



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 14 de noviembre de 2021

Esófago, estómago, intestino delgado

Dom029

ESTUDIO REKIN: EVALUACIÓN PROSPECTIVA MULTICÉNTRICA INTERNACIONAL DE LAS MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES DE COVID-19 EN PACIENTES AMBULATORIOS

B. A. Priego-Parra, K. M. Pawlak, J. M. Remes-Troche, M. Romańczyk, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, M. Peláez-Luna, M. G. Aja-Cadena, H. Okasha, L. A. Díaz, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana

Introducción: La pandemia por la infección de SARS-CoV-2 es una gran amenaza para los seres humanos. La COVID-19 como enfermedad multisistémica que afecta también al sistema gastrointestinal.

Objetivo: Evaluar la incidencia de síntomas y complicaciones gastrointestinales en pacientes con COVID-19 tratados de forma ambulatoria.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico e internacional. Se incluyó a sujetos ≥ 18 años con diagnóstico de COVID-19 confirmado por PCR, tratados de forma ambulatoria, de 18 centros de América Latina, Asia, África y Europa. Los pacientes recibieron seguimiento durante seis meses. Se registraron los datos de variables sociodemográficas, comorbilidades, síntomas o complicaciones gastrointestinales, posible necesidad posterior de ingreso hospitalario y a UCI, y mortalidad. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados, así como análisis multivariado, tras evaluar la relación de síntomas y complicaciones gastrointestinales con la edad, características basales, comorbilidad y tratamientos de la COVID-19

recibidos. El *odds ratio* ajustado (ORa) se calculó luego de asumir un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Resultados: El análisis preliminar incluyó a un total de 436 pacientes, de los cuales 48% correspondió a hombres. La mediana del índice de comorbilidad de Charlson ajustado por edad fue de 0 (IQR, 0-1). Los síntomas gastrointestinales más frecuentes fueron anorexia en 49.5% (216), diarrea en 47.5% (207), náusea en 30.7% (134), dolor abdominal en 28% (122) y distensión abdominal en 27.8% (121). A las cuatro semanas de seguimiento, los síntomas se resolvieron en la mayoría de los casos. El análisis multivariado mostró que la náusea se vinculó con el tratamiento con ivermectina (ORa, 3.24; IC95%, 1.11-9.43; $p = 0.030$); el dolor abdominal se relacionó con el tratamiento con hidroxycloquinina (ORa, 5.27; IC95%, 1.52-18.19; $p = 0.009$); la diarrea se vinculó con la edad (ORa, 0.966; IC95%, 0.93-0.99; $p = 0.020$) y el tratamiento con hidroxycloquinina (ORa, 6.9; IC95%, 1.55-30.79; $p = 0.011$); la distensión abdominal se relacionó con el índice de masa corporal (ORa, 1.147; IC95%, 1.05-1.24; $p < 0.001$) y el tratamiento con hidroxycloquinina (ORa, 7.6; IC95%, 2.00-29.51; $p = 0.003$). Véase la **Tabla 1**. Las complicaciones digestivas fueron poco frecuentes (1 gastritis, 2 duodenitis, 1 úlcera yeyunal, 3 hipertransaminasemias, 1 enteritis y 1 colitis). Veintitrés pacientes (5.3%) requirieron ingreso hospitalario, de los cuales 4 (0.9%) ingresaron en la UCI y 2 (0.5%) fallecieron.

Conclusiones: La anorexia, la diarrea, la náusea, el dolor y la distensión abdominales son síntomas comunes en los pacientes con afeción por COVID-19. Las complicaciones gastrointestinales son poco frecuentes en pacientes con esta enfermedad que no necesitaron hospitalización. El tratamiento con hidroxycloquinina e ivermectina se acompaña de mayores síntomas gastrointestinales en pacientes ambulatorios con COVID-19.

Tabla 1. (Dom029)

Síntomas	Relación	Significancia	ORa (IC95%)
Náusea	Ivermectina	p = 0.030	3.24 (1.11-9.43)
Dolor abdominal	HCQ	p = 0.009	5.27 (1.52-18.19)
Diarrea	HCQ	p = 0.011	6.9 (1.55-30.79)
	Edad	p = 0.020	0.966 (0.93-0.99)
Distensión abdominal	HCQ	p = 0.003	7.6 (2.00-29.51)
	IMC	p ≤ 0.001	1.147 (1.05-1.24)

ORa, odds ratio ajustado; IC, intervalo de confianza; HCQ, hidroxiquina.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom030

IMPLICACIONES DEL CAMBIO DE POSICIÓN SOBRE LA UNIÓN ESOFAGÓGICA DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO DE CHICAGO VERSIÓN 4.0

D. R. Menéndez-Morales, A. D. Cano-Contreras, E. C. Morel-Cerda, M. Amieva-Balmori, C. Durán-Rosas, K. R. García-Zermeño, G. A. Salgado-Álvarez, J. M. Remes-Troche, Departamento de Fisiología y Motilidad Digestiva, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La unión esofagógica (UEG) sirve como barrera mecánica y fisiológica entre el esófago y el estómago, lo que previene el reflujo de contenido gástrico de forma retrógrada hacia el esófago. Su medición mediante manometría esofágica de alta resolución (MAR) permite una mejor caracterización de ésta, al poder diagnosticar hernia hiatal de forma precisa, lo cual tiene implicaciones diagnósticas y terapéuticas. Además, permite la adecuada colocación de la sonda de pH-metría y evita resultados falsos positivos o negativos. En fecha reciente se presentó la Clasificación de Chicago (CC) en su versión 4.0 para los trastornos motores esofágicos, que incorpora en su protocolo el cambio de la posición, lo cual podría originar variaciones en las mediciones de la UEG.

Objetivo: Comparar la variabilidad en la medición y morfología de la UEG de acuerdo con los cambios de posición sugeridos por la nueva Clasificación de Chicago v4.0.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y observacional realizado en una cohorte de 119 pacientes que acudieron de forma consecutiva a dos centros de referencia (Veracruz y Guadalajara) para la MAR esofágica. Se evaluaron y compararon los tipos de UEG según la CC v4.0 en las posiciones supina y sedente; además, se obtuvo la medida del borde superior del esfínter esofágico inferior (EEI) para establecer la variabilidad entre posiciones. Los tipos de unión y borde superior del EEI se compararon mediante las pruebas de McNemar y kappa.

Resultados: De los 119 sujetos evaluados (edad promedio, 50.7 + 16.0 años), 65% correspondió a mujeres. La media del borde superior del EEI fue de 40.5 + 5.1 cm y 40.7 + 4.7 cm en las posiciones supina y sedente, respectivamente (p = 0.58), mientras que la diferencia entre el borde inferior del EEI y la crura diafragmática fue de 1.82 + 1.3 y 1.91 + 1.4 cm (p = 0.64). De acuerdo con los cambios de posición, el 16.7% de la UEG de tipo I cambió al tipo II; 51% de la UEG de tipo II mostró cambio, al tipo I de 36.1% y al tipo III de 14.9%. El tipo de unión III se mantuvo a pesar del cambio de posición en 21/24 casos (87.5%) (Tabla 1). El índice de McNemar fue de 7.01 (p = 0.07) y la kappa de 0.54.

Tabla 1. (Dom030)

		Tipo de UEG en posición supina			
		Tipo I	Tipo II	Tipo III	Total
Tipo de UEG en posición sedente	Tipo I	40	8	0	48
	Tipo II	17	23	7	47
	Tipo III	1	2	21	24
	Total	58	33	28	119

UEG, unión esofagógica.

Conclusiones: Con el cambio de posición se observó una variación del tipo de UEG, con incremento en un 14.9% de la detección de hernia hiatal, por lo que se recomienda seguir el protocolo actual recomendado por CC v4.0. Por otro lado, se observó que la medición del borde superior del EEI no mostró cambios significativos con el cambio de posición y demostró ser una medida confiable para la colocación del catéter de pH-metría independiente de la posición primaria.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom031

LA HIPOCONTRACTILIDAD DE LA UNIÓN ESOFAGÓGICA SE RELACIONA CON MAYOR PREVALENCIA DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO

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

Introducción: La disfunción de la unión esofagógica (UEG) como barrera antirreflujo es uno de los mecanismos fisiopatológicos descritos en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La contractilidad de la UEG (CI-UEG) es un nuevo parámetro que se evalúa con manometría de alta resolución (MAR) y los valores bajos de esta medición se relacionan con mayor prevalencia de la ERGE; sin embargo, existe poca información en esta población.

Objetivo: Evaluar la CI-UEG y la DCI-UEG en pacientes con síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico y su correlación con el tiempo de exposición al ácido. Se desconoce el valor de corte de la CI-UEG que se relaciona con mayor riesgo de reflujo en pH-metría de 24 h.

Material y métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal, en el que se incluyó a pacientes con síntomas de reflujo, en quienes se realizaron MAR y pH-metría de 24 h, en el periodo de marzo de 2017 a mayo de 2021. La población se clasificó en tres grupos de acuerdo con el resultado de la pH-metría de 24 h: 1) TEA < 4%, 2) TEA > 4% < 6% y 3) TEA > 6%. La medición de la CI-UEG y la DCI-UEG se calculó en tres ciclos respiratorios durante el reposo según lo notificaron Kahrilas et al. Se obtuvieron variables manométricas y demográficas. Los resultados se resumen con medianas y frecuencias y se analizaron con pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis y correlación de Spearman) y ji cuadrada.

Resultados: Se incluyó a 133 pacientes de los cuales el 64.6% (86) correspondió a mujeres, con una edad media de 49 (42-56 años). La CI-UEG fue significativamente inferior entre TEA patológica (> 6) en comparación con el grupo (< 4%) (p = 0.07). No hubo diferencias al comparar los otros grupos. De manera similar, el número de reflujo

total (> 0.001) y el índice de DeMeester (> 0.001) fueron mayores en pacientes con TEA $> 6\%$. Se observó una débil correlación negativa (-0.28 , $p = 0.001$) entre la CI-UEG y la exposición al ácido incrementada. Al calcular el punto de corte entre la CI-UEG y el TEA se identificó una sensibilidad de 54% y especificidad de 66% , muy similar al 50% y 53% para la DCI-UEG.

Conclusiones: La CI-UGE está significativamente disminuida en pacientes con TEA $> 6\%$. Sin embargo, no es de utilidad para predecir el tiempo de exposición al ácido aumentado por lo que se requiere la realización de pH-metría de 24 h para establecer de modo adecuado el diagnóstico de ERGE.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom032

PREVALENCIA Y MORTALIDAD SECUNDARIA A SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS CON TROMBOCITOPENIA SEVERA

A. R. Jiménez-Rodríguez, J. A. García-Ruvalcaba, E. Rocha-Botello, D. Jiménez-Fuentevilla, A. Cano-Verdugo, UMAE 25, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Los pacientes hematológicos se hallan en alto riesgo de desarrollar hemorragias. Uno de los principales factores que contribuyen a este riesgo es la trombocitopenia por disfunción medular. El uso de fármacos citotóxicos se relaciona con lesión de la mucosa gastrointestinal, lo que eleva el riesgo de sangrado del tubo digestivo (STD). Existen pocos estudios publicados y en México se desconoce la prevalencia de STD en el contexto del paciente hematológico con trombocitopenia grave.

Objetivo: Describir la prevalencia, características clínicas, de laboratorio, factores predictores y mortalidad por STD en un grupo de pacientes hematológicos con trombocitopenia grave.

Material y métodos: Se condujo un estudio observacional y descriptivo en una unidad de tercer nivel del noreste de México y se incluyó a pacientes mayores de 18 años, con conteo plaquetario $< 50,000$ al ingreso y diagnóstico de enfermedad hematológica. Se recolectaron en una base de datos variables demográficas, clínicas y de laboratorio al ingreso. Se realizó un seguimiento intrahospitalario y se registraron la hemorragia gastrointestinal manifiesta y los estudios de laboratorio al momento del episodio de sangrado. Además, se llevó a cabo un análisis univariado para identificar factores predictores de STD; las variables con significancia estadística se sometieron a un posterior análisis de regresión logística para identificar variables independientes predictoras de STD.

Resultados: Se incluyó a 116 pacientes en el periodo de junio de 2020 a marzo de 2021, con una edad media de 43.2 ± 16.5 años; el 53.4% correspondió al género femenino. Los diagnósticos más frecuentes fueron leucemia linfoblástica aguda (31.9%), leucemia mieloide aguda (26.7%), trombocitopenia inmunitaria primaria (8.6%) y linfoma no Hodgkin (8.6%). En promedio, el valor de las plaquetas al ingreso fue de $18,212 \pm 15,107$ y el 44% de los pacientes tenía $< 10,000$ plaquetas a su ingreso. La prevalencia de STD fue de 10.3% . En el 75% de los casos, el STD se manifestó como melena, el 16.7% como vómito en posos de café y sólo el 8.3% como hematoquecia. En dos de los pacientes con STD se logró realizar una endoscopia superior en la cual los hallazgos informados fueron una úlcera gástrica Forrest Ib en un caso y gastropatía erosiva de cuerpo en el otro. Tan sólo en un paciente se atribuyó la mortalidad directa relacionada al STD (0.8%). En el análisis univariado, el antecedente de STD previo ($p < 0.01$) y el consumo de AINE ($p < 0.03$) fueron estadísticamente significativos. Al realizar el análisis de regresión logística binaria no se identificaron variables con significancia estadística.

Conclusiones: A pesar de la gravedad de la trombocitopenia presentada por los pacientes hematológicos en este estudio, la prevalencia es similar a lo notificado en pacientes oncológicos con trombocitopenia leve. El STD es una causa infrecuente de mortalidad y la manifestación más común de presentación en esta población de pacientes es la melena. Ninguna variable mostró ser predictora independiente de STD.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom033

TAMIZAJE ORGANIZADO PARA CÁNCER COLORECTAL: ADHERENCIA Y PATRONES DE PARTICIPACIÓN

B. A. Priego-Parra, A. Triana-Romero, A. Inurreta-Vásquez, H. Laffitte-García, G. A. Violante-Hernández, S. S. Jiménez-Rodríguez, A. Meixueiro-Daza, P. Grube-Pagola, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La prueba de inmunoquímica fecal (FIT) es un método de tamizaje efectivo en términos del costo para el cáncer colorrectal (CCR); sin embargo, la adherencia longitudinal al tamizaje es clave para la eficacia. La poca adherencia a las recomendaciones de las guías es todavía un desafío. El tamizaje organizado puede reducir la incidencia y la mortalidad por CCR y tiene además como objetivo realizar intervenciones para dar seguimiento a los participantes, mide el éxito de un programa al calcular la adherencia y permite hacer mejoras para asegurar la calidad del proceso.

Objetivo: Aplicar un programa de tamizaje organizado, medir la adherencia bienal y describir los patrones de participación.

Material y métodos: Durante el 2019 se comenzó un programa de tamizaje organizado para CCR mediante la detección de sangre oculta en heces con FIT. Los criterios de exclusión fueron edad < 50 o > 80 años, población de alto riesgo para CCR, enfermedades terminales o descompensadas y evidencia de hemorragia reciente. Se incluyó a sujetos > 50 años con riesgo promedio para CCR, extraídos de las conferencias impartidas en dependencias de la Universidad Veracruzana. Se citó a los individuos elegibles en esta institución. Todos los asistentes fueron objeto de una entrevista interactiva en la que se les dio información sobre el CCR y el tamizaje. Se realizó un cuestionario para obtener información básica sobre las características sociodemográficas, síntomas gastrointestinales y factores de riesgo para CCR. Después de completar la entrevista, los participantes recibieron un Kit FIT que contenía un recipiente para la recolección de muestra, un folleto con instrucciones y un FIT cuantitativo (OC FIT-CHEK®, Polymedco, Cortlandt Manor, NY). Todos los participantes recibieron sus resultados; quienes mostraron resultado anormal de acuerdo con el punto de corte > 100 ng de hemoglobina/ml de tampón ($= 20 \mu\text{g}$ de hemoglobina/g de heces) se programaron para colonoscopia en la que se tomaron biopsias cuando fue necesario.

Durante el 2021 se capacitó a un equipo de seleccionadores de pacientes mediante pláticas de asesoramiento de riesgo, guías de tamizaje para CCR, herramientas de la comunicación y aprendizaje intercultural. Se realizó una intervención de recordatorios a través de llamadas telefónicas a la cohorte de 266 personas que participaron en el programa inicial. Se describen la intervención efectuada, los patrones de participación y la adherencia al tamizaje.

Resultados: Se realizaron en total 747 llamadas divididas en tres intervenciones. La primera intervención constó de 396 llamadas, de las cuales 179 (45.2%) fueron efectivas y se obtuvo una asistencia de 93 individuos (52% de los contactados). En la segunda intervención se hicieron 191 llamadas; 84 fueron contactos efectivos (44%) y asistieron 31 sujetos (37% de los contactados). En la tercera intervención

se realizaron 160 llamadas con 24 contactos efectivos (15%) y una asistencia de 8 sujetos (33.4% de los contactados). El número total de llamadas efectivas fue de 287 (38.4% del total de llamadas) y el de llamadas no efectivas de 460 (61.6%). A mayor número de intervenciones realizadas, mayor adherencia ($p = 0.026$). De los individuos de la cohorte inicial, 132 completaron su proceso de tamizaje bienal mediante FIT, con un 49.6% de adherencia al programa. Los patrones de participación fueron: 93 (70.4%) participantes consistentes, 30 (29.6%) tardíos y 134 no consistentes (50.3%).

Conclusiones: Al recomendar pruebas de tamizaje para CCR, la relación entre la adherencia al tamizaje y la efectividad de la prueba debe considerarse de forma cuidadosa. El uso de intervenciones en el sistema, el proveedor o las participantes maximiza los beneficios de la detección en cualquier población.

Financiamiento: Ninguno.

Dom034

CAMBIOS EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS DE ACUERDO CON LA CLASIFICACIÓN DE CHICAGO VERSIÓN 4.0 EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”

F. A. Lajud-Barquín, F. Higuera-de-la-Tijera, D. C. Brizuela-Alcántara, R. Y. López-Pérez, T. F. Meléndez-Alvarado, P. M. Diego-Salazar, C. S. Tinitana-Jumbo, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

Introducción: Los trastornos motores esofágicos comprenden una amplia variedad de alteraciones de la motilidad esofágica y la manometría de alta resolución es la norma de referencia para su diagnóstico. La clasificación de Chicago, desde su aparición en 2009, ha establecido la pauta para el diagnóstico y en el año 2020 se publicó su versión 4. Esta define dos categorías: trastornos de la peristalsis (TP) y trastornos de la unión esofagogástrica (TUEG). Entre los TP, una de las principales modificaciones fue el cambio en la definición de motilidad esofágica inefectiva (MEI) en la cual se amplió el porcentaje de ondas débiles de 50% a 70% para establecer el diagnóstico, además de desaparecer el concepto de peristalsis fragmentada y considerarlo dentro del espectro de la peristalsis inefectiva.

Objetivo: Determinar los cambios en la epidemiología de los trastornos motores esofágicos de acuerdo con la clasificación de Chicago v4.0 en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Material y métodos: Estudio retrospectivo del registro de manometría esofágica de alta resolución del servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; se tomaron los estudios existentes de la base de datos de los años 2016 a 2019 y éstos se reclasificaron de acuerdo con los parámetros de la clasificación de Chicago versión 4.0 y compararon con los resultados obtenidos de la versión 3.0. Todos los estudios se efectuaron con el

protocolo de 10 degluciones en posición primaria y maniobras de provocación, en caso de ser necesarias, con equipo de la marca Medtronic; los datos se registraron en frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central.

Resultados: Se incluyó un total de 444 expedientes, de los cuales el 64% ($n = 285$) correspondió a mujeres con una edad promedio de 49.41 ± 14.99 años, sin cambios con respecto a los trastornos del tracto de salida de la UEG. En cuanto a los trastornos de la peristalsis, se encontró que 42 (34.71%) de los pacientes previamente clasificados con motilidad esofágica inefectiva se reclasificaron como motilidad esofágica normal. La epidemiología actual de los trastornos motores esofágicos de este centro, así como la comparación entre la clasificación de Chicago v3.0 y v4.0, se incluyen en la **Tabla 1**.

Conclusiones: La clasificación de Chicago v4.0 representa un cambio en la epidemiología de los trastornos motores esofágicos; el trastorno motor más prevalente es todavía la motilidad esofágica inefectiva, la cual sufrió una reducción significativa del número de pacientes diagnosticados con este trastorno; se debe conceder especial atención a la evolución clínica de los pacientes ahora considerados con motilidad esofágica normal.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Epidemiología actual de los trastornos motores esofágicos de acuerdo con la clasificación de Chicago v4.0. (Dom034)

	Chicago v3.0		Chicago v4.0
Acalasia	38 (8.58%)	Acalasia	38 (8.58%)
Tipo 1	12	Tipo 1	12
Tipo 2	24	Tipo 2	24
Tipo 3	2	Tipo 3	2
Obstrucción del tracto de salida de la UEG	2 (0.45%)	Obstrucción del tracto de salida de la UEG	2 (0.45%)
Espasmo esofágico distal	2 (0.45%)	Espasmo esofágico distal	2 (0.45%)
Esófago en martillo hidráulico	2 (0.45%)	Esófago hipercontráctil	2 (0.45%)
Contractilidad ausente	34 (7.67%)	Contractilidad ausente	34 (7.67%)
Peristalsis fragmentada	0 (0%)	Motilidad inefectiva	81 (18.28%)
Motilidad inefectiva	121 (27.34%)		
Motilidad normal	244 (55.08%)	Motilidad normal	286 (64.56%)