



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Domingo 14 de noviembre de 2021

### Páncreas y vías biliares

#### Dom024

#### FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR AGUDA: ANÁLISIS DE CINCO AÑOS EN UN CENTRO ACADÉMICO DEL NORESTE DE MÉXICO

R. A. Jiménez-Castillo, A. I. Reyna-Aréchiga, J. O. Jáquez-Quintana, Y. G. López-Alejandro, S. N. Juárez-Hernández, C. D. Del Ángel-Argueta, D. E. Benavides-Salgado, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”

**Introducción:** La colangitis biliar aguda es una complicación grave secundaria a obstrucción biliar. La información acerca de las características clínicas o de laboratorio que afectan la mortalidad es escasa. Se analizó la sobrevida y se identificaron los factores pronósticos de pacientes con diagnóstico de colangitis biliar aguda.

**Objetivo:** Determinar los factores clínicos y de laboratorio relacionados con mortalidad a 30 días en pacientes con diagnóstico de colangitis biliar aguda.

**Material y métodos:** Se identificó de manera retrospectiva a 86

pacientes con diagnóstico de colangitis biliar aguda en el periodo de 2014 a 2019. La información se obtuvo de los expedientes clínicos. El análisis entre variables cuantitativas y cualitativas se realizó con t de Student y ji cuadrada, respectivamente. Los factores de riesgos vinculados con mortalidad a 30 días se analizaron mediante regresión logística.

**Resultados:** Diecisiete (19.8%) casos se clasificaron como colangitis grave, 41 (47.7%) moderada y 28 (32.6%) leve. Dieciséis (18.6%) pacientes tenían diagnóstico de diabetes mellitus. Se documentaron cinco (5.8%) muertes, 3 (18.8%) con diagnóstico previo de diabetes mellitus y 2 (2.9%) sin antecedente de diabetes mellitus ( $p = 0.014$ ). El grupo de pacientes finados presentaba a su llegada una media de lactato sérico e INR mayor que aquellos pacientes que no fallecieron, 2.91 contra 1.06 ( $p = 0.005$ ) y 2.49 contra 0.89 ( $p = 0.015$ ), respectivamente. Al realizar el análisis multivariado, sólo el antecedente de diabetes mellitus se vinculó con una mortalidad siete veces mayor, de manera estadísticamente significativa (Tabla 1).

**Conclusiones:** La diabetes mellitus en pacientes con colangitis biliar aguda parece relacionarse con un riesgo significativamente mayor de mortalidad. Se necesitan estudios prospectivos para evaluar la relación propuesta.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Factores de riesgo relacionados con mortalidad a 30 días en pacientes con colangitis biliar aguda; regresión logística. (Dom024)

Variable	n = (%)	Univariado RM (95% CI)	p =	Multivariado RM (IC95%)	p =
<b>Sexo</b>					
Masculino	31 (36)				
Femenino	55 (64)	1.195 (0.189-7.572)	0.850	2.598 (0.172-39.269)	0.491

<i>Edad</i>					
< 60 años	39 (45.3)				
≥ 60 años	47 (54.7)	5.257 (0.562-49.134)	0.146	1.569 (0.055-44.789)	0.792
<i>Fiebre</i>					
Sí	33 (38.4)				
No	53 (61.6)	0.383 (0.041-3.582)	0.400	0.302 (0.018-5.140)	0.408
<i>Ictericia</i>					
Sí	75 (87.2)				
No	11 (12.8)	0.188 (0.028-1.277)	0.087	0.096 (0.003-3.315)	0.195
<i>Coluria</i>					
Sí	39 (45.3)				
No	47 (54.7)	0.793 (0.126-5.001)	0.805	0.224 (0.002-21.552)	0.521
<i>Acolia</i>					
Sí	34 (39.5)				
No	52 (60.5)	1.021 (0.162-6.452)	0.983	6.431 (0.348-155.929)	0.477
<i>Leucocitos</i>					
≥ 15 x 10 <sup>9</sup> /μl	43 (50.0)				
< 15 x 10 <sup>9</sup> /μl	43 (50.0)	0.232 (0.025-2.168)	0.200	0.632 (0.030-13.188)	0.767
<i>Bilirrubina total</i>					
≥ 5 mg/l	49 (57.0)				
< 5 mg/l	37 (43.0)	0.172 (0.018-1.608)	0.123	0.130 (0.007-2.354)	0.167
<i>Diabetes</i>					
Sí	16 (18.6)				
No	70 (81.4)	7.846 (1.191-51.677)	0.032	6.933 (1.119-355.028)	0.042
<i>Hipertensión</i>					
Sí	28 (32.6)				
No	58 (67.4)	3.360 (0.528-21.375)	0.199	2.703 (0.105-69.668)	0.549

## Dom025

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA Y ASOCIACIÓN DE LA ATE-NUACIÓN PANCREÁTICA CON LA SEVERIDAD

L. A. Manzo-Francisco, N. C. Chávez-Tapia, Médica Sur

**Introducción:** En el 2005, la pancreatitis aguda representó en México el 5% de las hospitalizaciones por cualquier causa; la causa más frecuente fue la biliar, con una mortalidad del 21%. Existen predictores de gravedad, que incluyen parámetros clínicos y bioquímicos, y métodos de imagen que aún se hallan bajo exploración.

**Objetivo:** Describir las características clínicas de los pacientes hospitalizados por pancreatitis aguda y determinar la relación de las unidades Hounsfield (HU) en páncreas, medidas por tomografía, con la gravedad de la enfermedad.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y transversal. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de pancreatitis aguda, que tuvieran tomografía a su ingreso. Se excluyó a pacientes con pancreatitis crónica, de repetición o posterior a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Se revisó el expediente físico y electrónico para extraer las variables a estudiar.

**Resultados:** Se incluyó a 117 pacientes con edad promedio de 53 años; 53% de los pacientes correspondió a hombres. La causa más

frecuente fue biliar (39%) seguida de hipertrigliceridemia (13%) y en 22% no se determinó causa alguna. Los casos fueron leves en 57%, moderados a graves en 31% y graves en 11%. De acuerdo con la gravedad, las HU (mediana) fueron 39.4 (34.2-43), 36.7 (32.15-41.5) y 31.15 (28.5-33.8) en los leves, moderados y graves, respectivamente.

**Conclusiones:** Los valores de las HU fueron menores en los pacientes con pancreatitis grave, por lo que este marcador puede ser de utilidad para determinar de manera temprana la gravedad de la enfermedad.

**Financiamiento:** Este estudio no contó con algún financiamiento.

## Dom026

### UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA SO2 Y LA SAO2/FIO2 PARA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

Y. P. Tolaque-Aldana, A. N. Del Cueto-Aguilera, R. Jiménez-Castillo, V. Hernández-Rodarte, J. Jáquez-Quintana, C. Cortés-Hernández, H. Maldonado-Garza, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) es una causa frecuente de ingreso hospitalario. El síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) se desarrolla en 15% a 20% de los pacientes con PA grave y su

presencia se vincula con una mortalidad de 56%. Se manera sistemática se realiza la medición de  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  para identificar insuficiencia respiratoria aguda en este grupo de pacientes. Se han utilizado métodos no invasivos, como la  $\text{SaO}_2/\text{FiO}_2$ , en otras anomalías para identificar insuficiencia respiratoria con buenos resultados, pero no existe evidencia de su utilidad en la pancreatitis aguda.

**Objetivo:** Determinar la utilidad de la  $\text{SO}_2$  y  $\text{SaO}_2/\text{FiO}_2$  y sus puntos de corte para detectar insuficiencia respiratoria en la pancreatitis aguda.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, longitudinal y analítico en pacientes adultos con diagnóstico de pancreatitis aguda atendidos en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González del 1 de noviembre del 2019 al 30 de abril del 2021. Se analizaron las variables: edad, sexo, causa de la pancreatitis, comorbilidades, antecedentes médicos,  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ,  $\text{SO}_2$ ,  $\text{SaO}_2/\text{FiO}_2$  y calificación de Marshall entre los días 1 y 5 de internamiento. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS v23.0 y se evaluaron datos demográficos, análisis estadístico de variables cualitativas presentadas en medias y porcentajes y cuantitativas presentadas en medidas de tendencia central y desviación estándar. Se analizaron puntos de corte para las variables de interés y áreas bajo la curva.

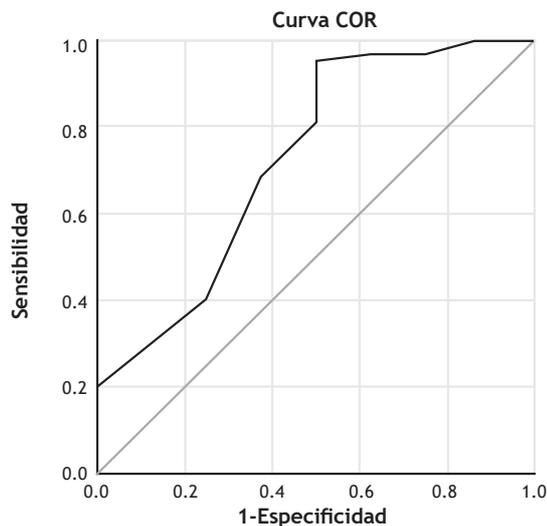
**Resultados:** Se evaluó a un total de 72 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda. Los pacientes tuvieron una mediana de edad de 32 años (intervalo, 25 a 45) y 48 (66.7%) eran mujeres. De la totalidad de la cohorte, 25 (34.7%) pacientes presentaban comorbilidades, la diabetes mellitus la más frecuente.

La causa biliar se presentó en 57 (79.2%), la hipertrigliceridemia en 11 (15.3%), el alcohol en 3 (4.2%) y otra causa en 1 (1.4%).

La media de saturación de oxígeno fue de 96.38% ( $\pm 2.74$ ) y de  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  de 402.79 ( $\pm 82.42$ ). Treinta y dos (44.4%) pacientes se catalogaron como Marshall 0 y 32 (44.4%) como Marshall 1; el resto de los pacientes se catalogó con un Marshall más alto. Los individuos que tuvieron un Marshall de 2 o mayor mostraron una media de saturación de oxígeno de 94.12 ( $\pm 4.12$ ) contra 96.67 ( $\pm 2.42$ ) de los enfermos con Marshall < 2 ( $p = 0.012$ ). La correlación de  $\text{SaO}_2/\text{FiO}_2$  con  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  fue de 0.524 ( $p < 0.001$ ) y de  $\text{SaO}_2$  con  $\text{PaO}_2$  de 0.515 ( $p < 0.001$ ).

El punto de corte de saturación de oxígeno para predecir una calificación de Marshall > 1 fue de 92%, con una sensibilidad de 95.2%, una especificidad de 37.5% y un área bajo la curva de 0.696. El punto de corte de  $\text{SaO}_2/\text{FiO}_2$  para predecir una calificación de Marshall > 1 fue de 435.71, con una sensibilidad del 95.3%, una especificidad del 50% y un área bajo la curva de 0.728 (Fig. 1).

**Figura 1.** Área bajo la curva para  $\text{SaO}_2/\text{FiO}_2$  para reconocer insuficiencia respiratoria en pancreatitis aguda. (Dom026)



**Conclusiones:** La saturación de oxígeno y la  $\text{SaO}_2/\text{FiO}_2$  poseen alta sensibilidad para la detección de pacientes que se presentan con una calificación de Marshall > 1. La saturación de oxígeno > 92% tiene alta sensibilidad para identificar a pacientes con una calificación de Marshall de 0 o 1.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom027

### ASOCIACIÓN DIAGNÓSTICA DE PET-CT EN LESIONES INCIDENTALES DE COLON CON LA COLONOSCOPIA PARA LA DETECCIÓN DE ADENOMAS AVANZADOS DE COLON

S. K. Astudillo-Gómez, M. E. Ramírez-Solís, A. I. Hernández-Guerrero, Instituto Nacional de Cancerología

**Introducción:** La tomografía por emisión de positrones (TEP-TC) tiene la capacidad de detectar alteraciones benignas y malignas de forma incidental en el colon y el recto que requieren valoración posterior con colonoscopia. En la actualidad, la TEP-TC no es una modalidad diagnóstica de primera línea en la valoración de neoplasias o lesiones premalignas colorrectales; sin embargo, se ha observado que el tipo, patrón de captación y SUVmax son datos que podrían relacionarse con hallazgos significativos en la colonoscopia e histología.

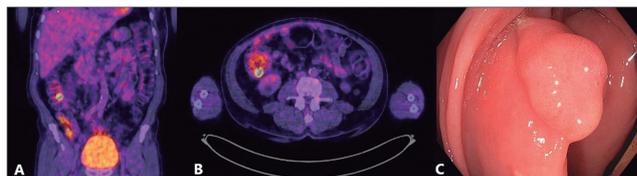
**Objetivo:** Correlacionar las características registradas en la TEP-TC (patrón de captación y SUVmax) con los hallazgos endoscópicos e histopatológicos en caso de obtener biopsias de las lesiones.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo. Se revisaron los informes de colonoscopia de enero del 2016 a febrero del 2021, cuya solicitud fue consecuencia del registro de actividad metabólica significativa incidental en el colon en la TEP-TC; a continuación se efectuó la correlación con la histología en caso de obtener biopsias de la lesión. No se incluyeron los casos con diagnóstico previo de enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer colorrectal o preparación intestinal subóptima.

**Resultados:** Se registraron 63 lesiones incidentales en 41 pacientes, 18 de las cuales correspondieron a adenomas avanzados. Las variables relacionadas con el adenoma avanzado fueron diagnóstico previo de tumor sólido (88.9 vs. 56.5%); mayor captación en la TEP con SUVmax ( $11.29 \pm 7.15$  vs.  $12.95 \pm 8.08$ ;  $p = 0.01$ ) ( $p = 0.024$ ); y tamaño del pólipo por colonoscopia ( $17.5 \pm 10$  vs.  $4.0 \pm 2.4$  mm;  $p < 0.001$ ). El resto de los pólipos identificados correspondió a pólipos hiperplásicos ( $n = 12$ ), adenomas tubulares ( $n = 15$ ) y adenocarcinoma ( $n = 5$ ), y su SUVmax fue de 7.36, 14.33 y 26.14, respectivamente. No se encontró correlación entre el SUVmax y el tamaño de la lesión (Fig. 1).

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que los adenomas avanzados revelan con mayor frecuencia un patrón de captación focal y un

**Figura 1.** Tomografía por emisión de positrones (FDG/TEP) que muestra una imagen nodular intraluminal que revela un incremento focal del metabolismo con SUVmax de 26.5 en el colon ascendente. A. Reconstrucción coronal. B. Reconstrucción transversal. C. Pólipo sénil en colon ascendente de 15 mm, correspondiente al hallazgo en TEP-TC. (Dom027)



valor mayor de SUVmax que otras lesiones, como los pólipos hiperplásicos y los adenomas tubulares, con un punto de corte  $\geq 12.95$  que podría ayudar a priorizar el estudio endoscópico y anticipar la necesidad de indicar alguna intervención terapéutica.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom028

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA PANCREATITIS AGUDA EN EL NORTE DE MÉXICO

M. J. Sánchez-Otero, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) en México y en el mundo representa uno de los principales motivos de ingreso hospitalario, con una incidencia anual de 34 casos por cada 100,000 habitantes en Estados Unidos. Dentro de los factores etiológicos, el biliar representa 45% de los casos, seguido del consumo de alcohol en 21%. Sin embargo, existen variaciones geográficas con respecto a la causa, características clínicas y prevalencia, que hacen necesaria la valoración de dichas diferencias.

**Objetivo:** Notificar la prevalencia y las características clínicas actuales de los pacientes con PA en México.

**Material y métodos:** Se incluyó de forma prospectiva a pacientes con diagnóstico de PA en el periodo de julio de 2019 a mayo de 2021 que acudieron al Hospital Universitario José E. González de la UANL. Se analizaron variables como edad, sexo, índice de masa corporal,

comorbilidades, características clínicas, gravedad y evolución. Se realizó el análisis tras calcular medidas de tendencia central y desviación estándar, con media para variables continuas y proporciones para variables categóricas.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 232 pacientes con un promedio de edad de 39 años  $\pm 16.1$  (Tabla 1). El 66.8% de los pacientes correspondió a mujeres con un promedio de edad de 37.1 años  $\pm 15.8$ . El promedio de edad de los hombres fue de 42.9 años  $\pm 16$ . La causa biliar fue de 68.5%, seguida por la hipertrigliceridemia con un 14.2% y el consumo de alcohol con 5.6%. Las pancreatitis clasificadas como otras e idiopáticas constituyeron el 1.7% y 9.9% de todos los casos, respectivamente. El 36.6% de los pacientes presentó IMC  $\geq 30$ . El IMC promedio de la pancreatitis biliar fue de  $29.3 \pm 4.8$ , por triglicéridos de  $29.7 \pm 5.6$  y alcohólica de  $26.4 \pm 4.0$ . El 27.6% de los casos se presentó en las primeras 12 horas, el 23.3% en las primeras 24 horas, el 15.9% en las primeras 48 horas y un 33.2% después de las 48 horas de evolución. El 17.7% de los pacientes padecía diabetes mellitus tipo 2 y el 17.2% hipertensión arterial. La dislipidemia como antecedente se identificó en el 16.4% de cualquier causa y en un 60.6% en la pancreatitis por hipertrigliceridemia. El 34.1% de los pacientes refirió consumir alcohol, el cual fue significativo en el 100% de los pacientes con pancreatitis por alcohol. El uso de medicamentos de clase I se identificó en el 16.8% de los casos sin distinguir su origen. La mortalidad fue de 4.1% de los casos.

**Conclusiones:** La pancreatitis aguda es una entidad prevalente en esta población y el origen biliar es la causa principal de la pancreatitis aguda, con predominio en mujeres menores de 40 años. La frecuencia de la PA por hipertrigliceridemia aumenta cada vez más en relación con sobrepeso y dislipidemia.

**Financiamiento:** Ninguno.

Tabla 1. (Dom028)

Variable	Biliar	TG	Alcohol	Otras	Idiopáticas
n (%)	68.5%	14.2%	5.6%	1.7%	9.9%
Edad promedio (promedio)	39.09 $\pm$ 16.8	35.5% $\pm$ 10.3	37.6% $\pm$ 10.2	32.5% $\pm$ 15.69	45.7% $\pm$ 19.4
Hombre, n%	41 (25.8%)	16 (48.5%)	13 (100%)	2 (50%)	5 (21.7%)
Mujer, n%	118 (74.2%)	17 (51.5%)	7 (33.3%)	2 (50%)	18 (78.3%)
DM tipo 2, n%	12 (7.5%)	18 (54.5%)	0 (0.0%)	1 (25%)	10 (43.5%)
HTA, n%	23 (14.5%)	8 (24.2%)	1 (7.7%)	1 (25%)	7 (30.4%)
Dislipidemia, n%	10 (6.3%)	20 (60.6%)	2 (15.4%)	0 (0.0%)	6 (26.1%)
Alcohol, n%	43 (27%)	17 (51.5%)	13 (100%)	2 (50%)	4 (17.4%)
Alcoholismo significativo, n%	25 (15.7%)	14 (42.4%)	13 (100%)	1 (25%)	0 (0.0%)
Tabaquismo, n%	32 (20.1%)	17 (51.5%)	6 (46.2%)	1 (25%)	8 (34.8%)
Medicamentos, n%					
Clase I	22 (13.8%)	12 (36.4%)	0 (0.0%)	1 (25%)	4 (17.4%)
Evolución, n%					
12 horas	41 (25.8%)	9 (27.3%)	5 (38.5%)	2 (50%)	7 (30.4%)
24 horas	36 (22.6%)	12 (36.4%)	3 (23.1%)	0 (0.0%)	3 (13%)
48 horas	30 (18.9%)	2 (6.1%)	2 (15.4%)	0 (0.0%)	3 (13%)
> 48 horas	52 (32.7%)	10 (30.3%)	3 (23.1%)	2 (50%)	10 (43.5%)
IMC, n%	29.31 $\pm$ 4.8	29.78 $\pm$ 5.6	26.47 DE $\pm$ 4.02	24.5 $\pm$ 8.4	31.3 $\pm$ 8.7

TG: triglicéridos; DM: diabetes mellitus tipo 2; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal.