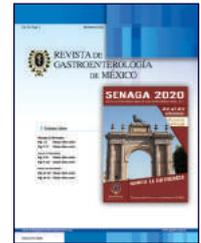




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 24 de noviembre de 2020

Endoscopia

Mar157

EVALUACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN NUEVO MÉTODO PARA MEDIR LA ACTIVIDAD DE LAS ANGIO-DISPLASIAS DE INTESTINO DELGADO (ADID) POR VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA (CESBAAI)

A. N. Del Cueto-Aguilera, O. D. Borjas-Almaguer, J. M. Muñoz-Ayala, D. García-Compeán, J. A. González-González, J. O. Jáquez-Quintana, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", UANL

Introducción: Las ADID son causa del 50% de las hemorragias del intestino medio. Su gravedad puede relacionarse con diferentes manifestaciones clínicas y tasas de recurrencia hemorrágica. No existe ninguna escala endoscópica estandarizada para medir la gravedad de las ADID.

Objetivo: Desarrollar, valorar y validar un nuevo método para determinar la gravedad de las ADID por videocápsula endoscópica (VCE).

Material y métodos: Cuatro endoscopistas con experiencia previa en VCE revisaron, cada uno en forma independiente, videos de 22 pacientes codificados con ADID. El grupo de los autores diseñó el método utilizado y se le asignó el nombre de CESBAAI (*Capsule Endoscopy Small Bowel Angiodysplasia Activity Index*). Se valoraron tres parámetros que miden la gravedad de las lesiones y la probable imputabilidad del sangrado: a) localización de las lesiones: L1:

lesiones confinadas en una mitad del ID; L2: distribuidas en las dos partes; b) número de lesiones: N1: < 5; N2: 5-10; N3: > 10; c) probabilidad hemorrágica: P1: sin sangrado activo ni estigmas y color rojo pálido; P2: sin sangrado activo ni estigmas y color rojo intenso; P3: sin sangrado activo, con estigmas (úlceras, coágulos o restos hemáticos); P4: sangrado activo no pulsátil. El índice total se calculó como sigue: CESBAAI = Lx1 + Nx2 + Px3 que resulta en una puntuación de 6 a 20. La concordancia y la variabilidad entre pares de observadores y en el conjunto total de las valoraciones se analizaron mediante la estadística de kappa y la correlación de Spearman. Un valor de $p < 0.05$ se consideró significativo.

Resultados: Los valores de CESBAAI suministrados por los observadores a los pacientes en conjunto tuvieron un intervalo de 1.5 a 18 puntos. Los promedios del CESBAAI asignados por cada observador fueron: observador 1 = 11.6 ± 4.1 puntos; observador 2 = 11.3 ± 4.8 puntos; observador 3 = 11.1 ± 4.9 puntos; observador 4 = 11.8 ± 4.2 puntos. La concordancia de kappa entre pares de observadores en los subíndices fue: L de 0.7 (0.48-1), N de 0.58 (0.45-0.94) y P de 0.59 (0.40-0.84). En el índice total: 0.57 (0.42-0.87, $p < 0.001$). La correlación de Spearman del índice total asignado por cada par de observadores fue de 0.73 (0.61-0.94, $p < 0.001$) (Tabla 1). Todos los observadores opinaron que el método era sencillo y fácil de utilizar.

Conclusiones: Estos resultados demuestran la reproducibilidad del CESBAAI y por tanto puede utilizarse como un instrumento clínico para determinar la gravedad y estudiar su relación con las manifestaciones clínicas y la tasa de recurrencia hemorrágica.

Financiamiento: Este estudio recibió financiamiento de la Facultad de Medicina de la UANL.

Tabla 1. Valores de la estadística de concordancia de kappa y la correlación de Spearman de las puntuaciones de los subíndices y del índice total del CESBAAI por pares y en el conjunto de observadores (Mar157).

Subíndices	Observadores	Kappa	p	Rs	p
Localización	O1 vs. O2	0.48	0.01	0.57	0.005
	O1 vs. O3	0.41	0.04	0.51	0.01
	O1 vs. O4	0.48	0.01	0.57	0.005
	O2 vs. O3	0.92	< 0.001	0.92	< 0.001
	O2 vs. O4	1	< 0.001	1	< 0.001
	O3 vs. O4	0.92	< 0.001	0.92	< 0.001
	Total	0.7		0.75	
Número	O1 vs. O2	0.47	0.02	0.71	< 0.001
	O1 vs. O3	0.52	0.01	0.75	< 0.001
	O1 vs. O4	0.6	< 0.001	0.76	< 0.001
	O2 vs. O3	0.94	< 0.001	0.94	< 0.001
	O2 vs. O4	0.45	0.02	0.76	< 0.001
	O3 vs. O4	0.5	0.01	0.79	< 0.001
	Total	0.58		0.79	
Probabilidad	O1 vs. O2	0.62	< 0.001	0.75	< 0.001
	O1 vs. O3	0.7	< 0.001	0.79	< 0.001
	O1 vs. O4	0.4	0.003	0.51	0.01
	O2 vs. O3	0.84	< 0.001	0.89	< 0.001
	O2 vs. O4	0.48	< 0.001	0.48	0.02
	O3 vs. O4	0.48	< 0.001	0.48	0.02
	Total	0.59		0.78	
CESBAAI	O1 vs. O2	0.58	< 0.001	0.78	< 0.001
	O1 vs. O3	0.6	< 0.001	0.79	< 0.001
	O1 vs. O4	0.42	< 0.001	0.68	0.001
	O2 vs. O3	0.87	< 0.001	0.94	< 0.001
	O2 vs. O4	0.46	< 0.001	0.61	0.002
	O3 vs. O4	0.47	< 0.001	0.63	0.001
	Total	0.57		0.73	

Mar158

PREDICTORES DE PREPARACIÓN INADECUADA PARA COLONOSCOPIA: ESTUDIO EN PACIENTES MEXICANOS

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

Introducción: La identificación de factores de riesgo que interfieran con una buena limpieza intestinal permite establecer medidas correctivas que mejoren la calidad de la colonoscopia. Estos factores no se han estudiado ampliamente en la población mexicana.

Objetivo: Determinar factores de riesgo que interfieran con la limpieza intestinal antes de una colonoscopia, en una serie de pacientes mexicanos atendidos en forma ambulatoria

Material y métodos: Todos los pacientes sometidos por primera vez a colonoscopia entre 01/2017 y 06/2020 se consideraron para el estudio. Se excluyó a aquellos con colonoscopia previa u operación de colon, hemorragia activa, embarazadas, pacientes inestables o gravemente enfermos, falla renal o enfermedad inflamatoria intestinal conocida y quienes no aceptaron participar. Se eliminó a los que tenían estenosis de cualquier naturaleza que impidiera completar el estudio. Todos los pacientes recibieron el mismo instructivo que contenía una dieta baja en residuo y las indicaciones para tomar polietilenglicol en dosis divididas. Todos los estudios los efectuaron un mismo endoscopista y un asistente con el mismo equipo (Olympus 180), bajo sedación asistida por un anesthesiólogo. En todos los pacientes se obtuvo una historia clínica uniforme y completa. Se utilizó la escala de Boston para determina el grado de limpieza intestinal, que se consideró adecuada con una puntuación ≥ 6 con al menos 2 puntos en cada segmento intestinal.

Resultados: Se incluyó a 220 enfermos en el análisis final. Se observó una preparación inadecuada en 24 (11%) y adecuada en 196 pacientes (89%). No se observaron diferencias entre ambos grupos en relación con edad promedio, proporción de sujetos > 65 años, género, escolaridad, peso promedio, índice de masa corporal, enfermedades sistémicas concomitantes, consumo de fármacos o polifarmacia, indicación primaria de la colonoscopia, antecedente de operación abdominal, antecedentes de maniobras digitales, enemas o supositorios, así como forma de las evacuaciones durante la semana anterior a la programación de su estudio (escala de Bristol). Sólo la presencia de dos o más enfermedades concomitantes y la autodefinición de estreñimiento se detectaron como factores de riesgo para la preparación inadecuada (Tabla 1). Ninguna enfermedad concomitante específica incrementó el riesgo en forma particular.

Conclusiones: En esta serie, la presencia de dos o más enfermedades sistémicas concomitantes y la autodefinición de estreñimiento fueron factores de riesgo independientes en relación con la limpieza intestinal inadecuada antes de la colonoscopia. Se sugiere instituir medidas que permitan una mejor preparación para el procedimiento en enfermos con estas características. La proporción de pacientes con preparación adecuada fue más elevada que el promedio de los estudios similares informados en las publicaciones médicas.

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

Tabla 1. Factores de riesgo relacionados con la preparación inadecuada del colon (Mar158).

Factor de riesgo	Preparación inadecuada	Preparación adecuada	p
Dos o más enfermedades sistémicas concomitantes	11 de 24 (46%)	33 de 196 (17%)	0.002
Estreñimiento autodefinido	11 de 24 (46%)	44 de 196 (22%)	0.01

Mar159

CANCELACIÓN DE CIRUGÍA ELECTIVA EN PANDEMIA POR COVID-19: PACIENTES CON LITIASIS VESICULAR SINTOMÁTICA

L. H. López-Salazar, I. Horta-Padilla, Hospital Comunitario Purísima del Rincón

Introducción: El brote de neumonía en la ciudad de Wuhan el 31 de diciembre del 2019 alertó al mundo. Debido a la gravedad de la enfermedad, la rápida propagación y la inactividad de los gobiernos, la OMS declaró la pandemia por COVID-19. El lunes 16 marzo del 2020, las autoridades del Instituto de Salud Pública de Guanajuato dieron la instrucción de cancelar las operaciones programadas para reducir el riesgo de transmisión, reservar equipos de protección personal y reasignar recursos materiales y humanos para el tratamiento de pacientes con COVID-19. El colaborativo Covid-Surg calcula que, mientras continúen las mismas medidas para mitigar los efectos de la pandemia por COVID-19, 15 315 intervenciones quirúrgicas se cancelarán cada semana en México, 1 956 hepatobiliares y del sistema digestivo alto. La colecistitis crónica es la indicación del 79% de las colecistectomías (Cx) realizadas en Estados Unidos. El riesgo anual para desarrollar pancreatitis aguda biliar es del 0.04% a 1.5%, el de colecistitis aguda de 0.3% a 0.4% y el de coledocolitiasis del 0.1% a 0.4%, con una mortalidad del 3% a 24% por episodio. La Cx temprana es el tratamiento de elección de la colecistitis. En un metaanálisis se comparó la Cx durante las primeras 24 horas contra 4.2 meses tras un cuadro de cólico biliar y se encontró acortamiento de 1.25 días de estancia hospitalaria, 14.8 minutos quirúrgicos y 22.5% de morbilidad.

Objetivo: Determinar el efecto de la cancelación de las colecistectomías programadas en pacientes con colecistitis crónica litiásica debido a la pandemia de COVID-19.

Material y métodos: Análisis transversal retrolectivo de las colecistectomías realizadas de urgencia en el Hospital Comunitario de Purísima del Rincón, hospital regional con especialidades troncales y 28 camas, del 16 de marzo al 15 de junio.

Resultados: En el momento que se emitió la indicación de cancelar la actividad quirúrgica se suspendieron 21 colecistectomías (Cx) programadas en individuos con colecistitis crónica por colelitiasis sintomática. Entre el 16 de marzo y el 15 de junio se diagnosticaron 29 casos más, para sumar 50 pacientes con colelitiasis sintomática que requieren operación. La carga de Cx del hospital se resume en la **Tabla 1**. En este periodo se realizaron 8 Cx de urgencia, 6 en pacientes que se encontraban con intervención programada antes de la fecha de cancelación. Esto representó una tasa de complicaciones del 28.57% (6/21). De éstos, 5 pacientes son mujeres y 1 hombre, con límites de edad de 21 a 82 años. Cuatro pacientes desarrollaron cuadros de colecistitis crónica agudizada grado II de Tokyo, uno pancreatitis biliar leve litiásica y otro más coledocolitiasis

en los cuales se realizó CPRE perioperatoria. Siempre se practicó Cx con técnica abierta por no contar con laparoscopia. El promedio de estancia hospitalaria fue de 4 a 7 días.

Conclusiones: La cancelación de operaciones electivas y el retraso del procedimiento en pacientes con litiasis vesicular representan un riesgo de complicación. En este hospital, el 28.5% de los pacientes en espera tuvo una complicación que exigió operación de urgencia y más días de estancia hospitalaria. La medida de cancelar las colecistectomías programadas debe replantearse ante la incertidumbre del curso de la pandemia por COVID-19. Los pacientes con litiasis vesicular sintomática requieren intervención temprana para evitar complicaciones graves. Al cierre de este estudio, 42 pacientes se hallaban en espera de programación quirúrgica. Si se considera que antes de la pandemia de COVID-19 se realizaban 14 colecistectomías mensualmente, y se diagnostican 10 casos nuevos de colelitiasis asintomática por mes, lo que incrementa un 25% la carga quirúrgica del hospital, se lograría tratar a los pacientes en espera y a los nuevos casos en no menos de seis meses.

Financiamiento: Los autores no recibieron ningún financiamiento para la realización del estudio. Se declaran libres de conflictos de intereses.

Mar160

PREMEDICACIÓN CON SIMETICONA PARA MEJORAR LA VISIBILIDAD DE LA MUCOSA EN LA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA. ENSAYO CLÍNICO DE NO INFERIORIDAD, ALEATORIZADO, CEGADO AL ENDOSCOPISTA

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

Introducción: La esofagogastroduodenoscopia (EGD) es la norma de referencia diagnóstica para la valoración de la mucosa del tubo digestivo superior (TDS). Una limpieza apropiada de la mucosa es indispensable para la adecuada valoración y el diagnóstico. Las medidas para la limpieza de TDS incluyen lavado y aspiración con agua durante el procedimiento y premedicación con agentes antiespumantes y mucolíticos antes. Uno de los medicamentos más utilizados en la premedicación es la simeticona a dosis de 100 mg en 100 ml de agua.

Objetivo: Determinar si la premedicación con 100 mg de simeticona en 50 ml de agua no es inferior que la premedicación con 100 mg de simeticona en 100 ml de agua para mejorar la visibilidad de la mucosa en la EGD.

Material y métodos: Se realizó un estudio clínico aleatorizado controlado y cegado al endoscopista con dos grupos de premedicación: grupo A con 100 mg de simeticona en 100 ml de agua y grupo B con 100 mg de simeticona en 50 ml de agua administrados 20 a 30 minutos antes de la EGD. Se calculó una muestra necesaria de 64 pacientes por grupo con un grado de significancia unilateral de 0.05, un poder estadístico del 80% y un 10% de pérdidas de seguimiento para determinar con una certeza del 80% que el tratamiento experimental no sería inferior a la norma si el límite inferior del IC95% unilateral es superior a -0.93. Todas las EGD se realizaron con equipo OLYMPUS GIF-190 y las llevó a cabo un endoscopista en entrenamiento, quien fotodocumentó la mucosa explorada. Las fotografías almacenadas las revisó con posterioridad un endoscopista en entrenamiento cegado a la premedicación, quien calificó la visibilidad de la mucosa de la siguiente manera: puntuación total de visibilidad global de la mucosa (PTVM), puntuación de visibilidad de la mucosa

Tabla 1. Colecistectomías realizadas y suspendidas, y casos nuevos de colelitiasis sintomática en un hospital general comunitario con especialidades troncales y 28 camas (16 de marzo a 15 de junio) (Mar159).

Colecistectomías realizadas del 1 de enero al 15 de marzo	42
Colecistectomías programadas suspendidas a partir del 16 de marzo debido a la pandemia por COVID-19	21
Pacientes recién diagnosticados con colelitiasis sintomática del 16 de marzo al 15 junio	29
Colecistectomías de urgencia	8 (2 nuevos ingresos y 6 en espera de reprogramación)

Se practicaron 6 colecistectomías en 21 de los pacientes que se encontraban en espera quirúrgica debido a complicaciones causadas por la cancelación de las operaciones programadas por la pandemia por COVID-19.

gástrica (PVMG) y puntuación de visibilidad de la mucosa por área según la escala de Basford en seis sitios distintos del tubo digestivo superior.

Resultados: De modo inicial se incluyó a un total de 128 pacientes (cuatro se eliminaron para integrar un total de 124 individuos); se analizaron 62 por grupo. No se encontraron diferencias en cuanto a edad ni sexo entre los grupos. El PTVM, PVMG y puntuación por área, excepto el cuerpo proximal, fue peor en el grupo B en comparación con el grupo A con una media de PTVM de 9.65 (DE \pm 3.17) contra 8.26 (DE \pm 2.03) ($p = 0.003$) y PVMG de 6.71 (DE \pm 2.43) contra 5.76 (DE \pm 1.66) ($p = 0.006$), respectivamente. La premedicación del grupo B fue inferior para mejorar la visibilidad de la mucosa global y gástrica (límite inferior IC95%, unilateral de -2.325 para PTVM y de -1.691 para PVMG). No se informaron episodios adversos relacionados con la premedicación ni se identificaron diferencias en cuanto a tiempo del procedimiento ni toma de biopsias entre los grupos.

Conclusiones: La premedicación con 100 mg de simeticona en 50 ml de agua fue inferior para mejorar la visibilidad de la mucosa en la EGD, sin diferencias en episodios adversos, tiempo de procedimiento o toma de biopsias.

Financiamiento: Ninguno.

Mar161

DIFERENCIAS CLÍNICAS Y PARACLÍNICAS DE LA DIVERTICULITIS AGUDA DE COLON EN PACIENTES MENORES VS. MAYORES DE 40 AÑOS EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

J. Bustamante-Pacheco, M. De Ariño-Suárez, P. Brito-Lugo, J. F. Rivera-Ramos, Hospital Español de México

Introducción: La evidencia más reciente en esta afección apunta a que los pacientes más jóvenes tienen un comportamiento clínico más impredecible, con mayores complicaciones o mayor necesidad de operación. En décadas recientes, la incidencia de diverticulitis en pacientes de 40 a 49 años en Estados Unidos se ha incrementado 132%. Los informes de casos aislados < 40 años han encontrado semejanzas en características clínicas: sexo masculino, localización en sigmoides, y sobrepeso. Es posible que la mayor gravedad de los casos en jóvenes se relacione con otros factores intrínsecos

o extrínsecos al paciente y relativos a la toma de decisiones intra-hospitalarias. Hasta ahora, en la Ciudad de México y en población mexicana, no se dispone de estudios con esta misma observación que valoren el punto de corte de edad citado.

Objetivo: Primario: determinar si existen diferencias en el comportamiento clínico y paraclínico en los pacientes con diverticulitis aguda, < 40 años contra > 40 años, diagnosticados e internados en el Hospital Español de México. Secundario: determinar, en caso de encontrar diferencias, si éstas se vinculan con factores de riesgo modificables o no modificables en ambos grupos.

Material y métodos: Criterios de inclusión: pacientes de cualquier edad con diagnóstico de diverticulitis aguda confirmado por tomografía e internados en el Hospital Español de México, entre marzo de 2014 y marzo de 2019 y separados en dos grupos: < 40 y > 40 años. Criterios de exclusión: pacientes con diagnóstico principal de enfermedades del espectro de enfermedad diverticular distintos de la diverticulitis. Tipo de estudio: descriptivo, unicéntrico, transversal, observacional, retrospectivo y retrolectivo. Variables analizadas: características clínicas y paraclínicas, factores de riesgo modificables y factores de riesgo no modificables. Análisis estadístico: las variables numéricas se resumen en medias y desviación estándar; o mediana y percentiles 25-75°, según el caso y su distribución. Se realizó análisis bivariado de las variables cuantitativas con prueba de U de Mann-Whitney. Para las cualitativas, χ^2 , χ^2 de tendencia lineal o prueba exacta de Fisher, de acuerdo con el caso. Se considera un valor de $p < 0.05$ a dos colas como significancia estadística. Los análisis se realizaron en SPSS versión 21.

Resultados: Se identificaron 99 casos en total: 17 < 40 años y 82 > 40 años. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos para las variables: complicaciones posteriores al internamiento (41.2 vs. 9.9%), necesidad de operación (41 vs. 15%) y género masculino (76.5 vs. 47.6%). Otros factores de riesgo modificables (método diagnóstico, esquema antibiótico, primer antibiótico, administración de antibiótico antiaerobio, horas de inicio del antibiótico, consumo de IBP o AINE, latencia síntomas-hospital, tiempo a la dieta y categoría de peso) y no modificables (localización del cuadro) mostraron tendencias similares, con excepción de la categoría de peso, aunque ésta no alcanzó significancia estadística. Los resultados encontrados se resumen en la **Tabla 1**.

Conclusiones: El comportamiento clínico de la diverticulitis aguda en pacientes menores de 40 años tiende a mayor posibilidad de requerir una intervención quirúrgica. Estos pacientes no tienen formas más agresivas a su llegada sino después de su internamiento, lo cual puede no deberse a factores de riesgo modificables. Estos pacientes son hombres con más frecuencia.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Diferencias clínicas y paraclínicas, factores de riesgo modificables y no modificables de diverticulitis aguda en pacientes menores o mayores de 40 años en el Hospital Español de México. (Mar161).

Edad (años)	54.2 \pm 14	35.0 \pm 4.6	58.3 \pm 11.9	No aplica
IMC (kg/m ²)	26 (24.2, 27.7)	25.2 (23, 27.8)	26.1 (24.2, 27.7)	0.40
Clasificación de Hinchey				0.06
0	3 (3%)	0	3 (3.7%)	
IA	59 (59.6%)	8 (47.1%)	51 (62.2%)	
IB	13 (13.1%)	2 (11.8%)	11 (13.4%)	
II	9 (9.1%)	2 (11.8%)	7 (8.5%)	
III	8 (8.1%)	3 (17.6%)	5 (6.1%)	
IV	4 (4%)	1 (5.9%)	3 (3.7%)	
No aplica	3 (3%)	1 (5.9%)	2 (2.4%)	
Riesgo de sepsis (qSOFA \geq 2)	18 (18%)	3 (17%)	15 (18%)	1.00
Diverticulitis complicada al ingreso	37 (37.3%)	9 (52.9%)	28 (34.1%)	0.14
Diverticulitis complicada luego del internamiento	15 (15.2%)	7 (41.2%)	8 (9.9%)	0.004
Necesidad de operación	19 (19%)	7 (41.2%)	12 (15%)	0.02

Método diagnóstico				0.87
TC contrastada IV	88 (88.9%)	14 (82.4%)	74 (90.2%)	
Laparoscopia	5 (5.1%)	2 (11.8%)	3 (3.7%)	
Colonoscopia	3 (3%)	1 (5.9%)	2 (2.4%)	
Patología	2 (2%)	0	2 (2.4%)	
TC simple	1 (1%)	0	1 (1.2%)	
Esquema antibiótico				0.61
Monoterapia	12 (12%)	2 (12%)	10 (12%)	
Biterapia	81 (83%)	17 (88%)	66 (81%)	
Más de 2 antibióticos (escalamiento/desescalamiento)	5 (5%)	0	5 (6%)	
Primer antibiótico				0.77
β-lactámicos	17 (17%)	1 (6%)	16 (20%)	
Cefalosporinas	26 (26%)	8 (47%)	18 (22%)	
Quinolonas	52 (53%)	7 (41%)	45 (55%)	
Carbapenémicos	3 (3%)	1 (6%)	2 (2%)	
Uso de antibiótico antianaerobios				0.99
Metronidazol	67 (68%)	4 (23%)	56 (69%)	
Clindamicina	16 (15%)	11 (64%)	12 (15%)	
Ninguno	15 (15%)	2 (12%)	13 (16%)	
Horas de inicio del antibiótico	5 (3, 7)	5 (3, 7)	4 (3, 7)	0.58
Detalle de horas de inicio				0.76
≤ 3 h	9 (9%)	2 (12%)	7 (8%)	
4-6 h	44 (45%)	7 (41%)	37 (46%)	
7-12 h	31 (32%)	7 (41%)	24 (30%)	
13-24 h	12 (12%)	0	12 (15%)	
> 24 h	2 (2%)	1 (6%)	1 (1%)	
Uso de IBP	74 (75%)	14 (82%)	60 (74%)	0.55
Tratamiento coadyuvante				0.86
AINE	22 (22%)	4 (23%)	18 (22%)	
Anticolinérgico	1 (1%)	0	1 (1%)	
AINE + anticolinérgico	73 (74%)	13 (77%)	60 (74%)	
Sin incluir AINE	2 (2%)	0	2 (2%)	
Latencia síntomas-hospital	48 (24, 96)	48 (12, 108)	48 (24, 96)	0.65
Detalle latencia síntomas-hospital				0.69
≤ 24 h				
25 h-3 días	39 (40%)	8 (47%)	31 (38%)	
4-7 días	24 (24%)	3 (17%)	21 (26%)	
≥ 8 días	22 (22%)	4 (23%)	18 (22%)	
	13 (13%)	2 (12%)	11 (13%)	
Tiempo a la dieta	48 (24, 72)	24 (24, 120)	48 (24, 72)	0.73
Detalle de tiempo a la dieta				0.46
≤ 48 h	69 (70%)	10 (59%)	59 (73%)	
49 h-7 días	26 (26%)	7 (41%)	19 (23%)	
≥ 8 días	3 (3%)	0	3 (3%)	
Categoría de peso				0.86
Normal	41 (41.4%)	7 (41.2%)	34 (41.5%)	
Sobrepeso	43 (43.4%)	8 (47.1%)	35 (42.7%)	
Obesidad G1	10 (10.1%)	1 (5.9%)	9 (11%)	
Obesidad G2	4 (4%)	1 (5.9%)	3 (3.7%)	
Obesidad G3	1 (1%)	0	1 (1.2%)	
Localización				0.17
Colon sigmoides	82 (82.8%)	14 (82.4%)	60 (84.1%)	
Colon sigmoides y descendente	7 (7.1%)	1 (5.9%)	6 (7.3%)	
Colon descendente	4 (4%)	1 (5.9%)	3 (3.7%)	
Colon transverso	1 (1%)	0	1 (1.2%)	
Colon ascendente	4 (4%)	1 (5.9%)	3 (3.7%)	
Género masculino	52 (52.5%)	13 (76.5%)	39 (47.6%)	0.03

Mar162

ESOFAGECTOMÍA RADICAL TORACOSCÓPICA EN POSICIÓN PRONA PARA TRATAR EL CÁNCER ESOFÁGICO. EXPERIENCIA INICIAL EN CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA ONCOLÓGICA

A. M. León-Takahashi, H. N. López-Basave, R. A. Salcedo-Hernández, M. A. Herrera-Servín, L. S. Lino-Silva, J. A. Fabela-Barragán, G. Calderillo-Ruiz, A. Alfaro-Goldaracena, A. Herrera-Gómez, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: La norma de referencia para el cáncer de esófago es la operación, que ofrece el mayor control oncológico; sin embargo, es un desafío por la elevada morbilidad (10% a 70%) y mortalidad (1% a 20%) que dependen del centro donde se realice. En Asia y Europa, la centralización para tratar este tumor ha incrementado la supervivencia y disminuido la morbilidad y el abordaje toracoscópico en prono es la norma de referencia por la buena visualización, disección fina del mediastino, sin ventilación selectiva y con menor complicación pulmonar, incremento de cosecha ganglionar y comodidad del cirujano con resultados oncológicos similares a los del procedimiento abierto. En México no hay informes de este abordaje y este centro lo ha adoptado en fecha reciente.

Objetivo: Mostrar los resultados quirúrgicos y patológicos a corto plazo de la esofagectomía radical toracoscópica en posición prona (ERTPP) en un centro nacional de referencia oncológica.

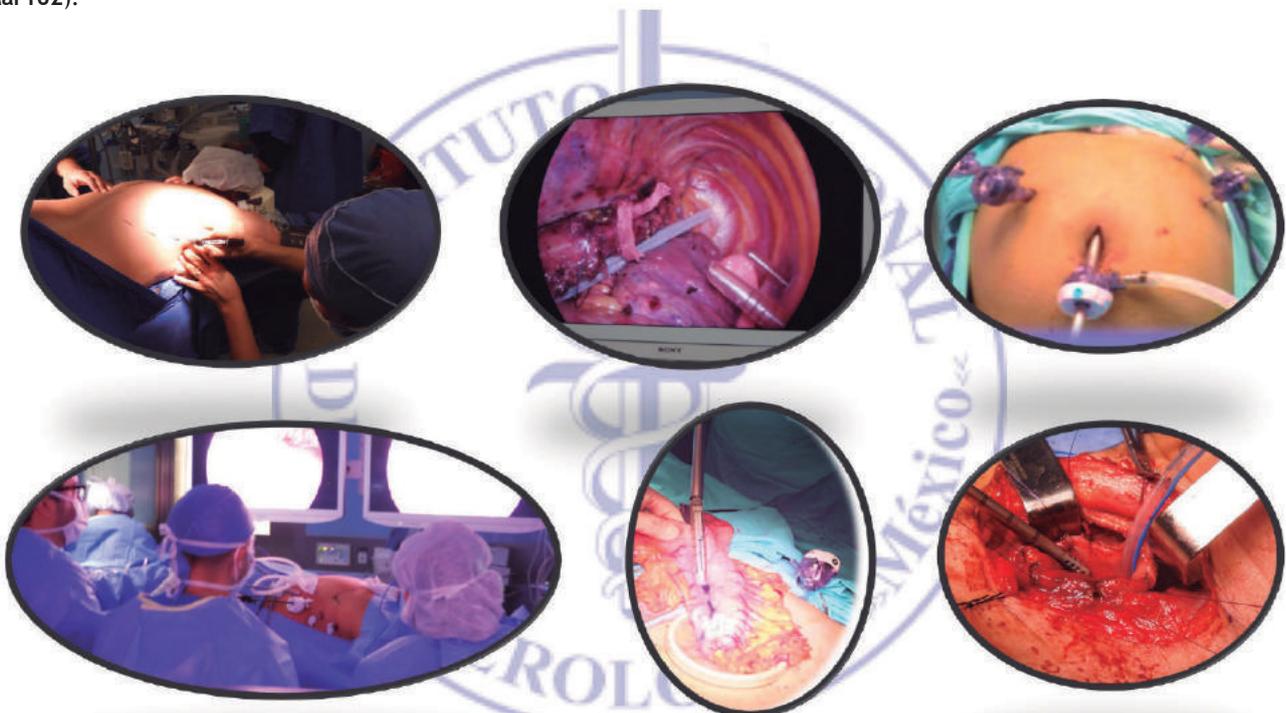
Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional de marzo de 2017 a enero de 2020 en pacientes con cáncer esofágico programados para ERTPP. Antes de adoptar este abordaje, el cirujano se capacitó y certificó en un centro oncológico de alto volumen en Tokio, Japón. Se inicia por tórax en posición prona, intubación endotraqueal regular y cuatro puertos de trabajo; se ingresa a tórax, se insufla CO₂ para colapso pasivo pulmonar y se disecciona el esófago

con inclusión de estaciones en abdomen; se usan cinco puertos, se libera estómago con preservación de los vasos gastroepiploicos derechos y se diseccionan estaciones ganglionares correspondientes que se separan *ex vivo*; de manera simultánea en cuello izquierdo se disecciona esófago cervical y se ligan los vasos tiroideos inferiores sin lesionar el nervio laríngeo recurrente izquierdo (NLRI); se disecciona el esófago hasta 2 cm por debajo del cricoides, se secciona el esófago y extrae la pieza por abdomen en una incisión de 5 cm. Se construye el tubo gástrico de 3 cm de ancho con engrapadora y se asciende por el mediastino posterior. En el cuello se realiza anastomosis laterolateral en las caras posteriores y se efectúa cierre tipo delta manual. Se notifican los resultados de patología y la morbilidad a 30 días del procedimiento mediante estadística descriptiva.

Resultados: En el periodo se practicaron 14 ERTPP (13 hombres y 1 mujer), con edad media de 57 (38 a 66) años; predominaron la disfagia en todos (11 sólidos y 3 sólidos-líquidos) y la pérdida de peso en 10 pacientes. Todos tenían etapa clínica localmente avanzada (6 ECIII y 6 EC IVA) y recibieron neoadyuvancia (12 QT/RT y 2 QT). Los resultados quirúrgicos fueron: tiempo quirúrgico medio de 527 minutos, 242 ml de sangrado, sin complicaciones durante la operación y estancia hospitalaria de 14 días (9-25). Respecto de la morbilidad a 30 días: complicaciones mayores (Clavien 3 y 4) a 30 días: sólo 1 paciente con empiema resuelto por descorticación videoasistida (VATS). Complicaciones menores (Clavien 1 y 2): sólo una fuga de anastomosis resuelta con tratamiento médico, 3 paresias del NLRI rehabilitadas por foniatría en menos de tres meses, 3 neumonías leves resueltas con tratamiento médico y una fuga quílosa resuelta con tratamiento médico, y sin mortalidad. La histopatología fina fue: adenocarcinoma intestinal (9), carcinoma epidermoide (3), GIST (1) y adenoneuroendocrino (1). Se tuvieron siete respuestas completas, seis parciales y una sin respuesta. El tamaño tumoral promedio fue de 1.6 cm (0-5), margen proximal de 7.2 cm (2.5-14), margen distal de 5.6 cm (1.5-17) y la media ganglionar de 33 (12-62) con mediana de 26 (Fig. 1).

Conclusiones: En esta experiencia inicial, si bien aún no es un volumen alto de pacientes, los resultados quirúrgicos y patológicos son

Figura 1. Pasos generales para practicar la esofagectomía transtorácica en posición prona para el tratamiento del cáncer esofágico. (Mar162).



DR. LEON TAKAHASHI AM

buenos y comparables con los de centros asiáticos y europeos. En México no hay centralización para tratar esta anomalía y debe incentivarse para reducir la morbimortalidad e incrementar el control oncológico en este grupo de pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno.

Mar163

PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EN TIEMPOS DEL COVID-19: PRIMER PASO HACIA UN CONSENSO ENTRE LOS ENDOSCOPISTAS NACIONALES EN RELACIÓN AL TIEMPO PARA REALIZARLOS

J. D. Marroquín-Reyes, S. Zepeda-Gómez, A. Tepox-Padrón, M. Quintanar-Martínez, O. E. Trujillo-Benavides, F. I. Téllez-Ávila, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Introducción: Debido a la pandemia por COVID-19 en la práctica de la endoscopia han surgido diversas preguntas en relación con el tiempo para realizar un procedimiento endoscópico (PE), como ¿qué PE debe priorizarse? y ¿qué PE puede diferirse sin afectar al paciente? Aunque existen algunas recomendaciones de sociedades internacionales, éstas se basan en opiniones de expertos.

Objetivo: Conocer la opinión de los endoscopistas respecto del tiempo adecuado para realizar un PE en diversos escenarios clínicos frecuentes durante la pandemia por COVID-19.

Material y métodos: Estudio prospectivo a través de una encuesta electrónica enviada a los miembros de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Se recolectaron respuestas en un periodo de 15 días durante los cuales se enviaron dos correos: uno inicial de invitación y un segundo de recordatorio una semana después. La encuesta constó de 15 preguntas dividida en tres secciones: la primera para valorar el aspecto de procedimientos “sensibles al tiempo” y “no sensibles al tiempo” según las definiciones de la *American Gastroenterological Association*; y otras dos secciones acerca de escenarios de “alta prioridad” y “baja prioridad” según las definiciones de la *European Society of Gastrointestinal Endoscopy*. Se consideró que había un acuerdo cuando > 75% de los encuestados contestaron una pregunta en el mismo sentido. Se evitaron preguntas de escenarios clínicos obvios en los que la duda de realizar o no un estudio fuera poco probable (p. ej., paciente con hematemesis o colangitis grave y

evidencia de coledocolitiasis). Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: La tasa de respuesta fue de 27.2% (214/784 endoscopistas). De los procedimientos considerados sensibles al tiempo, sólo la hemorragia variceal (93.4%) tuvo acuerdo para realizar el PE en < 72 h. Menos del 30% efectuaría el PE durante esta ventana de tiempo en pacientes con colangitis leve, hemorragia del tubo digestivo alto no variceal sin inestabilidad hemodinámica o anemia grave sin sangrado manifiesto. En escenarios clínicos de enfermedades benignas progresivas se preguntó si posponer el PE > 8 semanas podría causar progresión de la enfermedad y ninguno de los escenarios logró acuerdo en ningún sentido. En contextos que no sugerían afección maligna y casos indicativos de enfermedad maligna se preguntó acerca de posponer el PE > 8 semanas sin ocasionar un efecto negativo en la salud de los pacientes. En > 90%, los encuestados respondieron que los escenarios que no sugerían afección maligna se podían posponer con seguridad y opinión contraria en los contextos que sugieren un trastorno maligno. Por último, se plantearon escenarios frecuentes en la práctica para obtener la opinión de los endoscopistas acerca de qué tiempo consideraban adecuado para realizar el PE (Tabla 1).

Conclusiones: Para los endoscopistas nacionales sólo el sangrado variceal tuvo acuerdo para efectuar el PE en < 72 h. Los contextos clínicos que sugieren carácter maligno cuentan con acuerdo para operar en un periodo < 8 sem. Las enfermedades no malignas con riesgo de evolución no se consideraron prioritarias.

Financiamiento: Ninguno.

Mar164

EFICACIA DEL SISTEMA PENTAX OE Y MAGNIFICACIÓN PARA LA DETECCIÓN DE LA METAPLASIA INTESTINAL

C. A. Gutiérrez-Banda, E. S. Galvis-García, M. A. Herrera-Servín, E. Ornelas-Escobedo, A. C. Bonilla-Ramos, E. A. De León-Rojas, A. R. Godínez-Vidal, S. Santos-Grapaín, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La valoración endoscópica de la mucosa gástrica permite diagnosticar lesiones premalignas y determinar su extensión. PENTAX Medical ha desarrollado el Sistema OE, que es un filtro óptico

Tabla 1. Tiempo en el que se consideró necesaria la valoración endoscópica en diversos escenarios clínicos (n = 214). (Mar163).

Escenario	< 1 mes n (%)	1-2 meses n (%)	2-3 meses n (%)	> 3 meses n (%)
Anemia ferropénica sin sangrado manifiesto	59 (27.2)	77 (36.4)	42 (19.7)	36 (16.6)
ERGE resistente sin datos de alarma	15 (7.2)	54 (25.1)	63 (29.5)	82 (38.0)
Ligadura de VE en protocolo de erradicación	42 (19.7)	87 (40.8)	49 (22.8)	36 (16.6)
Estenosis biliar asintomática	101 (47.4)	62 (28.7)	35 (16.4)	16 (7.4)
Recambio de PB no urgente	-	-	129 (59.7)	85 (39.5)
Resección de LCLE granular sin sospecha de carcinoma	29 (13.8)	100 (46.7)	-	85 (39.5)
Dispepsia con datos de alarma	142 (65.8)	33 (15.6)	23 (10.8)	16 (7.7)
Tumor incidental del tracto GI en estudios de imagen	165 (77.2)	-	45 (20.6)	4 (2.1)
Ampuloma	118 (55.0)	56 (26.4)	32 (14.6)	8 (3.8)
Disfagia con datos de alarma	205 (95.9)	8 (3.7)	-	1 (0.3)

ERGE, enfermedad por reflujo gastroesofágico; VE, várices esofágicas; LCLE, lesión colónica lateralmente extendida; PB, prótesis biliar; GI, gastrointestinal.

que produce una luz que limita la imagen de banda estrecha. Al combinar las tecnologías de posprocesamiento de imagen pueden identificarse, mediante contrastes más altos que la luz blanca, las estructuras superficiales de los vasos sanguíneos, los conductos glandulares y el patrón mucoso. Esto proporciona una imagen mejorada y en tiempo real.

Objetivo: Establecer la exactitud diagnóstica del Sistema OE Mode con magnificación para la detección de metaplasia intestinal (MI) y determinar la prevalencia de infección de *H. pylori* en esta población.

Material y métodos: Estudio prospectivo, transversal y comparativo, no aleatorizado, en pacientes con diferentes riesgos de cáncer gástrico que acudieron al servicio para la realización de endoscopia gastrointestinal.

Resultados: Se estudió a un total de 116 pacientes. Se confirmó MI en 28 pacientes con una prevalencia del 24.1% y en 30 pacientes infección por *H. pylori* (26%). La sensibilidad de la endoscopia con el Sistema Pentax OE Mode y magnificación para la identificación de MI corroborada con histopatología fue de 78.5%, especificidad del 97.7%, con un VPP 91.6%, y un VPN 93%.

Conclusiones: El uso del Sistema Pentax OE y magnificación es altamente específico y sensible para el diagnóstico de MI. La eficacia del Sistema Pentax OE sobre la endoscopia con luz blanca es superior para la detección de MI. La prevalencia de infección por *H. pylori* y de MI es similar a lo informado en las publicaciones médicas.

Financiamiento: No se obtuvo financiamiento alguno.

Mar165

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LAS GUÍAS AGA, FUKUOKA Y EUROPEAS PARA DETECTAR MALIGNIDAD O DAG EN NEOPLASIAS QUÍSTICAS DE PÁNCREAS

A. Lira-Treviño, L. Uscanga-Domínguez, J. Hernández-Calleros, A. Soriano-Ríos, P. Alarcón-Murra, C. Chan, F. Téllez, M. A. Ramírez-Luna, I. Domínguez-Rosado, M. Peláez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: Las diferentes guías terapéuticas de neoplasias quísticas de páncreas (NQP) establecen la probabilidad de evolución maligna.

Objetivo: Comparar el rendimiento diagnóstico en la detección de cáncer o lesiones de alto riesgo de las guías europeas (GUEG), americanas (GAGA) y de Fukuoka (GF) para NQP.

Material y métodos: Se incluyó a 173 pacientes con NQP atendidos en la institución de los autores entre enero de 1999 y diciembre de 2019. El diagnóstico se estableció con patología quirúrgica, análisis del líquido del quiste o características clínicas y de imagen. De acuerdo con el diagnóstico quirúrgico o características clínicas y de imagen, las NQP se consideraron malignas o de alto riesgo y benignas o de bajo riesgo. Se comparó el rendimiento diagnóstico de las guías terapéuticas.

Resultados: La edad promedio al diagnóstico fue de 53.9 (DE \pm 17.3) años; 76.9% correspondió a mujeres. El diagnóstico definitivo fue cistadenoma seroso en 14.5%, pseudoquiste en 4%, cistadenoma mucinoso en 17.3%, neoplasia mucinosa papilar intraductal en 42.2%, tumor neuroendocrino en 3.5%, neoplasia sólida pseudopapilar en 11.6%, adenocarcinoma de páncreas en 4.6%, quiste simple en 1.7% e indefinido en 0.6%. Al diagnóstico, 70 casos requirieron operación. Durante el seguimiento: 18 necesitaron intervención quirúrgica, 69 permanecen en vigilancia y 16 casos se perdieron. La

operación confirmó afección maligna sólo en 34%. La capacidad de detección de cáncer, lesiones preocupantes o de alto riesgo en todas las NQP de las GUEG fue superior (sensibilidad 87-100%, especificidad 24-66%) en comparación con las GAGA (sensibilidad 50%, especificidad 84%) y GF (sensibilidad 45-87%, especificidad 16-75%). Al analizar sólo NQP incidentales, las GAGA (sensibilidad 100%, especificidad 98%) y las GUEG (sensibilidad 100%, especificidad 65-85%) tienen rendimiento diagnóstico similar respecto de las GF (sensibilidad 0-100%, especificidad 58-88%). Al valorar sólo IPMN, las GUEG fueron superiores (sensibilidad 83-100% y especificidad 56-73%) a las GF (sensibilidad 42-75%, especificidad 52-84%) y GAGA (sensibilidad 50%, especificidad 93%).

Conclusiones: El rendimiento diagnóstico de las guías terapéuticas de NQP se modifica por la naturaleza de la lesión quística. La elección de la guía debe realizarse con base en el tipo de quiste en valoración. Las GUEG ofrecen el mejor rendimiento diagnóstico en la valoración de NQP en general, por lo que su uso en el cuidado de cualquier lesión quística parece apropiado. Ante una NQP incidental, las GAGA ofrecen un rendimiento diagnóstico adecuado, mientras que para IPMN las GUEG y GF son comparables, con discreta ventaja de las primeras.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar166

CARACTERIZACIÓN ENDOSONOGRÁFICA DE LA CIRCULACIÓN DEL SISTEMA PORTAL EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

C. Y. Laura-Ramírez, E. S. Galvis-García, E. Ornelas-Escobedo, M. A. Herrera-Servín, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México “Eduardo Liceaga”

Introducción: En la cirrosis, la presión portal se eleva de modo inicial como consecuencia de una mayor resistencia intrahepática al flujo portal. Una de las consecuencias iniciales de la hipertensión portal es la formación de colaterales portosistémicas. La detección temprana de várices esofágicas, gástricas o esofagogástricas es el pilar terapéutico en los pacientes con hipertensión portal. En la cirrosis hepática compensada sin várices esofágicas se recomienda la vigilancia endoscópica de dos o tres años si no hay comorbilidad y el factor etiológico se eliminó. El ultrasonido endoscópico es capaz de proveer una visión de la vasculatura portal y las anomalías estructurales (colaterales periesofágicas, paraesofágicas y perforantes) dentro y fuera de la pared esofágica.

Objetivo: Caracterizar con endosonografía/Doppler a color el sistema venoso portal profundo en sujetos con enfermedad hepática crónica avanzada.

Material y métodos: Estudio ambispectivo, observacional y descriptivo. La población se integró con pacientes del Hospital General de México que acudieron al área de endoscopia para tamizaje de várices, que se agruparon en dos grupos: 1, paciente con várices visibles por endoscopia convencional; y 2, grupo en el que no se identificaron várices durante la endoscopia de tamizaje. En ambos grupos se realizó ultrasonido endoscópico para caracterización del sistema porta. Los resultados se analizaron con SPSS, v 25.

Resultados: Se incluyó a 47 pacientes divididos en dos grupos: grupo 1 “con várices visibles” mediante endoscopia convencional (30 pacientes), con edad promedio de 63.5 años, 56% de hombres y 44% de mujeres, con clasificación de Child de A en 13.3%, B en 70% y C en 16.6%. En el grupo 2 “sin várices visibles” por endoscopia convencional se incluyó a 17 pacientes, con edad promedio de 59.5 años, 70.6% de hombres y 23.6% de mujeres, con clasificación

de Child de A en 23.6% y B en 76.4%; la causa de la cirrosis en ambos grupos fue predominantemente secundaria al consumo de alcohol. Las variables endosonográficas fueron dilatación de las venas áxicas, porta, esplénica y colaterales. Además, se correlacionaron los hallazgos por ultrasonido endoscópico con el valor de las plaquetas y la clasificación de Child mediante correlación de Pearson con $p < 0.05$ y se encontraron hallazgos estadísticamente significativos.

Conclusiones: Se observaron cambios tempranos: 1, en el grupo sin várices se observaron perforantes y paraesofágicas hasta de 5 mm, que no se identificaron en el grupo de várices; 2, en el grupo sin várices por EGD se observó una notoria dilatación de la vena áxicas de 7.17 con una p estadísticamente significativa. En ambos grupos se reconoció una relación estadísticamente significativa entre la disminución del recuento plaquetario y una mayor dilatación de la vena áxicas y presencia de las venas perforantes y paraesofágicas. Además, en ambos grupos existe una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) entre la clasificación de Child-Pugh y la dilatación de la vena porta y presencia de perforantes.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de patrocinio.

Mar167

CORRELACIÓN DE LA IMAGEN DE BANDA ESTRECHA CON LA HISTOPATOLOGÍA DE LOS PÓLIPOS GÁSTRICOS

P. Soc-Choz, A. Hernández-Guerrero, M. Ramírez-Solís, D. Escobedo-Paredes, A. González-Saucedo, R. Aguilar-Moreno, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: La caracterización y rendimiento diagnóstico de los pólipos gástricos por imagen de banda estrecha (NBI, *narrow band imaging*) no se ha estandarizado en la actualidad.

Objetivo: Correlacionar la NBI con la histopatología de los pólipos gástricos y determinar su eficacia diagnóstica para predicción de los diferentes tipos de pólipos gástricos.

Material y métodos: Estudio prospectivo en pacientes mayores de 18 años que asistieron a endoscopia superior por dispepsia, síntomas de enfermedad de reflujo gastroesofágico o estudio de escrutinio, entre el 1 de abril de 2019 y el 10 de junio de 2020; se excluyó a los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico por el riesgo de diseminación tumoral con aspecto de pólipo y los pólipos > 20 mm por el alto riesgo de evolución neoplásica. Los pólipos se identificaron con luz blanca seguida de la técnica de NBI y *near focus*; las lesiones resecaadas se enviaron a patología para su estudio. La eficacia diagnóstica se calculó en términos de sensibilidad y especificidad.

Resultados: Se analizaron 139 pólipos gástricos en 124 pacientes; los patrones microvasculares observados por NBI fueron los que mejor se correlacionaron con los hallazgos histopatológicos de los pólipos gástricos, un patrón en panal de abeja (sensibilidad 94.7%, especificidad 98.0%) para los pólipos de las glándulas fúndicas, vascular denso (sensibilidad 94.4%, especificidad 96.1%) en la predicción de los pólipos hiperplásicos, red fina (sensibilidad 94.7%, especificidad del 97.5%) para los adenomas y la combinación de centro vascular y patrón ausente (sensibilidad 85.0%, especificidad 98.3%) para predecir cánceres gástricos tempranos.

Conclusiones: Los patrones microvasculares observados por NBI tienen alta eficacia para la predicción histopatológica de los pólipos gástricos.

Financiamiento: Ninguno.