

FRECUENCIA DE INFECCIÓN POR VIRUS SARS-COV-2 EN PERSONAL DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DEL CENTRO MÉDICO DALINDE DE LA CIUDAD DE MÉXICO

A. M. Zárate-Guzmán, L. G. Alfaro-Fattel, V. A. García-Guerrero, A. Corral-Medina, Centro Médico Dalinde

Introducción: La transmisión del virus SARS-CoV 2 (VSC) ocurre sobre todo por la vía respiratoria a través de partículas de saliva o aerosol de secreciones respiratorias; los pacientes sometidos a procedimientos

endoscópicos producen aerosoles que pueden transmitir el VSC. Con la pandemia, la práctica de la endoscopia se limitó a casos de urgencia y se adoptaron medidas especiales con el uso del equipo de protección personal (EPP) con los médicos y paramédicos, además de medidas de contingencia en las áreas de endoscopia, limpieza y desinfección bajo las recomendaciones de la *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE) y la *European Society of Gastrointestinal Endoscopy*.

Objetivo: Determinar la frecuencia de infección por VSC mediante detección de anticuerpos en el personal médico, paramédico y administrativo expuesto durante la pandemia en la unidad de endoscopia de un hospital privado en la Ciudad de México con las acciones tomadas para la atención de pacientes y las medidas de aislamiento de las secreciones respiratorias del paciente mediante dos dispositivos caseros.

Material y métodos: Se condujo un estudio longitudinal, descriptivo y observacional en el personal de la unidad de endoscopia que entró en contacto con pacientes consecutivos referidos para procedimientos endoscópicos urgentes y programados durante la pandemia por VSC. Se consideró que todos los pacientes tuvieron al menos riesgo intermedio de transmisión del VSC y también se realizaron estudios a pacientes ya diagnosticados con VCS en las áreas COVID-19 del hospital. El personal médico, paramédico y administrativo fue objeto de una valoración clínica y determinación de anticuerpos IgM e IgG por prueba rápida RighSign (Hangzhou Biotest Biotech Co., LTD) al inicio y final del periodo de estudio. Todo el personal se equipó con EEP y se siguieron las recomendaciones de limpieza de las áreas y equipos. Se aisló el flujo de secreciones respiratorias de los pacientes mediante dos dispositivos caseros, el primero con una bolsa de plástico adaptado por el doctor Sabagh LC (VideoGIE); el segundo con ayuda de un pañal desechable que se adaptó con un corte de una esquina de 15 x 15 cm (se colocó en la boquilla y luego se hizo un doblez del pañal sobre la cara del paciente y se realizó un corte al pañal por donde pasara el endoscopio).

Resultados: Del 26 de abril al 26 de julio se estudió el personal de la unidad, 4 administrativos, 6 enfermeras, 1 camillero y 4 médicos; 8 mujeres (54%) y 7 hombres (46%) con un promedio de edad de 42.53 ± 14.8 años. Se realizaron dos determinaciones de anticuerpos IgG e IgM por prueba rápida al inicio y al final del estudio; en ningún caso, antes o después, fueron positivos y no se detectaron datos clínicos de infección al inicio, durante o al final del estudio. Se programó a 758 pacientes y sólo se realizaron 720 estudios, 388 (53.88%) fueron mujeres y 332 (46.11%) hombres, con promedio de edad de 58.9 años (límites de edad, 1 a 100 años). Se practicaron 384 panendoscopias (53%), 145 colonoscopias (20%), 126 colangiografías endoscópicas (17.5%), 9 broncoscopias (1.2%), 7 gastroscopias endoscópicas (0.97%), 3 ultrasonidos con punción, 2 laringoscopias y 1 cápsula endoscópica; el resto con estudios de motilidad (43 pacientes). Se efectuaron endoscopias en 6 pacientes con VSC activa. En todos los estudios se utilizaron los dispositivos de contención.

Conclusiones: No se documentó ningún caso de VSC en el personal de la unidad, ni clínicamente ni por determinación de prueba de anticuerpos IgG e IgM. Las medidas de contención instituidas en el control de los pacientes en este periodo de pandemia han sido efectivas para evitar la transmisión del VSC. Las barreras para contener la diseminación de los aerosoles hasta el momento han sido efectivas.

Financiamiento: No se tuvo financiamiento para este trabajo.

Dom054

UTILIDAD DE LA GASTROENTEROSTOMÍA GUIADA POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN AL FLUJO DE SALIDA GÁSTRICO

Tabla 1. (Dom054).

Paciente	Edad	Sexo	Etiología	Éxito técnico	Éxito clínico	Supervivencia
1	56	Masculino	Cáncer de páncreas	Sí	Sí	31 días (finado)
2	64	Masculino	Cáncer de páncreas	Sí	Sí	> 3 meses (aún vivo)
3	57	Femenino	Cáncer de páncreas	Sí	Sí	51 días (aún viva)

I. Borbolla-Schega, M. A. Ballesteros-Amozurrutia, M. J. Ortega-Chavarría, L. A. Waller-González, R. Soto-Solís, Hospital Ángeles del Pedregal

Introducción: La obstrucción gástrica puede ser efecto de enfermedades benignas o malignas; con anterioridad, la anastomosis gastroyeyunal era la única opción terapéutica. En la actualidad existen dos métodos endoscópicos para resolver este problema: la colocación de una prótesis metálica autoexpandible y la gastroenterostomía guiada por ultrasonido endoscópico. Esta última ofrece una opción efectiva y de mínima invasión, sobre todo en pacientes con una expectativa de vida superior a tres meses.

Objetivo: Describir la utilidad de la gastroenterostomía guiada por ultrasonido endoscópico en tres casos de pacientes con obstrucción al flujo de salida gástrico secundaria a cáncer de páncreas.

Material y métodos: Se presentan tres casos con obstrucción al flujo de salida gástrico consecutiva a cáncer de páncreas avanzado. Previo consentimiento informado y con una explicación extensa de las alternativas terapéuticas se practicó una gastroenterostomía guiada por ultrasonido endoscópico. La técnica empleada fue la de punción directa, de acuerdo con la modificación de Pérez-Miranda. De modo inicial, con un gastroscopio terapéutico, se introdujo una guía y un sistema Oasis® a yeyuno proximal para la instilación de agua (800 cm³) y medio de contraste con azul de metileno (50-100 cm³). Con posterioridad, con un ecoendoscopio lineal se identificó el asa diana y se realizó una punción sin guía y con diatermia con la prótesis de aposición luminal Hot Axios® de 20 x 10 mm. Se corroboró adecuado posicionamiento por endoscopia y fluoroscopia.

Resultados: En la Tabla 1 se presentan las características principales de los tres pacientes. En los tres casos fue técnicamente posible el procedimiento y también tuvo utilidad clínica, lo cual se definió como la recuperación de la tolerancia oral a líquidos y sólidos. No se presentaron efectos adversos inmediatos y uno de los pacientes murió 31 días después de la intervención. Los otros dos pacientes viven aún (procedimientos del 15 de abril y el 3 de junio de 2020).

Conclusiones: La gastroenterostomía guiada por ultrasonido endoscópico es un tratamiento desarrollado en la última década. Es un método plausible y reproducible que requiere estandarización y entrenamiento. Ha demostrado ser seguro y efectivo.

Financiamiento: Ninguno.

Dom055

TOLERANCIA DE LA ENDOSCOPIA TRANSNASAL Y MÉTODOS AUDIOVISUALES DE DISTRACCIÓN COMO ADYUVANTES A ANESTÉSICOS LOCALES

D. E. Benavides-Salgado, B. González-Gómez, J. M. Muñoz-Ayala, R. A. Jiménez-Castillo, A. Atilano-Díaz, H. Maldonado-Garza, J. A. González-González, Centro Regional para el Estudio de Enfermedades Digestivas (CREED), Hospital Universitario, UANL

Introducción: La endoscopia transnasal (nasoendoscopia) ha demostrado su utilidad diagnóstica, si bien su aceptación general ha sido limitada.

Objetivo: Valorar la aceptación de la endoscopia transnasal y su tolerabilidad mediante un método audiovisual en comparación con uno no audiovisual durante el estudio.

Material y métodos: Se estudió a 50 pacientes, de los cuales 40 aceptaron participar en el estudio. Se utilizó un método audiovisual en los individuos para explicarles el procedimiento. Se aleatorizó a los enfermos y se los dividió en los grupos I (pacientes programados para nasoendoscopia con anestesia local más un visor en los que se reproducían audio y video de relajación como distractor) y II (sujetos sometidos al estudio sólo con anestesia local). Se aplicó una escala de ansiedad y depresión (escala de Beck y PHQ-9) antes y después del estudio y se vigilaron los signos vitales durante y luego de la endoscopia. Se aplicó escala numérica de dolor durante y después del estudio. Asimismo, antes de su egreso y a las 24 h tras el procedimiento se aplicó una encuesta de satisfacción (valor máximo, 19 puntos).

Resultados: Se incluyó a 40 pacientes. Edad promedio de 41.6 años, 34 de ellos mujeres (85%). La indicación más frecuente fue reflujo sin datos de alarma. Cuatro pacientes padecían HAS y el resto no tenía comorbilidades. Al aplicar las escalas de ansiedad a ambos grupos se observó que el grupo I (62.5%) y el II (87.5%) tenían ansiedad leve y espectro normal-ansiedad leve según las escalas de Beck y la PHQ-9, sin diferencias entre los grupos (Beck, $p = 0.53$; PHQ-9, $p = 0.97$). Sólo un paciente de los 40 no toleró el estudio y fue necesario realizar endoscopia convencional bajo sedación. Asimismo, se aplicaron escalas numéricas verbales (0-10) de ansiedad y dolor durante y después del estudio, sin hallar diferencias significativas entre los grupos (Tabla 1). Se identificó una diferencia en la presión

Tabla 1. Escala numérica de ansiedad y dolor periprocedimiento. (Dom055).

Parámetro	Grupo con visor	Grupo sin visor	Valor de p
Ansiedad antes (0-10)	0.88 ± 1.7	0.67 ± 1.2	0.686
Ansiedad durante (0-10)	1.2 ± 1.7	2.2 ± 2.2	0.133
Ansiedad final (0-10)	0.92 ± 1.55	1.33 ± 1.71	0.440
Dolor antes (0-10)	0.12 ± 0.33	0 ± 0	0.171
Dolor durante (0-10)	1.2 ± 1.8	2.4 ± 3.36	0.157
Dolor final (0-10)	1.5 ± 0.76	2.4 ± 3.3	0.410

arterial sistólica medida al final de estudio entre los grupos (132.96 ± 14.18 y 147.4 ± 24.98 , respectivamente, $p = 0.03$). Al aplicar la encuesta de satisfacción luego del estudio y a las 24 h se identificó en los dos grupos un valor inmediatamente después del estudio (máximo, 19) de 16.33 ± 2.49 (85.7%) y 16.62 ± 1.8 (87.47%), respectivamente, y un valor de 16 ± 2.5 (90%) contra 17.1 ± 1.7 (84%) a las 24 h, con una aceptación posterior al estudio inmediato y a las 24 h de 86.3% y 85.7%, respectivamente.

Conclusiones: La aceptación para realizarse una nasoesoscopia fue del 80%. La tolerancia fue excelente. Utilizar una explicación clara con video del procedimiento puede influir en la aceptación y tolerancia del estudio. Usar un visor durante el estudio no demostró mejorar la tolerancia ni la satisfacción tras el estudio. Debe considerarse la nasoesoscopia entre las opciones para este grupo de pacientes.

Financiamiento: Ninguno.

Dom056

EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA CLASIFICACIÓN NICE DE PÓLIPOS COLORRECTALES, APLICADA POR ENDOSCOPISTAS EXPERTOS Y EN ENTRENAMIENTO EN COMPARACIÓN CON LOS RESULTADOS HISTOLÓGICOS

J. R. Mena-Ramírez, A. Macari-Jorge, B. Valdivia-Correa, R. Balanza-López, E. Juárez-Hernández, M. D. C. Manzano-Robleda, I. Y. López-Méndez, Fundación Clínica Médica Sur

Introducción: La cromoesoscopia digital es una herramienta que ha demostrado ser útil en la predicción histológica de lesiones premalignas del colon. La diferenciación del color, el aspecto de los vasos sanguíneos y las características de la superficie de una lesión del colon integran la clasificación de NICE, que se ha estudiado con la intención de diferenciar en el plano macroscópico pólipos hiperplásicos de adenomas y adenocarcinomas invasivos.

Objetivo: Describir el rendimiento diagnóstico en la diferenciación histológica de lesiones colónicas de la clasificación de NICE aplicada por endoscopistas expertos y en entrenamiento.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo con 130 análisis histopatológicos y de imagen en alta definición de pólipos colorrectales de pacientes que acudieron a una colonoscopia de tamizaje. Las imágenes se aleatorizaron y dos endoscopistas en entrenamiento y dos expertos las valoraron. Los evaluadores estaban cegados a los datos clínicos e histológicos de las imágenes. Éstas se clasificaron como NICE 1, 2 o 3. Se codificaron los resultados de las valoraciones en una tabla para su análisis estadístico y se calculó el rendimiento diagnóstico; la variabilidad intraobservador e interobservador se calculó mediante kappa de Cohen y kappa de Fleiss, respectivamente.

Resultados: Las valoraciones que realizaron los endoscopistas expertos obtuvieron en la categoría NICE 1: S 62%, E 85%, VPP 72%, VPN 79%, AUROC 0.75; categoría NICE 2: S 61%, E 74%, VPP 64%, VPN 72%, AUROC 0.67; y categoría NICE 3: S 96, E 91%, VPP 70%, VPN 99%, AUROC 0.84. La concordancia total de las valoraciones fue del 75.38%, con una variabilidad interobservador K 0.63 (IC95%, 0.52-0.74). Las valoraciones realizadas por los endoscopistas en entrenamiento obtuvieron un rendimiento diagnóstico para la categoría NICE 1: S 64%, E 74%, VPP 62%, VPN 76%, AUROC 0.719; categoría NICE 2: S 61%, E 73%, VPP 62%, VPN 71%, AUROC 0.66; y categoría NICE 3: S 81%, E 93%, VPP 81%, VPN 94%, AUROC 0.85; la concordancia total de las valoraciones fue del 70%, con una variabilidad interobservador K 0.55 (IC95%, 0.43-0.67).

Conclusiones: La clasificación NICE aplicada en la predicción histológica de imágenes estáticas de lesiones colónicas tiene un mejor rendimiento para la categoría NICE 3 y NICE 1, con concordancia aceptable entre los observadores. El rendimiento registrado en las valoraciones de los endoscopistas en entrenamiento fue similar.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom057

CONDUCTA DE PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDOR DE BOMBA DE PROTONES (IBP), EN LA COMUNIDAD MÉDICA

A. Y. Ponce-Kuri, R. H. Raña-Garibay, Hospital Español de México

Introducción: Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) figuran entre los fármacos prescritos con más frecuencia en el mundo y se administran de forma amplia para tratar a pacientes con trastornos relacionados con el ácido. En general, los IBP son medicamentos efectivos y bien tolerados, pero se les han atribuido varios efectos secundarios, que pueden cambiar el perfil de su prescripción.

Objetivo: Conocer el perfil de prescripción de los IBP en la comunidad médica, las principales indicaciones por las que los médicos suministran IBP, los efectos adversos más conocidos y la posibilidad de que estos efectos sean un impedimento para administrarlos.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo y prolectivo. Se realizó un cuestionario de 14 preguntas basadas en guías clínicas y difundidas a través de una plataforma digital. Criterios de inclusión: cualquier médico titulado, con o sin especialidad o subespecialidad, de cualquier hospital o país.

Resultados: Un total de 646 médicos resolvieron el cuestionario, 620 de México (95.97%), y de más de 25 especialidades. La principal indicación por la cual se indican IBP es la enfermedad por reflujo gastroesofágico, con 210 respuestas (32.81%); la segunda indicación más frecuente fue la gastroprotección por otro tipo o clase de fármaco (distinto de los AINE), con 180 respuestas (28.12%); y la tercera indicación fue la enfermedad acidopéptica, con 179 respuestas (27.97%). El IBP más prescrito fue el omeprazol, con 446 respuestas (69.15%), y la principal causa de indicación fue su costo bajo y disponibilidad, con 437 respuestas (67.75%). Los tres efectos adversos atribuibles a los IBP y más conocidos por los médicos son la alteración de la absorción de la vitamina B₁₂, interacción con clopidogrel y modificación de la absorción ósea y riesgo de fracturas. Los efectos adversos menos conocidos, que se han atribuidos a los IBP, son nefritis intersticial aguda, riesgo de neumonía y demencia. De todos los encuestados, 507 médicos (78.73%) seguirían prescribiendo un IBP a pesar del conocimiento de los efectos secundarios. De los restantes que cambiaron su prescripción, la principal indicación sería el sucralfato, con 172 respuestas (44.22%). Además, 458 médicos (71.79%) cambiarían su prescripción de IBP si su paciente consumiera clopidogrel y lo sustituirían de igual forma por sucralfato, con 206 respuestas (39.16%).

Conclusiones: La gastroprotección por otro tipo o clase de fármacos (distintos de AINE) es la segunda indicación más frecuente por la cual los médicos prescriben IBP, sin ser una indicación objetiva/aprobada. Además, los efectos adversos (poco conocidos) no son un impedimento para su prescripción. Se debe alentar la adecuada administración de los IBP con objetividad y precaución, sin perder de vista que existen efectos adversos, aunque poco frecuentes y discutibles que pueden presentarse si continúan el abuso y la mala prescripción.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom058

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS POSTERIORES A MIOTOMÍA DE HELLER Y FUNDUPLICATURA PARCIAL, EN PACIENTES INTERVENIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA” DE MARZO 2019 A ENERO 2020

Y. S. Pedroza-Chamorro, S. E. Galvis-García, L. F. Torreblanca-Sierra, E. Ornelas-Escobedo, Y. R. López-Pérez, J. C. Zavala-Castillo, J. Saucedo-Saldívar, D. Muñoz-Fuentes, J. C. Silis-Cravioto, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

Introducción: Después de una miocardiectomía de Heller más funduplicatura parcial como tratamiento quirúrgico de la acalasia, los pacientes se refieren al servicio de endoscopia para realizar estudio de control e identificar complicaciones posoperatorias; sin embargo, hasta la fecha no se han descrito los hallazgos endoscópicos de la unión esofagogástrica de forma sistemática y en consenso, por lo que es necesario aplicar esta valoración, como los parámetros de Jobe.

Objetivo: Analizar los hallazgos endoscópicos posteriores a una miotomía de Heller y funduplicatura parcial, al aplicar los parámetros de Jobe, en pacientes intervenidos en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, de marzo de 2019 a enero de 2020.

Informe de casos: es un estudio de serie de casos, descriptivo, observacional y retrospectivo de corte transversal, constituido por 15 expedientes clínicos que cumplieron los criterios de inclusión. Se realizaron los análisis descriptivos y de contingencia, de acuerdo con los objetivos específicos. Se aplicó la prueba de χ^2 y razón de verosimilitudes, con grado de significancia preestablecido ($\alpha = 0.05$). Se utilizó el software estadístico SPSS, versión 24 para Windows.

Discusión: Predominó el sexo femenino en un 73.33% (11 pacientes); edad promedio de 41.6 años; el síntoma predominante fue la disfagia en el 93.33%; la acalasia tipo II predominó en el 66.67% de los casos. En la endoscopia de seguimiento, los hallazgos relevantes fueron persistencia de restos alimenticios esofágicos en un 93% y gástricos en el 73%; se identificó esofagitis A en el 20% y B en un 20%, según las clasificaciones de Los Ángeles, sumando de forma global un 40% de los casos. Al nivel de la unión esofagogástrica, y tras aplicar los parámetros de Seltman y Jobe, se determinó con IC95%; el tamaño del cuerpo de la válvula fue de 2.8 cm en promedio y la adherencia al endoscopio de la válvula ausente de 46.67%; la localización de la unión esofagogástrica fue intraabdominal en un 66.67%, el *flap* de la válvula tipo omega en el 40% y la relación con un componente herniario en el 53%, con hernia por deslizamiento en tres casos y hernia paraesofágica en 5.

Conclusiones: Se demostró una relación significativa entre los parámetros longitud del cuerpo de la válvula, localización de la unión esofagogástrica, tipo de *flap* y presencia de un componente herniario con los tipos de funduplicaturas que describió Jobe para la valoración endoscópica y debe notificarse de forma sistemática en la valoración endoscópica posquirúrgica en pacientes con cambios anatómicos en la unión esofagogástrica.

Financiamiento: Recursos propios.

Dom059

SEPSIS ABDOMINAL SECUNDARIA A PERFORACIÓN GÁSTRICA POR CANDIDIASIS

E. I. Marín-Pardo, F. Navarro-Tovar, E. Ballesteros-Suárez, D. Castro-Alducín, M. R. Terreros-Contreras, C. Z. Díaz-Barrientos, M. Heredia-Montaño, Hospital Universitario de Puebla

Introducción: Entre las principales causas de perforación gástrica destacan la úlcera péptica secundaria a infección por *H. pylori* o el consumo crónico de AINE, enfermedad neoplásica y estados de hipersecreción ácida. La presencia de *Candida* en el estómago se considera parte de la flora normal; en pacientes sanos, su presencia no produce estados patológicos, pero en sujetos inmunocomprometidos, o ante la intervención de agentes que alteren las condiciones fisiológicas normales del estómago, puede favorecerse la hiperproliferación del microorganismo con infecciones subsecuentes.

Objetivo: Describir un caso de sepsis abdominal y abdomen agudo secundario a perforación gástrica en el que se identificó como única causa la presencia de *Candida* en el estudio histológico.

Informe de caso: paciente masculino de 68 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y cuadro de dolor abdominal de 36 horas de evolución e inicio súbito (intensidad 6/10), con predominio en hemiabdomen derecho y sin otros síntomas agregados. La valoración revela taquicardia, taquipnea, SOFA de 4 puntos, abdomen distendido, doloroso a la palpación generalizada, timpánico, con signos de McBurney y Blumberg positivos y radiografías sin alteraciones aparentes. En consecuencia, se inicia tratamiento médico para sepsis y se decide realizar laparotomía exploradora, en la que se encontraron como hallazgos líquido purulento en cantidad de 300 ml y perforación gástrica de 8 mm de diámetro en la porción prepilórica de la cara anterior de estómago; se toma biopsia de bordes de la perforación y se efectúa cierre primario con refuerzo de epiplón. En el posoperatorio cursa con adecuada evolución y egresa por mejoría seis días después del procedimiento quirúrgico. El resultado histopatológico de la biopsia de perforación revela necrosis e inflamación aguda, microorganismos micóticos consistentes con *Candida* en el lecho ulceroso, sin células malignas.

Discusión: Debido a la baja frecuencia de casos de perforación gástrica secundarios a *Candida*, en la actualidad no hay algoritmos descritos para el diagnóstico de esta anomalía; sin embargo, se puede establecer mediante la exclusión de otros factores predisponentes para perforación gástrica y con la identificación de *Candida* en el sitio de perforación por estudio histopatológico, cultivo, reacción en cadena de la polimerasa o inmunohistoquímica. En este caso, el paciente no contaba con antecedentes de consumo crónico de AINE o esteroides, ni síntomas indicativos de enfermedad acidopéptica previa, y el estudio histopatológico resultó negativo para tumoración maligna, lo que descartó las causas más comunes de perforación gástrica. Se trató de un paciente al parecer inmunocompetente, quien negó consumo de fármacos antiácidos que podrían alterar el pH que normalmente regula el crecimiento de *Candida* en el estómago, así como antibióticos que podrían alterar la relación normal bacterias/hongo a ese nivel, por lo que tampoco contaba con factores de riesgo aparentes para infección por *Candida*. Sin embargo, debido a que se descartaron otras posibles causas y que en el estudio histopatológico se identificó un sobrecrecimiento de hifas y esporas, que por lo regular no deberían observarse, se concluyó el papel patogénico de *Candida* como causa de la perforación gástrica.

Conclusiones: Pese a que la perforación gástrica por *Candida* es rara, debe considerarse en pacientes sin antecedentes para las causas más frecuentes o con factores de riesgo que puedan causar inmunodepresión. No obstante, como en este caso, puede presentarse en pacientes sanos, por lo que es indispensable investigar de manera adecuada los casos en los que no se identifiquen causas de perforación.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Dom060

UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA POR MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y SU ASOCIACIÓN CON LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD, INFORME PRELIMINAR

A. L. Desales-Iturbe, Y. Zamorano-Orozco, A. A. Molina-Villena, J. A. Villar-Tapia, K. C. Trujillo-de la Fuente, C. E. Sanchezborja-Leal, L. V. Fuentes-Ernult, J. E. Suárez-Morán, IMSS, Hospital Regional No. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro”

Introducción: El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) se caracteriza por un colapso repetitivo de las vías respiratorias superiores durante el sueño, que causa fragmentación del sueño, desaturación de oxígeno y somnolencia diurna. Alrededor de 2% a 5% de la población mundial está afectada. Se ha informado que los pacientes con SAOS tienen más episodios de reflujo que los controles sanos. No se ha estudiado a pacientes con hernias hiales que pueden predisponer a los pacientes al reflujo, por lo que se consideró importante realizar este estudio.

Objetivo: Valorar la relación entre pacientes con SAOS y el tipo de unión esofagogastrica (UEG) medida por manometría de alta resolución, en pacientes del Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro” del IMSS.

Material y métodos: Pacientes con SAOS atendidos en el Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro del IMSS en el periodo comprendido entre diciembre de 2018 y enero de 2020. Tipo de estudio: analítico de corte transversal, retrospectivo y comparativo. Variables analizadas: edad, género, IMC, gravedad de SAOS, comorbilidades, UEG por manometría, tono EEI, reserva peristáltica y motilidad esofágica. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia. Se utilizó un análisis multivariado de regresión lineal y para medidas de asociación se empleó la prueba exacta de Fisher.

Resultados: Un total de 15 pacientes con SAOS. La edad promedio fue de 60 ± 11.49 (42 y 78 años) con predominio del género masculino (73.7%). Se diagnosticó SAOS grave en el 46.7% de los pacientes. El 93.3% padecía sobrepeso u obesidad. El 33% tenía ERGE erosivo y el 46.7% hernia hiatal por endoscopia. En la manometría de alta resolución, el tipo de UEG más común fue el 1 (60%) y se presentó hipotonía del EEI en el 46.6%, motilidad inefectiva en el 20% de los pacientes y reserva peristáltica ausente en el 33%. Se encontró una relación significativa entre SAOS y obesidad. No se encontró nexo entre SAOS y género, motilidad esofágica, tono del EEI, UEG y reserva peristáltica (Tabla 1). En el análisis de subgrupos no hubo diferencias significativas entre grados de gravedad de SAOS y UEG.

Tabla 1. (Dom060).

Factor de riesgo	Análisis univariado		
	P	RM	IC
Obesidad	0.03	1.1	0.11-0.27
Género	0.56	0.27	0.23-3.5
Motilidad esofágica	0.99	0.50	0.35-7.1
Tono EEI	0.61	2.2	0.28-17.63
UEG	0.68	0.44	0.47-3.44
Reserva peristáltica	0.99	0.66	0.76-5.8

RM, razón de momios; IC, intervalo de confianza; EEI, esfínter esofágico inferior; UEG, unión esofagogastrica.

Conclusiones: En esta población de estudio, los pacientes con obesidad son más propensos a desarrollar SAOS. La alteración manométrica más frecuente identificada en pacientes con SAOS fue esfínter esofágico inferior hipotónico. Aunque en este protocolo no se registró correlación entre alteraciones manométricas y SAOS, se necesitan estudios con mayor cantidad de pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom061

INTRODUCCIÓN EN CUBA DE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN EL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS MOTORES DEL ESÓFAGO

V. M. Anido-Escobar, Z. Díaz-Drake, T. Amable-Díaz, M. Labrada-Sosa, M. Armenteros-Torres, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso (La Habana, Cuba)

Introducción: La manometría esofágica de alta resolución se considera en el plano internacional un método óptimo para el diagnóstico de los trastornos motores del esófago, con alta especificidad y sensibilidad. Dada la reciente introducción de la técnica en Cuba, es necesario demostrar su utilidad en este país, donde no existe grado de conocimiento previo sobre los parámetros de normalidad, así como los diagnósticos de alta resolución más frecuentes.

Objetivo: Determinar la utilidad de la manometría esofágica de alta resolución como estudio diagnóstico para los trastornos motores del esófago en Cuba.

Material y métodos: Se diseñó una investigación aplicada de desarrollo efectuada en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso, en La Habana, entre junio del 2017 y junio del 2019, en pacientes sometidos a una manometría esofágica. Se incluyó a 611 pacientes, a los cuales se les registró las variables de estudio.

Resultados: En el periodo estudiado se incluyeron en este informe 611 manometrías esofágicas. De ellas, 356 se practicaron en mujeres (58.26%) y 255 en hombres (42.73%). El promedio de edad de los pacientes fue de 47.44 años, con un intervalo de 40 a 50 años de edad. Los principales motivos de indicación de la prueba fueron el estudio de la ERGE en 295 pacientes (48.28%), la disfagia en 247 (40.49%) y otras, como dolor torácico de origen no cardiaco en 69 (11.23%). Se agrupó a 44 pacientes a quienes se les diagnóstico acalasia y se analizaron sus parámetros de alta resolución, según los diferentes subtipos (Tabla 1).

Conclusiones: De estos resultados se derivan valores que pueden aceptarse para pacientes cubanos sometidos a manometría de alta resolución para estudio de un posible TME. Su aplicabilidad resulta útil como marco de referencia para quien se inicia en el estudio de estos trastornos, además de que permite definir un diagnóstico y una selección de tratamiento más temprana y mejor.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom062

ASOCIACIÓN ENTRE ESOFAGITIS GRADO A O B DE LOS ÁNGELES Y PH-IMPEDANCIA CON REFLUJO ÁCIDO PATOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

R. A. Miranda-Maciel, N. Pérez y López, E. Torres-López, M. Tapia-Hernández, Hospital Juárez de México

Tabla 1. Principales parámetros de alta resolución según los diferentes subtipos de acalasia. (Dom061).

Parámetro	Acalasia tipo I		Acalasia tipo II		Acalasia tipo III	
	X	S	X	S	X	S
Presión basal media del EEI (mmHg)	32.6	12.0	48.9	23.1	41.8	18.9
Longitud del EEI (cm)	2.3	0.3	2.4	0.3	2.7	0.8
Presión residual	12.6	10.7	18.2	15.4	10.6	10.2
IRP (mmHg)	22.9	10.1	23.1	9.4	21.5	10.8
DCI (mmHg/cm/s)	111.5	149.0	428.4	329.2	973.8	1012.5
CVF (cm/s)	19.4	52.5	7.9	6.7	5.1	4.8
IBP máxima mmHg	3.8	5.7	20.1	6.3	17.7	10.5
DL (s)	10.6	13.3	14.3	18.1	11.7	7.4
Presurización panesofágica	0.6	2.4	20.3	18.6	7.7	13.9
Presurización compartimentada (%)	0.6	2.4	7.2	7.8	4.2	12.9
Presurización de la UEG (%)	8.2	14.6	7.4	11.7	7.6	13.9

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) consiste en el movimiento retrógrado del contenido gástrico por arriba de la unión gastroesofágica que provoca daño a la mucosa del esófago o síntomas que afectan la calidad de vida. Su prevalencia en México es de 12.1% a 49%. Se diagnostica de forma empírica en presencia de síntomas como pirosis y regurgitación; sin embargo, los pacientes que no responden a tratamiento con inhibidores de la bomba de protones o muestran signos de alarma requieren estudios complementarios; la panendoscopia es el primer estudio que debe solicitarse para valorar las complicaciones o los diagnósticos alternativos. La esofagitis de alto grado de LA (C o D), la estenosis péptica o el esófago de Barrett son evidencia confirmatoria de enfermedad erosiva, mientras que la esofagitis grado A es inespecífica porque puede estar presente en 5% a 7.5% de los controles asintomáticos y la esofagitis grado B se ha notificado con variabilidad interobservador, por lo que ambos grados exigen pruebas adicionales. La norma de referencia es la pH-impedancia y se consideran parámetros diagnósticos de reflujo ácido patológico (RAP) un tiempo de exposición al ácido > 6% o > 80 episodios de reflujo/24 h.

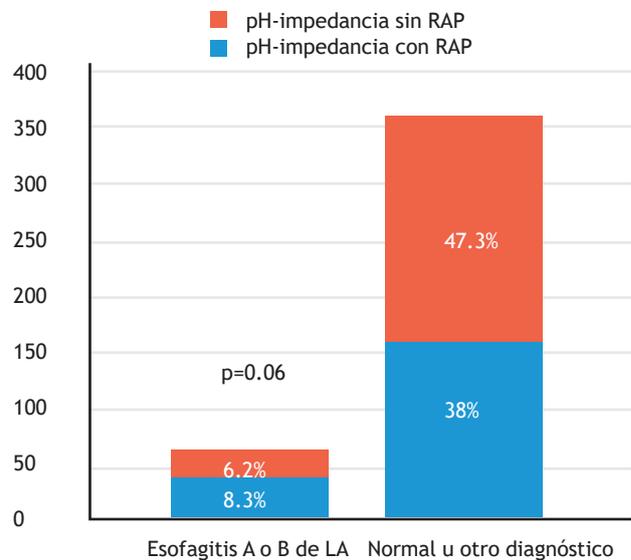
Objetivo: Determinar la relación de esofagitis grados A o B de LA en panendoscopia y pH-impedancia con RAP en pacientes con ERGE.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y analítico, en el que se incluyó a pacientes con ERGE con panendoscopia, sin evidencia concluyente de enfermedad erosiva, y sometidos después a pH-impedancia. Se dividió el total de la muestra en dos grupos de acuerdo con lo informado en la panendoscopia: pacientes con esofagitis grados A o B de LA y pacientes con panendoscopia normal u otros hallazgos, para luego compararse con el resultado de la pH-impedancia.

Resultados: De los 418 pacientes incluidos en el estudio, 61 (14.6%) tenían diagnóstico de esofagitis grados A o B de LA, mientras que el 85.4% contaba con hallazgos normales o no concluyentes de enfermedad erosiva, por lo que se realizó pH-impedancia. Ésta reveló que 35 pacientes (57.4%) tenían esofagitis A o B y contaban con criterios de pH-impedancia para RAP, en tanto que 26 (42.6%) no reunían dichos criterios; se calculó una $p = 0.06$, tal y como se muestra en la Figura 1.

Conclusiones: En este estudio no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la población de pacientes con síntomas de ERGE que presentan pH-impedancia con RAP y esofagitis A o B por endoscopia de los pacientes con pH-metría negativa y esofagitis A o B. En consecuencia, las recomendaciones del consenso de Lyon son

Figura 1. Porcentaje de pacientes que contaban con diagnóstico de esofagitis A o B de Los Ángeles u otros diagnósticos por panendoscopia y su correlación con pH impedancia con criterios de reflujo ácido patológico (RAP). (Dom062).



aplicables a esta población: los sujetos con esofagitis grados A o B de Los Ángeles deben someterse a pH-impedancia para determinar si tienen reflujo ácido patológico o distintos fenotipos de la enfermedad.

Financiamiento: Este estudio no contó con ningún tipo de financiamiento.

Dom063

CONCORDANCIA DE ÍNDICES SINTOMÁTICOS EN PACIENTES CON PIROSIS FUNCIONAL E HIPERSENSIBILIDAD AL REFLUJO

K. A. Cóssetl-Sánchez, N. Pérez y López, M. Sosa-Arce, F. Bartolo-Colón, Hospital Juárez de México

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una alteración prevalente en todo el mundo. A pesar de ello, es difícil establecer el diagnóstico dado que las pruebas disponibles no son sensibles ni específicas y pueden llevar a errores diagnósticos y tratamientos incorrectos. En la actualidad se utilizan los índices de síntomas para mejorar la sensibilidad de las pruebas de pH-metría-impedancia. Algunos de los más utilizados son la probabilidad de asociación a síntomas (PAS) y el índice de síntomas (IS), si bien su utilidad es aún controversial.

Objetivo: Determinar la concordancia de los índices sintomáticos en pacientes con pirosis funcional e hipersensibilidad al reflujo.

Material y métodos: Pacientes mayores de 15 años de edad con el diagnóstico de hipersensibilidad al reflujo y pirosis funcional en resultados de pH-metría con impedancia, atendidos en el Hospital Juárez de México, durante el periodo comprendido entre 2015 y 2019. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Variables a analizar: edad, sexo, síntomas, comorbilidades e índices sintomáticos (IS y PAS). Análisis estadístico: para variables cualitativas se calcularon mediante frecuencias y porcentajes, para determinar hasta qué punto la concordancia observada es superior a la esperable por simple azar; se calculó el índice de concordancia kappa.

Resultados: Se incluyó a 267 pacientes, de los cuales 77.9% (n = 208) correspondió a mujeres; la media de edad fue de 46.3 años con DE + 13.69 años y la comorbilidad más frecuente fue DM2 en 7.59% (n = 20). Hasta 44.5% (n = 119) tenía diagnóstico de pirosis funcional y 55.4% (n = 148) de hipersensibilidad al reflujo; los síntomas principales fueron pirosis (94.9% y 91.9%) y regurgitación (59.3% y 73.2%) para ambos grupos. Al valorar el índice de concordancia se encontró que para pirosis funcional PAS e IS + PAS tuvieron una $\kappa = 96.8\%$, mientras que para IS tuvo una $\kappa = 26.6\%$; con respecto a la hipersensibilidad al reflujo se obtuvo una $\kappa = 22.8\%$, 97.7% y 99.2%, respectivamente, para IS, PAS e IS+PAS.

Conclusiones: PAS es un índice sintomático útil para diagnóstico diferencial entre pirosis funcional e hipersensibilidad al reflujo, con mayor concordancia si se relacionan IS + PAS.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom064

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANOMÉTRICAS DE PACIENTES CON ACALASIA TIPO I, TIPO II Y TIPO III

F. Bartolo-Colón, N. Pérez y López, K. Cósatl-Sánchez, Hospital Juárez de México

Introducción: La acalasia es un trastorno motor esofágico que se caracteriza por falta de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) y pérdida de la peristalsis. Ocurre como efecto de la destrucción de las neuronas entéricas que controlan el EEI y la musculatura del cuerpo esofágico por causa desconocida, muy probablemente inflamatoria. Afecta a personas de ambos sexos y de todas las edades. De acuerdo con la clasificación de Chicago para el diagnóstico de acalasia y otros trastornos de la motilidad esofágica, la norma de referencia es la manometría de alta resolución (HRM). La presión de relajación integral (IRP) es un criterio diagnóstico para definir acalasia. No todos los pacientes muestran los datos típicos manométricos para definir acalasia, razón por la cual han surgido algunos estudios observacionales para replantear la definición como lo demuestran Sato et al. que señalan que el 28.1% de los pacientes poseen un espectro de IRP normal.

Objetivo: Identificar las características clínicas y manométricas de pacientes con acalasia tipos I, II y III en pacientes que acuden a manometría esofágica de alta resolución en el laboratorio de motilidad gastrointestinal del Hospital Juárez de México.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal y retrospectivo. Se incluyó a 134 pacientes mayores de 18 años sometidos a manometría esofágica de alta resolución en el periodo de octubre del 2015 a marzo del 2020 en el Hospital Juárez de México y cuyo resultado fue acalasia de tipos I, II o III.

Resultados: Se realizó manometría de alta resolución en 134 pacientes con un promedio de edad de 49.7 años; 46 del sexo masculino (34.33%), 88 del femenino (65.67%); los síntomas evaluados fueron pirosis (55.9%, sensibilidad 56%, especificidad 50%, VPP 36%, VPN 69%), regurgitación (68.65%, S 69%, E 56%, VPP 41%, VPN 76%), disfagia (79.1%, S 79%, E 68%, VPP 44%, VPN 83%, P 0.158), pérdida de peso (53%, S 53%, E 46%, VPP 35%, VPN 68%), náusea (39.5%, S 40%, E 38%, VPP 28%, VPN 62%), tos (29%, S 27%, E 58%, VPP 23%, VPN 59%) y asma (5.2%, S 3%, E 47%, VPP 6%, VPN 51%). IRP promedio de 25.97, porcentaje de ondas fallidas del 55%; DCI no detectado en 100 pacientes (74.62%, S 79%, E 67%, VPP 43%, VPN 80%); el tipo de UGE predominante fue el I en 113 pacientes (84.3%), tipo II en 9 (6.7%), tipo IIIa en 8 (6%) y tipo IIIb en 4 (3%).

Conclusiones: En este estudio predominaron disfagia, regurgitación, pirosis, pérdida de peso, náusea y dolor torácico, según su orden de frecuencia. Se identificó un predominio de afectación en las mujeres; se observó también una similitud en los parámetros manométricos estudiados respecto de lo informado en las publicaciones mundiales. Se reconocieron variaciones en la frecuencia de los síntomas, así como una edad diferente de presentación para los subtipos I y II; en el caso del subtipo III, una limitante fue la de contar con un solo paciente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom065

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO COMPLICADA Y REFRACTARIA, CONTRACTILIDAD AUSENTE Y OBSTRUCCIÓN DE LA SALIDA GÁSTRICA POR SÍNDROME DE WILKIE CONCOMITANTES, A PROPÓSITO DE UN CASO

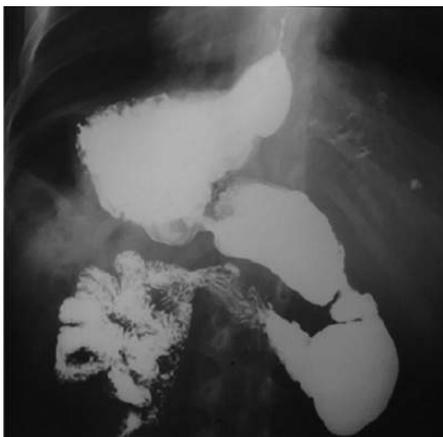
N. Moreno-Aguilar, V. H. García y García, S. P. García-Cárdenas, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La enfermedad por reflujo es un proceso multifactorial que implica primordialmente la falla de la barrera antirreflujo; sin embargo, existen distintas entidades estrechamente relacionadas en su producción y las cuales pueden ser condicionantes de resistencia al tratamiento farmacológico.

Objetivo: Destacar la importancia de considerar casos atípicos durante las pautas de vigilancia en pacientes con ERGE complicada.

Informe de casos: mujer de 35 años sin antecedente de tabaquismo o alcoholismo. Gastrectomía atípica en 2011 secundaria a úlcera gástrica complicada. Con antecedentes de pirosis, regurgitación, saciedad temprana y pérdida de peso progresiva desde 2011 con peso en la primera consulta de 34 kg, más disfagia esofágica dos años antes, por lo que se realizó panendoscopia en 2018 con estenosis esofágica del 80% de origen péptico que se rehabilitaron; además, hernia hiatal de 7 cm, esófago de Barrett (Praga C4M4), cambios cicatrizales con cuerpo gástrico en "reloj de arena" y restos alimentarios; el informe histopatológico concluyó esófago de Barrett sin displasia. Se efectuó SEGDM en la que se observa dilatación de la segunda porción duodenal (Fig. 1) y luego tomografía de abdomen contrastada que identificó pinzamiento aortomesentérico con ángulo de 16°; el gammagrama de vaciamiento gástrico a sólidos se observó prolongado con

Figura 1. SEG D en la que se delinea dilatación de la segunda porción duodenal secundaria a pinzamiento aortomesentérico. (Dom065).



un T½ de 113 minutos. Además, se realizó manometría de alta resolución con datos concluyentes de contractilidad ausente según Chicago 3.0 por IRP normal y contracciones fallidas en el 100% de las degluciones líquidas; reserva esofágica nula, la unión fue tipo IIIb y se descartó trastorno autoinmunitario primario. Se decidió apoyo nutricional enteral y posterior anastomosis gastroyeyunal en Y de Roux. En la actualidad muestra ganancia ponderal de 4 kg en tres meses y refiere mejoría de la calidad de vida; sin embargo, persiste con piro-sis 7/7, regurgitación 7/7, disfagia ocasional y dispepsia ocasional a pesar del tratamiento con omeprazol (40 mg/12 h).

Discusión: Se presenta el caso de una paciente joven con ERGE resistente complicada con esófago de Barrett secundario, trastorno primario de la peristalsis, además de vaciamiento gástrico retrasado por estenosis gástrica posquirúrgica, que ha desarrollado desnutrición crónica y de forma secundaria pinzamiento aortomesentérico; se indica tratamiento quirúrgico con anastomosis gastroyeyunal, pero hoy día persisten los síntomas de enfermedad por reflujo a pesar del tratamiento con IBP, es decir, padece resistencia

al tratamiento médico. No obstante, en virtud de un trastorno mayor de la peristalsis, no es elegible para un procedimiento quirúrgico de antirreflujo. A pesar de ello debe continuar en vigilancia endoscópica, si bien no existen pautas en las publicaciones médicas para practicarla en pacientes no tratados; se continúa la vigilancia del esófago de Barrett según sea que exista o no displasia y el grado de ésta. Es probable que la vigilancia deba ser aún más estrecha; la base para el desarrollo de nuevas pautas en estos pacientes probablemente deba basarse en la incidencia general de Barrett para el desarrollo de displasia de bajo grado, que dentro de un año la tasa asciende hasta 4.3% y a cáncer en 0.25% en el mismo año.

Conclusiones: Es necesario enfatizar acerca de la creación de pautas para la vigilancia de pacientes con ERGE complicada y no complicada que no son aptos para tratamiento quirúrgico.

Financiamiento: No se recibió.

Dom066

¿CUÁL ES EL IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DE HIPOCONTRACTILIDAD Y SU ASOCIACIÓN CON SÍNTOMAS Y EXPOSICIÓN AL ÁCIDO?

C. F. Guerrero-Hernández, M. A. Díaz-Castro, E. Coss-Adame, M. F. García-Cedillo, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La motilidad esofágica inefectiva (MEI) es un trastorno de motilidad menor diagnosticado con > 50% de ondas peristálticas débiles o fallidas de acuerdo con la escala de Chicago v3.0. Se ha propuesto reclasificar la MEI si presenta $\geq 70\%$ de ondas peristálticas débiles o fallidas con el objetivo de identificar a los pacientes con mayor gravedad y exposición anormal al ácido (EAA), así como con disfagia y peor pronóstico luego de un procedimiento de antirreflujo. Sin embargo, la heterogeneidad de este trastorno representa aún retos en relación con el efecto clínico dado que se puede encontrar hasta en un 30% de los sujetos sanos.

Tabla 1. Características demográficas, antropométricas y manométricas. (Dom066).

Variable	Normal (n = 108)	MEI50 (n = 12)	MEI6070 (n = 15)	MEI80 (n = 30)	p
Sexo (1) (n/%)	73 (67.6)	7 (58.3)	11 (73.3)	21 (70)	0.84
Edad (años)	52 (43-61)	50 (46-54)	49 (41-61)	49 (43-63)	0.87
Peso (kg)	70 (61-79)	68 (57-82)	76 (60-90)	69 (59-80)	0.75
Talla (cm)	160.0 (153.0-168.0)	159.0 (151.0-170.0)	160.0 (156.0-168.0)	160.0 (155.0-170.0)	0.95
IMC (kg/m ²)	27 (24.2-30.6)	26.1 (24.3-29.6)	29.5 (24.3-31.8)	26.0 (24.3-29.0)	0.65
BorinfEEI	42.8 (40.2-45.2)	42.2 (39.5-43.4)	42.2 (40.9-43.4)	42.7 (41.0-44.6)	0.94
BorsupEEI	40.4 (38.2-42.6)	40.4 (38.4-41.8)	40.1 (38.9-40.5)	40.2 (38.7-42.0)	0.74
Longitud	2.3 (1.8-2.7)	2.2 (1.7-2.9)	2.4 (1.6-3.0)	2.4 (1.9-2.7)	0.97
Segabdominal	0.15 (0-0.77)	0.20 (0-0.55)	0 (0-0.50)	0.05 (0-0.70)	0.30
Presión	17.4 (10.2-24.1)	8.7 (4.916.1)	8.7 (4.5-22.0)	10.5 (5.2-19.27)	0.01
IRP	5.6 (3.4-8.7)	2 (1.1-5)	2.9 (2-7.3)	3.3 (1-7.2)	0.007
Amplitud	80.5 (64-100.4)	56.9 (46.5-69.5)	53 (43.9-68.3)	39.5 (34.9-48.3)	> 0.001
DCI	958.8 (686.1-1472)	498 (479.4-635.5)	473 (411.9-601.9)	267.8 (176.5-309.3)	> 0.001
EESInf	19.7 (18.5-20.9)	19.4 (18.6-20.7)	20 (19.7-21.1)	19.7 (18.6-20.7)	0.46
EESup	17.3 (16.3-18.5)	17.3 (16.1-18.4)	17.5 (17.2-18.9)	17.2 (16.4-18.7)	0.40
LongEES	2.3 (1.9-2.7)	2.3 (2.2-2.6)	2.1 (1.5-2.7)	2.2 (1.8-2.7)	0.77
PresEES	49.3 (28.4-74.2)	65.7 (51.6-88.7)	38.4 (19-60.6)	43.4 (31.9-87.5)	0.11

Objetivo: Valorar el grado de relación entre el espectro de hipcontractilidad esofágica, los síntomas y la exposición anormal al ácido en pacientes valorados por síntomas de ERGE.

Material y métodos: Estudio de corte transversal y retrospectivo en el que se incluyó a pacientes en el periodo de marzo de 2018 a febrero de 2019 con síntomas de ERGE en quienes se realizó MAR y vigilancia ambulatoria de pH-metría con impedancia intraluminal multicanal (pH-IIM). Se valoró a a) pacientes con patrón motor normal, b) MEI y c) contractilidad ausente. La MEI se categorizó en tres subgrupos: a) 50%, b) 60%-70% y c) \geq 80% de ondas débiles o fallidas. Se definió EAA \geq 6%. Los síntomas se obtuvieron con un cuestionario antes de la realización de los estudios. Se efectuó estadística descriptiva y comparación de variables con la prueba t de Student para variables cuantitativas y χ^2 para variables cualitativas y correlaciones paramétricas (Pearson).

Resultados: Se incluyó a 165 pacientes, 100 con contractilidad normal (67% mujeres), 57 con MEI (80% mujeres) y 8 con contractilidad nula (75% mujeres). La media de edad fue de 51 en normal, 49 en MEI y 48.5 en contractilidad ausente. Las variables antropométricas y manométricas se resumen en la **Tabla 1**. No hubo diferencias significativas en relación con la prevalencia de síntomas y patrón motor. Sólo se encontró que la disfagia se vinculaba con presencia de hernia hiatal (0.001), cualquiera que fuera el patrón motor. La contractilidad ausente se relacionó con disfagia en 50% (0.005). No se halló diferencia entre la exposición al ácido y el patrón motor ni entre los diferentes subgrupos de MEI ($>$ 0.05).

Conclusiones: No se identificó mayor prevalencia de síntomas ni de EAA en el grupo de MEI ni en sus subgrupos. Sólo la ausencia de contractilidad y la HH muestran un nexo. Con estos resultados se puede considerar que la clasificación de subgrupos de la MEI es clínicamente irrelevante. Es necesario valorar de manera individualizada a los pacientes con MEI. Se necesitan estudios prospectivos para determinar el efecto anterior a las intervenciones médico-quirúrgicas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom067

TERAPIA COMBINADA GUIADA POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO VS. MONOTERAPIA POR ENDOSCOPIA CONVENCIONAL EN EL MANEJO DE VARICES GÁSTRICAS

E. A. De León-Rojas, E. S. Galvis-García, E. Ornelas-Escobedo, M. A. Herrera-Servín, S. Santos-Grapain, C. A. Gutiérrez-Banda, C. Laura-Ramírez, A. C. Bonilla-Ramos, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México

Introducción: Entre las nuevas alternativas de tratamiento para las várices gástricas (GOV2) destaca el tratamiento dual con *endocoil* + cianoacrilato, aplicados bajo la guía del USE; esta modalidad reduce los requerimientos de cianoacrilato, así como el riesgo de embolismo y otros efectos adversos y ha demostrado una tasa de éxito técnico y clínico cercana al 100%.

Objetivo: Comparar la seguridad y eficacia de la angioterapia dual guiada por USE contra la monoterapia con cianoacrilato realizada por endoscopia convencional para la erradicación de várices gástricas.

Material y métodos: Estudio prospectivo y comparativo. Se incluyó a pacientes del HGM con hipertensión portal y várices gástricas GOV2. Las variables se analizaron con el programa SPSS v25.

Resultados: Se incluyó a 68 pacientes, 53 en el grupo de monoterapia y 15 en el del tratamiento dual. Para el primer grupo, el género femenino se registró en un 60%, con edad media de 54 años. Los

efectos adversos fueron del 8% (4) con hemorragia inmediata y 1 paciente con hemorragia tardía. Al 83% (44) se le realizó una sesión, al 11% (6) 2 sesiones y al 6% (3) 3 sesiones. Para el segundo grupo se informó el género femenino en un 60%, con una edad media de 63 años; no se presentaron efectos adversos y sólo fue necesaria una sesión para la erradicación de las várices. Para valorar la tasa de eficacia y seguridad se efectuó un análisis comparativo mediante χ^2 de Pearson y prueba exacta de Fisher con valores para p de 0.316 y 0.406, respectivamente, para la tasa de eficacia y valores de 0.663 y 0.663 para la tasa de seguridad.

Conclusiones: Ambas técnicas son igualmente efectivas y, pese a que se observaron menores efectos adversos y menor número de sesiones necesarias para el grupo del tratamiento dual, no se observó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en cuanto a la seguridad y eficacia.

Financiamiento: Ninguno.

Dom068

COLOCACIÓN DEL CATÉTER DE PH-METRÍA MEDIANTE UN MODELO ARITMÉTICO

H. W. Citalán-Poroj, J. I. Hernández-Solís, J. Aguilar-Álvarez, N. Pérez y López, E. Torres-López, J. A. González-Angulo Rocha, J. Aguilar-Hernández, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

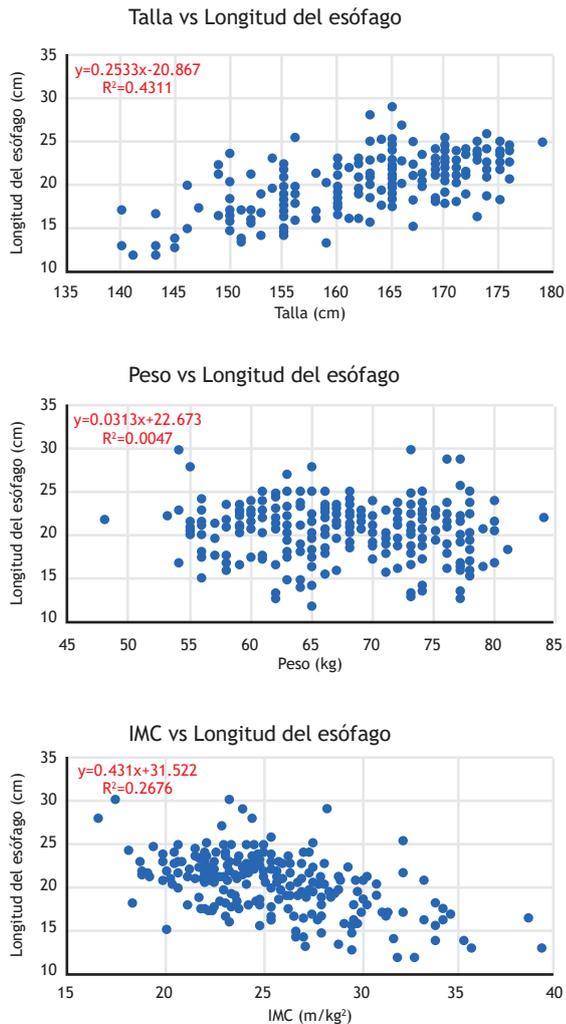
Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una anomalía que se desarrolla cuando el contenido gástrico refluye e induce síntomas. La pH-metría es la norma de referencia para el diagnóstico de ERGE. El catéter de este estudio se coloca 5 cm arriba del borde superior del esfínter esofágico inferior (EEI). La manometría de alta resolución (MAR) se utiliza para medir la longitud del esófago y determinar dicha localización. Es una prueba invasiva, que puede ser molesta y requiere la colaboración del paciente. Por otro lado, la disponibilidad de la manometría es reducida en muchos centros hospitalarios. Todo ello puede limitar su utilización antes de la realización de la pH-metría. Es oportuno contar con un método alternativo a la manometría, mas no de reemplazo, para determinar la colocación correcta del catéter de pH-metría en el tercio inferior del esófago.

Objetivo: Establecer si la colocación correcta del catéter de pH-metría en el tercio inferior del esófago se consigue a través de un modelo aritmético que relacione la longitud del esófago y la talla.

Material y métodos: Estudio transversal y exploratorio comprendido entre el 1 de enero de 2019 y el 1 de marzo de 2020. Se incluyó a sujetos mayores de edad, que acudieron al laboratorio de motilidad gastrointestinal, para la realización de un estudio de MAR y pH-metría. La recolección de datos se llevó a cabo como sigue: panendoscopia, determinación de medidas antropométricas y MAR. Para valorar el objetivo principal primero se estableció si existía una relación lineal entre la longitud del esófago y la talla. Para la comparación de medias se usó la prueba t de Student. La correlación entre longitud del esófago y los diferentes parámetros antropométricos se llevó a cabo con la prueba de correlación de Pearson a través de una regresión lineal. Las variables cuantitativas se expresaron como desviación estándar y medias. El análisis se efectuó con el programa SPSS versión 26.0.

Resultados: Se incluyó a un total de 244 pacientes, 170 femeninos. Las medias para la talla y la longitud del esófago fueron de 164 ± 8 cm y 23 ± 3 cm, respectivamente. El esófago masculino midió 23.2 cm y el femenino 21.4 cm. En la **Figura 1** se muestran las correlaciones entre la longitud del esófago, talla, peso e índice de masa corporal. En la primera imagen se observa un diagrama de dispersión, en el cual se observa una propensión de los puntos a estar alejados

Figura 1. Correlaciones. (Dom068).



de la línea de tendencia, con un sentido positivo. Se obtuvo un coeficiente de correlación $R = 0.4$, coeficiente de determinación $R^2 = 43\%$ y $p = 0.04$. En las dos imágenes restantes se reconoció una distancia más alejada de los puntos respecto de la línea de tendencia sin poder predecir su dirección. Para la imagen de peso en comparación con la longitud esofágica se obtuvieron los siguientes valores: $R = 0.0047$, $R^2 = 0.47\%$ para IMC contra longitud $R = 0.26$, $R^2 = 26\%$.

Conclusiones: En este estudio, la longitud del esófago y la talla poseen una correlación débil, lo cual indica que el aumento de la talla no genera un incremento lineal de la longitud del esófago. En consecuencia, no es posible predecir el tamaño del esófago en relación con la altura del paciente. Las otras relaciones calculadas entre el peso y el IMC con la longitud del esófago fueron muy débiles, lo cual señala que no tienen ninguna relación. Por lo tanto, no se identificó significancia estadística entre la relación de talla, peso e IMC con la longitud del esófago y por tanto no puede proponerse un modelo aritmético que pueda ser una alternativa para la medición del esófago y con ello colocar una sonda de pH-metría sin un estudio de manometría previo. A pesar de ello, este estudio plantea por primera vez de forma objetiva que no es posible emplear modelos aritméticos para determinar la longitud del esófago en población adulta, como se realiza en la población pediátrica.

Financiamiento: Ninguno.

Dom069

LOS PACIENTES CON SII PRESENTAN MAYORES NIVELES DE ESTRÉS OXIDANTE DETERMINADO POR MALONDIALDEHÍDO

M. J. Schmulson, A. S. Morales-Guzmán, L. Linares-García, M. F. Dávalos-De la Rosa, E. Páez, J. Limón, M. Motola-Kuba, A. Alarcón-Aguilar, G. Gutiérrez-Reyes, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM)-Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Introducción: El estrés oxidativo (EO) y la producción de especies reactivas de oxígeno (ERO) se relacionan con inflamación y pueden intervenir en el síndrome de intestino irritable (SII), tras considerar la posibilidad de inflamación de bajo grado en este trastorno.^{1,2} Los radicales libres (RL) y otras ERO pueden participar en el daño a moléculas orgánicas, como los lípidos de las membranas biológicas, y provocar la producción de compuestos tóxicos, como malondialdehído (MDA) que disminuye la permeabilidad de la membrana.^{3,4} Además, el EO puede formar entrecruzamiento de cadenas peptídicas y generación de grupos carbonilos proteicos.⁴ Antes ya informaron los autores la ausencia de diferencias en el sistema de glutatión, principal antioxidante endógeno humano entre SII y controles,⁵ pero se desconoce la relación de MDA y carbonilos proteicos con SII en los pacientes.

Objetivo: Determinar si existe un nexo entre SII y los valores de EO. **Material y métodos:** Se incluyó a 30 pacientes con SII-Roma III pareados por sexo y edad con 30 controles sanos de la consulta externa de gastroenterología del Hospital General de México. Se excluyó a aquéllos con enfermedades orgánicas crónicas (diabetes mellitus, afecciones autoinmunitarias, EII, enfermedad celiaca), infecciones locales o sistémicas recientes. Se recolectaron 5 ml de sangre periférica de cada sujeto en ayuno. Para valorar las concentraciones de MDA se utilizó el método de Draper y Hadley, el cual se basa en la reacción de MDA con ácido tiobarbitúrico. Para la determinación de carbonilos proteicos se usó la metodología de reacción 2,4-dinitrofenil-hidrazina. Las medias de MDA y carbonilos proteicos entre SII y controles se compararon mediante la t de Student y se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Los pacientes con SII incluyeron a 27 mujeres y 3 hombres con edad media de 42 ± 15 años y los controles incluyeron a 27 mujeres y 3 hombres con igual edad de 42 ± 14 ($p = 0.93$). Los pacientes con SII se distribuyeron en SII-NC: 46%, SII-E: 36%, SII-D: 14%, SII-M: 4%. La concentración media de MDA fue mayor en pacientes con SII de 0.05 ± 0.04 nmol/mg/proteína contra controles de 0.02 ± 0.01 ($p = 0.002$); y de carbonilos proteicos SII: 42.14 ± 11.49 nmol/mg/proteína contra controles de 41.55 ± 7.58 nmol/mg/proteína ($p = 0.82$). Debido a la distribución de los subtipos de SII, no fue posible determinar una diferencia entre los valores de EO entre ellos.

Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren la presencia de EO en SII y sustentan la plausibilidad de utilizar el MDA como biomarcador para SII. Hasta donde saben los autores, este estudio constituye el primer informe en las publicaciones médicas sobre los valores séricos de carbonilos proteicos en pacientes con SII.

Referencias

- Rodríguez-Fandiño O. J Neurogastroenterol Motil. 2010;16:363-373.
- Chonghakhori R. Cytokine. 2017;93:34-43.
- Balmus L. Medicina. 2020;56:175.
- Konigsberg M. Radicales libres y estrés oxidativo: aplicaciones médicas. México: Editorial El Manual Moderno, 2008.
- Ramírez-García RE. Rev Gastroenterol Méx. 2017;82(Suppl 2):127.

Financiamiento: Fondos de la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Dom070

LA INFLUENCIA DEL AYUNO PARA EL DESARROLLO DE DISPEPSIA EN POBLACIÓN ABIERTA

A. Triana-Romero, J. A. Méndez-Díaz, A. G. Prado-Villalobos, A. Meixueiro-Daza, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, F. Roesch-Dietlen, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana

Introducción: La dispepsia es un complejo sintomático con amplia prevalencia mundial; en México se ha comunicado una prevalencia de 7% a 68% y el 12% corresponde a dispepsia no investigada. De acuerdo con los criterios de Roma IV, la dispepsia funcional se caracteriza por la presencia de saciedad temprana, plenitud posprandial y dolor o ardor epigástrico, los cuales deben estar presentes al menos una vez a la semana, durante los últimos tres meses y con inicio desde seis meses antes. Se han investigado los mecanismos fisiopatológicos de este síndrome, que no se han dilucidado por completo; sin embargo, se ha observado que intervienen diversas anomalías como alteraciones de la motilidad gástrica, acomodación alterada del fondo, hipersensibilidad gastrointestinal y trastornos inmunológicos. El ayuno también se ha propuesto como un factor predisponente, pero existen pocos estudios y la mayoría de ellos se ha realizado durante el Ramadán y han investigado como éste influye en la aparición de síntomas de dispepsia.

Objetivo: Determinar si el ayuno es un factor precipitante para el desarrollo de dispepsia y otros síntomas gastrointestinales.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo, descriptivo, analítico y transversal mediante la aplicación de encuesta en línea, incluidos los pacientes mayores de edad, en población abierta mexicana, y que incluyó criterios de Roma IV para dispepsia y un cuestionario sobre horarios de alimentación; se empleó la plataforma Google Docs, la cual se difundió a través de diversas redes sociales.

Resultados: Del 13 al 25 de mayo de 2020 se obtuvieron 279 participantes, de los cuales 29 no cumplieron los criterios de inclusión y se los excluyó. De los 250 encuestados, el 65.2% (163) correspondió al género femenino y la media de edad fue de 31.1 ± 13.9 años (intervalo, 18-70). Se encontró que 178 individuos (71.2%) habían presentado al menos alguno de los síntomas (saciedad temprana, plenitud posprandial, dolor o ardor epigástrico) durante los últimos seis meses; sin embargo, sólo 73 encuestados (29.2%) cumplieron con criterios de Roma IV. De éstos, 27.4% tuvo alteraciones posprandiales, 13.6% dolor epigástrico y 59% ambos síndromes. Respecto del ayuno, el tiempo promedio transcurrido entre despertarse y realizar la primera comida fue de 2 horas y 14 minutos \pm 2 horas y 27 minutos; se observó que existe un riesgo modesto de desarrollar dispepsia considerando un ayuno \geq 5 horas para el desarrollo de dispepsia no investigada (OR, 1.332), el cual era similar para pacientes con alteración posprandial (OR, 1.321) y un poco mayor para el síndrome de dolor epigástrico (OR, 1.622). Además, se determinó un riesgo moderado (OR, 2.121) al tener un periodo \geq 8 horas entre comidas y el desarrollo de dispepsia.

Conclusiones: En esta población se identificó una prevalencia de dispepsia no investigada del 29.2% y se demostró que un periodo de ayuno \geq 5 horas después de despertar, así como un periodo entre comidas \geq 8 horas, puede considerarse un factor de riesgo para la presentación de dispepsia.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom071

PSEUDO-OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA: REPORTE DE UN CASO

E. A. Jasso-Baltazar, K. S. Torres-Castillo, F. A. Solís-Galindo, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La pseudoobstrucción intestinal crónica (SOIC) es una forma grave de dismotilidad gastrointestinal con episodios recurrentes de suboclusión intestinal que simulan una obstrucción mecánica. Si los síntomas obstructivos están presentes por más de seis meses, se clasifica como SOIC. Es una afección rara y debilitante con una incidencia calculada de 0.2 a 0.24 por cada millón de adultos por año. Debido a su complejidad y heterogeneidad, la SOIC se diagnostica a menudo de forma errónea o permanece sin reconocerse hasta etapas avanzadas.

Objetivo: Describir la presentación clínica y el diagnóstico de la SOIC.

Informe de casos: Hombre de 26 años con antecedente de hermano finado a los 22 años por afección gastrointestinal sin establecer un diagnóstico y caracterizada por diarrea crónica y pérdida de peso mayor de 20 kg en seis meses. Inicia padecimiento con astenia, adinamia, distensión abdominal junto con dolor abdominal en el flanco derecho y mesogastrio, en relación con ingestión de alimentos; se agregan evacuaciones diarreicas (Bristol 7) en seis a 10 ocasiones al día con presencia de pujo y tenesmo rectal, así como pérdida de peso no intencionada mayor de 30 kg en seis meses. Durante su internamiento se inicia tratamiento con procinéticos, NPT y tratamiento sintomático; se realiza endoscopia que identifica gastropatía alcalina grave y duodenitis inespecífica grave; la colonoscopia muestra compresión extrínseca de colon ascendente con resultado histopatológico de colitis crónica inespecífica; tránsito intestinal baritado sin alteraciones; colon por enema baritado con dolicosigmoideas; gammagrafía de vaciamiento gástrico retardado; ultrasonido abdominal con abundante gas intestinal; tomografía de abdomen simple y contrastada sin alteraciones; tomografía enteral (Fig. 1) con datos de dilatación notoria de asas de intestino delgado, sin identificar el sitio de obstrucción. Revela signos clínicos de abdomen agudo, por lo que se practica laparotomía exploradora, sin evidencia de oclusión intestinal, sólo enfermedad diverticular en colon izquierdo; se realiza hemicolectomía izquierda + colostomía y se envía la muestra al servicio de patología. La evolución clínica fue mala y el paciente sufrió disfunción orgánica por lo que desafortunadamente falleció. El diagnóstico de SOIC se estableció por cuadro clínico, hallazgos radiológicos e histopatológicos.

Discusión: La SOIC es la forma más grave y debilitante de la dismotilidad gastrointestinal que puede ser primaria (idiopática), secundaria (síndromes paraneoplásicos, enfermedades neuromusculares, enfermedades endocrinas, infecciones, enfermedades autoinmunitarias, entre otras) o familiar (autosómica dominante, autosómica

Figura 1. Dilatación notoria de las asas de intestino delgado, sin identificación del sitio de obstrucción. (Dom071).



recesiva y ligadas al cromosoma X). Se manifiesta a cualquier edad, pero por lo general aparece en la infancia o la edad adulta y surge en cualquier parte del tracto gastrointestinal; el intestino delgado y el colon son los segmentos más afectados. Los síntomas más comunes son dolor abdominal (80%), náusea y vómito (75%), estreñimiento (40%) y diarrea (20%); la desnutrición es otro aspecto clínico significativo.

Conclusiones: El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos, radiológicos e histopatológicos, endoscopia y manometría intestinal para descartar obstrucción mecánica; sin embargo, no existe una norma de referencia para el diagnóstico. El tratamiento actual no es efectivo y los objetivos se basan en la educación del paciente, evitar operaciones innecesarias, mantener un consumo calórico adecuado, limitar la desnutrición, promover la motilidad intestinal, y tratar los síntomas y las complicaciones. El pronóstico aún es pobre a largo plazo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom072

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE NEUROGASTROENTEROLOGÍA DURANTE LAS FASES 2-3 DE LA PANDEMIA POR COVID-19

C. Durán-Rosas, U. García-Mora, S. M. Pinto-Gálvez, B. A. Priego-Parra, A. Triana-Romero, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana

Introducción: La pandemia por COVID 19 ha obligado a establecer medidas para evitar los contagios durante la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas en gastroenterología. Los estudios motores del tubo digestivo implican un riesgo elevado e intermedio de transmisión de la infección por este virus. A medida que se reanuda la atención en los laboratorios de motilidad digestiva de manera paulatina se confiere prioridad de atención a pacientes que cursan con síntomas que modifican de modo negativo su calidad de vida, por ejemplo los pacientes con disfagia. La práctica médica debe concordar con los lineamientos de las guías internacionales para reintroducir las actividades en los laboratorios de motilidad, con prioridad a las indicaciones urgentes y semiurgentes, que deben adaptarse a las instituciones y reiniciar en la medida de lo posible los procedimientos diagnósticos.

Objetivo: Describir la experiencia de esta institución en el reinicio de los procedimientos diagnósticos del área de fisiología digestiva con las nuevas medidas de seguridad acordes a las guías de la Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología (SLN).

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo que incluye a pacientes sometidos a estudios de fisiología digestiva en el laboratorio de motilidad intestinal del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana durante el mes de junio de 2020 de acuerdo con las recomendaciones de la SLN. Se incluyó a pacientes con indicaciones urgentes y semiurgentes (disfagia, ERGE resistente, pacientes programados para procedimientos quirúrgicos). De acuerdo con la SLN, en ausencia de síntomas de COVID pero ante el desconocimiento del estado de inmunidad, todos los pacientes deben estudiarse con un estricto protocolo de seguridad y un equipo de protección personal (EPP); este último debe incluir careta, mascarilla N95, doble guante y bata. Se consideraron las indicaciones, diagnósticos, percepción del paciente, tiempo de duración de los estudios y eficacia de las medidas tomadas hasta el

momento (vigilancia por vía telefónica de los pacientes después del procedimiento para descartar síntomas consistentes con COVID-19). Dos mismas personas (CDR y JMRT) efectuaron los estudios y sólo se programó un caso por día.

Resultados: En este periodo se valoró a 15 pacientes, cuyas indicaciones, estudio realizado y diagnóstico se describen en la **Tabla 1**. Ninguno refirió síntomas consistentes con COVID-19 al momento de la valoración y, debido a que se desconocía su estado inmunológico, se adoptó el protocolo estricto sugerido por la SLN. Los pacientes se mostraron cooperadores y satisfechos durante y después del procedimiento y toleraron bien el estudio. El tiempo de la realización de los estudios en promedio fue de 20 min (+12 min). No se hicieron pruebas de provocación esofágica. Un enfermo con acalasia desarrolló COVID 24 días después del estudio debido a transmisión comunitaria en el día 20. En las seis semanas tras la realización del primer estudio, el PCR para SARS-CoV-2 y los anticuerpos IgG en sangre de los miembros del equipo de trabajo siguen negativos.

Conclusiones: En la experiencia de los autores, los estudios pueden realizarse de forma óptima y segura, con las medidas de protección necesarias. Se observó prolongación del tiempo de realización. Debe considerarse que probablemente estas medidas llegaron para quedarse y la adaptación es fundamental, si bien se necesitan estudios de costo-beneficio.

Financiamiento: Este estudio no contó con patrocinio.

Tabla 1. ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico), MAR (manometría de alta resolución) y MEI (motilidad esofágica inefectiva). (Dom072).

Característica	Hallazgos (%)
Indicación	
Disfagia	9 (60)
ERGE resistente	5 (33.3)
Dolor torácico no cardíaco	1 (6.6)
Procedimiento	
MAR	15
pH-metría	6
Diagnóstico manométrico	
Acalasia	6 (40)
MEI	5 (33.3)
Normal	4 (26.6)
Diagnóstico pH-metría	
ERGE	2 (33.3)
Hipersensibilidad esofágica	2 (33.3)
Normal	2 (33.3)

Dom073

ALTERACIONES DE LA FISIOLOGÍA ESOFÁGICA ASOCIADAS A REFLUJO EN PACIENTES CON BALÓN INTRAGÁSTRICO

J. A. Perales-Oliva, F. E. Almazán-Urbina, E. S. H. Rangel-Cruz, M. Santiago-Torres, V. M. Rivera-Méndez, C. I. Blanco-Vela, Hospital Central Militar

Introducción: En el plano mundial, México ocupa el segundo lugar en obesidad y el balón intragástrico (BIG) es un procedimiento

endoscópico ampliamente utilizado para su tratamiento. Hasta 30% de los pacientes tratados con BIG muestra síntomas de reflujo, complicación que puede obligar a su extracción prematura. Hasta el momento se desconocen las alteraciones de la fisiología esofágica relacionadas con reflujo y pobre tolerabilidad que puede ocasionar el BIG.

Objetivo: Identificar las alteraciones de la fisiología esofágica vinculadas con el reflujo en pacientes con balón intragástrico mediante manometría de alta resolución y pH-metría con impedancia esofágica.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, longitudinal y descriptivo realizado durante marzo del 2018 y hasta marzo del 2020 en el servicio de endoscopia del Hospital Central Militar. Se solicitó manometría de alta resolución y pH-metría/impedancia esofágicas antes de la colocación de BIG en pacientes obesos y tras cuatro semanas se repitieron las mediciones con el balón colocado. Se capturaron las variables demográficas y fisiológicas de ambas mediciones y se realizó estadística descriptiva y analítica de los resultados.

Resultados: Se incluyó a 16 pacientes que completaron el protocolo. Durante la valoración anterior a la colocación del BIG, 11 pacientes (68.8%) experimentaron motilidad esofágica inefectiva, una vez colocado el balón; en 13 (81.4%) se notificaron alteraciones motoras, las cuales incluyeron 11 (68.8%) con motilidad esofágica inefectiva, uno (6.3%) con peristalsis ausente y uno más (6.3%) con obstrucción al flujo de salida. Al comparar los valores antes y después de la colocación de BIG se reconocieron diferencias en cuanto a la integral distal contráctil (653.19 ± 439 vs. 482.17 ± 254 mmHg/cm/s, $p < 0.05$), al número de episodios de reflujo (49.50 ± 36 vs. 71.69 ± 32 ; $p < 0.05$) y el número de episodios de contenido líquido (20.06 ± 16.7 vs. 32.94 ± 17.1 , $p < 0.05$) y mixto (7.88 ± 4.59 vs. 15.38 ± 9.74 , $p < 0.05$). Con el BIG *in situ* se identificó una correlación inversa entre la longitud intraabdominal del EEL y la anomalía en el tiempo de exposición al ácido (TEA) ($r = -.504$, $p < 0.05$); y entre la longitud intraabdominal del EEL y el DeMeester ($r = -.585$, $p < 0.05$). Con el BIG colocado se observó un mayor TEA en pacientes del sexo masculino ($p < 0.05$).

Conclusiones: La prevalencia de trastornos motores esofágicos en pacientes con BIG alcanza el 81.4%. Además, el BIG incrementa significativamente el número de episodios de reflujo, en particular de contenido líquido y mixto. Es posible que las alteraciones motoras esofágicas observadas produzcan un aclaramiento esofágico alterado y que el incremento del número de episodios de reflujo sea resultado de la distensión crónica que ocasiona el balón intragástrico *in situ*.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom074

PREVALENCIA Y EXACERBACIÓN DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE ÁREAS COVID-19

G. Morales-Osorio, G. D. Salazar-Hinojosa, M. Castillo-Barradas, B. A. Sánchez-Jiménez, A. Y. Cruz-Saucedo, J. A. Martínez-Palomino, C. M. Del Real-Calzada, Instituto Mexicano del Seguro Social, UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) caracterizado por hábitos intestinales alterados, junto con molestias o dolor abdominal y en ausencia de anomalías estructurales y bioquímicas detectables, es el más frecuente de los trastornos gastrointestinales funcionales. Hay muchos factores participantes que alteran el eje

intestino-cerebro, como la dieta y el estrés nervioso. Debido a la pandemia por COVID-19, el personal de salud está sometido a estrés y por ello se investigó esta asociación.

Objetivo: Identificar la prevalencia de síndrome de intestino irritable en personal de salud que atiende áreas COVID-19.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo. La población se integró con personal de salud de diferentes categorías, que atiende áreas COVID-19 mediante una encuesta. El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete SPSS versión 25.0. Se valoró si cumplían criterios para SII y factores adjuntos. La muestra se dividió entre los pacientes que sí tuvieron síntomas y los que no; se calcularon diferencias entre los dos grupos mediante la prueba χ^2 para variables cualitativas y distribución con t de Student para variables cuantitativas. Los que mostraron diferencias se sometieron a regresión logística para calcular OR e IC 95; la significancia estadística se determinó con una $p < 0.05$.

Resultados: Se encuestó a 452 trabajadores de la salud, de los cuales 297 (65%) fueron mujeres, con una edad media de 33.35 años (± 8.17). Respecto de las categorías, hubo 346 médicos (76%), 43 enfermeros (9%), 38 de nutrición (8%) y otras actividades fueron 25 (7%). De los trastornos de ansiedad-depresión, se encontró prevalencia en 175 (38.7%) y el más frecuente fue el trastorno de ansiedad en 97 (21.5%), seguido de mixto depresivo con 51 (11.3%) y depresión en 27 (6%). Con los criterios de Roma IV se diagnosticó SII en 121 personas (26.8%) (Fig. 1), la mayoría hombres con 86 (71%). En cuanto a la presencia de SII y trastorno ansioso-depresivo, se identificó una correlación en 62 casos (22%), lo cual fue estadísticamente significativo ($p = 0.009$); el personal médico con 101 (83.4%) y de enfermería con 10 (8.2%) mostró más esto último. En los encuestados se advirtió que 43 (35%) beben alcohol con una frecuencia de dos a tres veces por semana y consideran sus hábitos alimenticios regulares, ya que 77 (65.2%) ingieren comida chatarra tres veces por semana, con consumo de refrescos diarios en 27 (22.5%); sin embargo, 55 (45.8%) aumentaron su consumo de frutas y verduras, y 63 personas (52.5%) redujeron el de carnes rojas. Sobre los subtipos de SII se encontró una mayor prevalencia de diarrea en 47 personas (38.8%), estreñimiento en 32 (26.4%) y los 42 restantes (34.7%) se consideraron de patrón mixto o no clasificados.

Conclusiones: La prevalencia de SII en trabajadores de la salud encuestados que atienden áreas COVID-19 fue de 26.8% y se correlacionó con la presencia de un trastorno ansioso-depresivo. En los hábitos alimenticios se identificó una alta ingestión de alcohol, comida chatarra, frutas y verduras, pero también se observó una disminución del consumo de carne roja sin que esto influyera en la prevalencia de SII.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Prevalencia y exacerbación de los síndrome de intestino irritable en personal de la salud que atiende áreas COVID-19. (Dom074).

