



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 14 de noviembre de 2021

### Misceláneos

#### Dom039

### CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN METAPLASIA INTESTINAL GÁSTRICA

T. F. Meléndez-Alvarado, V. H. Fúnez-Madrid, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

**Introducción:** El cáncer gástrico es todavía un problema mundial importante y ocupa el quinto lugar en incidencia y el tercero en mortalidad relacionada con el cáncer en todo el mundo en las últimas estadísticas mundiales sobre cáncer publicadas. La metaplasia intestinal (MI) se considera una anomalía precancerosa porque, de forma independiente, confiere un riesgo de desarrollar cáncer gástrico. Entre las personas sometidas a endoscopia con biopsia en Estados Unidos, la prevalencia promedio de metaplasia intestinal gástrica es - 5%. Se ha demostrado que la endoscopia de luz blanca de alta definición tiene una elevada especificidad (> 90%) para MI, aunque todavía con una sensibilidad subóptima (53%-75%) en estudios previos. La cromoendoscopia convencional con la aplicación de tinciones como el índigo carmín, el azul de metileno o el ácido acético se relaciona con una mayor precisión y sensibilidad para MI. Las tecnologías de mejora de imágenes, como las imágenes de banda estrecha, ofrecen una ventaja única en estos aspectos. Existen pocos estudios en las publicaciones médicas nacionales sobre la correlación entre hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes con metaplasia intestinal gástrica, por lo que se analiza este problema aquí.

**Objetivo:** Correlacionar los hallazgos endoscópicos e histológicos en la metaplasia intestinal gástrica.

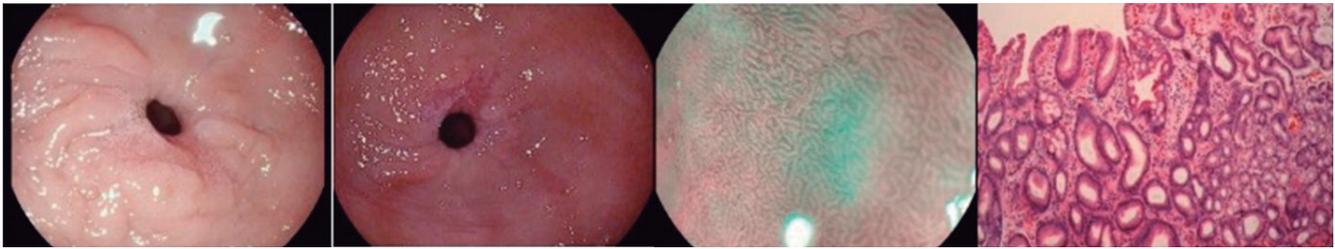
**Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de esofagogastroduodenoscopias con biopsias realizadas entre diciembre de 2020 y mayo de 2021 en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Para el estudio se recopilaron datos que incluían edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), motivo del estudio, hallazgos endoscópicos e histológicos. Los datos se tabularon y analizaron con el software Microsoft Excel.

**Resultados:** Se revisó un total de 650 esofagogastroduodenoscopias con biopsias realizadas en el periodo de diciembre de 2020 a mayo de 2021 y se identificó una prevalencia de metaplasia intestinal de 3.08%. En 22 esofagogastroduodenoscopias se encontraron hallazgos indicativos de MI y 20 de ellas tuvieron confirmación histológica (correlación endoscópico-histológica de 90.9%).

Los pacientes que tuvieron metaplasia intestinal gástrica confirmada histológicamente fueron del sexo femenino en 70%, con una edad media de  $61 \pm 11.2$  años. Se utilizó cromoendoscopia vital en 25% de los pacientes con uso de tinciones como ácido acético e índigo carmín y en 100% se utilizó la cromoendoscopia digital (iScan 2), lo que incrementó la precisión diagnóstica (Fig. 1). El 90% de los pacientes mostró metaplasia intestinal de tipo completo y sólo un 10% metaplasia intestinal incompleta. Un 25% presentó metaplasia intestinal difusa y un 75% de tipo focal; las localizaciones más frecuentes fueron el antro gástrico y la curvatura menor en un 40% y 20%, respectivamente. Se reconoció displasia relacionada con MI en un solo paciente (displasia de bajo grado). El 50% de los casos de metaplasia intestinal gástrica se vinculó con infección por *H. pylori*.

**Conclusiones:** Existe una buena correlación endoscópico-histológica en pacientes con metaplasia intestinal gástrica (90%). Se encontró

**Figura 1.** A. Visión endoscópica en la región prepilórica de la mucosa con parches blanquecinos indicativos de metaplasia intestinal. B. Mucosa con patrón glandular veloso con la aplicación de cromoendoscopia vital de contraste (ácido acético) y digital (iScan). C. Cresta azul clara (signo endoscópico) con magnificación (OE) y cromoendoscopia digital. D. Confirmación histológica de metaplasia de tipo intestinal incompleta focal, sin displasia. (Dom039)



una prevalencia de metaplasia intestinal gástrica en un 3.08%, similar a lo informado en las publicaciones médicas mundiales. La metaplasia intestinal gástrica se relaciona en gran parte de los casos con infección crónica por *Helicobacter pylori*, por lo que su erradicación podría atenuar la evolución al cáncer gástrico de tipo intestinal.

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

## Dom040

### EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA DE LOS CAMBIOS ANATÓMICOS A NIVEL DE LA UNIÓN ESOFAGO-GÁSTRICA POSTERIOR A UNA CIRUGÍA DE FUNDUPLICATURA, EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA” DE MARZO DE 2020 A MARZO DE 2021

Y. S. Pedroza-Chamorro, E. Ornelas-Escobedo, L. F. Torreblanca-Sierra, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

**Introducción:** Muchos autores han realizado varios intentos por identificar los mejores parámetros para una adecuada evolución endoscópica, durante el seguimiento de los pacientes, luego de una cirugía de funduplicatura total o parcial y sus complicaciones; sin embargo, no ha sido posible lograr su estandarización y replicación entre los endoscopistas, lo que ha originado una inadecuada evaluación.

**Objetivo:** Analizar los cambios anatómicos de la unión esofagogástrica posterior a una funduplicatura total y parcial, en pacientes atendidos en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga de marzo del 2020 a marzo del 2021.

**Material y métodos:** Es un estudio descriptivo, observacional, correlacional y retrospectivo de corte transversal realizado en un solo

centro; se integró con 65 pacientes sometidos a funduplicatura y se efectuó una revisión endoscópica con equipos de la marca PENTAX (EG29-I10). Se efectuaron pruebas de asociación estadística V de Cramer, índice de cambios anatómicos y prueba de Kruska-Wallis con grado de significancia preestablecido ( $\alpha = 0.05$ ), con el uso del software estadístico SPSS, versión 24 para Windows.

**Resultados:** Predominó el género femenino con un promedio de 52.3% (34 casos), con una edad promedio de 46.85 años (33 casos); durante las cirugías se efectuaron funduplicaturas totales en el 64.7% (42 casos) y parciales en el 35.3% (23 casos). Véase la **Tabla 1**.

Durante las evaluaciones endoscópicas se identificó la esofagitis en el 27.69% (18 casos) y ésta se catalogó de acuerdo con la clasificación de Los Ángeles en los grados A en 7.69% (5 casos), B en 15.38% (10 casos), C en 4.62% (3 casos) y D en 0%; en el plano gástricos, los cambios posteriores a la funduplicatura fueron de 100%. Véase la **Tabla 2**.

Al aplicar los parámetros de Seltman y Jobe se logró la descripción final de funduplicaturas intactas en el 70.80% (46 casos) y funduplicaturas con alguna alteración en el 29.2% (19 casos) de los pacientes. Véanse las **Tablas 3 y 4**.

**Conclusiones:** En esta investigación se logró identificar un índice de cambios anatómicos con un valor promedio de 3.06, obtenido por las funduplicaturas intactas, representadas por un 70.80% (46 casos) y medidas en una escala de 0 a 10; se demostró un índice de cambios anatómicos con valores obtenidos más bajos para la funduplicatura parcialmente interrumpida (2.91) y más altos para el estómago de dos compartimentos (3.67) de 3.06%, según los parámetros de Seltman y Jobe.

La prueba de asociación V de Cramer aportó las evidencias estadísticas de relación significativa sólo entre la hernia hiatal durante el seguimiento, los cambios anatómicos observados y la descripción final de las funduplicaturas con valor  $p = 0.000$ ; para el resto de hallazgos endoscópicos relevantes no se demostró una relación con significancia estadística.

**Financiamiento:** Ninguno.

Tabla 1. (Dom040)

Características sociodemográficas	n = 65	Media (%) Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite superior	Límite inferior
Edad de los pacientes	33 casos	46.85 años	50.38 años	43.31 años
Sexo de los pacientes	Femenino: 34 Masculino: 31	52.3% 47.7%	-	-
Procedencia de los pacientes	Urbana: 65	100%	-	-
Antecedentes clínicos relevantes antes de funduplicatura	n = 65	Media (%) Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite superior	Límite inferior

Comorbilidades	HTA: 17	26%	-	-
	DM: 10	15.4%	-	-
	Neumonía: 2	3.1%	-	-
	Sin comorbilidades: 36	55.4%	-	-
Índice de masa corporal	33 casos	25.77 kg/m <sup>2</sup>	26.89 kg/m <sup>2</sup>	24.66 kg/m <sup>2</sup>
Estado nutricional (OMS)	Bajo peso: 5 casos	7.7%	-	-
	Peso normal: 19 casos	29.2%	-	-
	Sobrepeso: 27 casos	41.5%	-	-
	Obesidad grado I: 11 casos	16.9%	-	-
	Obesidad grado II: 3 casos	4.6%	-	-
Clasificación de acalasia	Acalasia del tipo I (típica): 8	12.3%	-	-
	Acalasia del tipo II (panpresurizaciones): 14	21.5%	-	-
	Total de pacientes con acalasia: <b>22</b>	<b>33.8%</b>	-	-
Tipo de hernia hiatal	H. hiatal tipo I (deslizada): 34 casos	52.3%	-	-
	HH tipo II (paraesofágica): 8 casos	12.3%	-	-
	HH tipo II (mixta): 1 caso	1.5%	-	-
	Total de pacientes con hernia hiatal: <b>43</b>	<b>66.2</b>	-	-
Tipos de funduplicatura realizadas de forma transquirúrgica	Funduplicatura parcial tipo Dor: 14 casos	21.5%	-	-
	Funduplicatura parcial tipo Toupet: 9 casos	13.8%	-	-
	Funduplicatura tipo Nissen: 11 casos	16.9%	-	-
	Funduplicatura tipo Nissen geométrico: 22 casos	33.8%	-	-
	Funduplicatura tipo Nissen geométrico + fijación: 9 casos	13.8%	-	-

Tabla 2. (Dom040)

Hallazgos endoscópicos relevantes posteriores a una cirugía de antirreflujo	n = 95	Media (%) Intervalo de confianza para la media al 95%
Hallazgos endoscópicos en esófago posterior a funduplicatura	Esofagitis: 18 casos	27.69%
	Dilatación esofágica: 15 casos	23.07%
	Restos alimenticios esofágicos: 13	20%
	Esófago de Barrett: 4 casos	6.15%
	Resistencia al paso en UEG: 3 casos	4.61%
	<b>EDA normal: 12 casos</b>	<b>18.48%</b>
Hallazgos endoscópicos gástricos posterior a funduplicatura	Cambios posfunduplicatura: 65 casos	100%
	Hernia hiatal: 23 casos	33.84%
	Restos alimenticios a nivel gástrico: 18	27.69%
	Gastropatía erosiva cuerpo/antro: 9 casos	13.84%
Evidencia de esofagitis en EDA de seguimiento	No: 47 casos	<b>72.30%</b>
	Sí: 18 casos	27.69%
Grado de esofagitis según clasificación de Los Ángeles	Grado A: 5 casos	7.69%
	Grado B: 10 casos	15.38%
	Grado C: 3 casos	4.61%
	Grado D: 0	<b>27.69%</b>
	<b>Total de casos con esofagitis: 18</b>	

Tabla 3. (Dom040)

Aspectos anatómicos de la UEG por una funduplicatura, según la clasificación de Seltman y Jobe	n = 95	Media (%) Intervalo de confianza para la media al 95%
Grosor del labio superior de funduplicatura	Amplio: 36 casos	54.68%
	Delgado: 23 casos	35.93%
	Ausente: 6 casos	9.37%
Longitud del cuerpo de la válvula de los pacientes	2-3 cm: 33 casos	50%
	> 2 cm: 16 casos	25%
	> 3 cm: 16 casos	25%
	Límite superior: 3.04 cm	
	Límite inferior: 2.61 cm	

Surco anterior de la válvula antirreflujo/funduplicatura	Superficial: 23 casos	35.38%
	Profundo: 29 casos	44.61%
	Ausente: 13 casos	20%
Surco posterior de la válvula antirreflujo/funduplicatura	Superficial: 20 casos	30.76%
	Profundo: 34 casos	52.30%
	Ausente: 11 casos	16.92%
Adherencia al endoscopio	Estrecha: 38	58.46%
	Parcial/moderado: 14	21.53%
	Ausente: 13	20%
Área de anchura de la curvatura menor detrás del endoscopio	Amplia > 3 cm: 33	50.76%
	Estrecha > 3 cm: 32	49.23%
Localización de la unión esofagogástrica UEG	Intraabdominal: 50	76.92%
	Intratorácica: 13	21.53%
	Cuerpo gástrico: 1	1.53%

Tabla 4. (Dom040)

Descripción final de funduplicatura	n = 95	Media (%) Intervalo de confianza para la media al 95%
Funduplicatura intacta	46 casos	70.8%
Funduplicatura parcialmente interrumpida	11 casos	16.9%
Funduplicatura completamente interrumpida	4 casos	6.2%
Funduplicatura retorcida	1 caso	1.5%
Estómago de dos compartimientos	3 casos	4.6%

## Dom041

### FRECUENCIA DE NECESIDAD DE TERAPIA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE GLASGOW-BLATCHFORD = 2

O. S. Hamud-Gasca, A. Noble-Lugo, Hospital Español de México

**Introducción:** La hemorragia del tubo digestivo alto (HTDA) es una de las principales causas de atención hospitalaria por afecciones digestivas. La endoscopia digestiva permite identificar y luego tratar la causa del sangrado. La calificación de Glasgow-Blatchford (CGB) permite evaluar el riesgo y la necesidad de tratamiento endoscópico e intrahospitalario. Hoy día se considera que los pacientes con CGB < 1 pueden atenderse de manera ambulatoria de forma segura. En los últimos años, distintos trabajos han propuesto que los pacientes con un CGB = 2 pueden ser elegibles también para tratamiento ambulatorio, pero la evidencia actual aún es escasa, por lo que el objetivo de este trabajo es aportar más información al respecto.

**Objetivo:** Conocer la frecuencia de tratamiento endoscópico en pacientes con HTDA y CGB = 2 sometidos a endoscopia digestiva alta, durante las primeras 24 h de su atención en el Hospital Español.

**Material y métodos:** Pacientes con HTDA y CGB = 2, en quienes se efectuó endoscopia digestiva alta en las primeras 24 h de su atención en el Hospital Español, en el periodo comprendido entre mayo de 2019 y mayo de 2021. El estudio fue de tipo descriptivo, unicéntrico, observacional y retrolectivo. Variables analizadas: tratamiento endoscópico, edad, género, factores de riesgo (edad > 70 años, consumo recurrente de AINE y tratamiento con antitrombóticos), causa del sangrado, así como el resultado compuesto comprendido por hemorragia recurrente, necesidad de medidas quirúrgicas o radiología intervencionista, necesidad de transfusión, ingreso a la

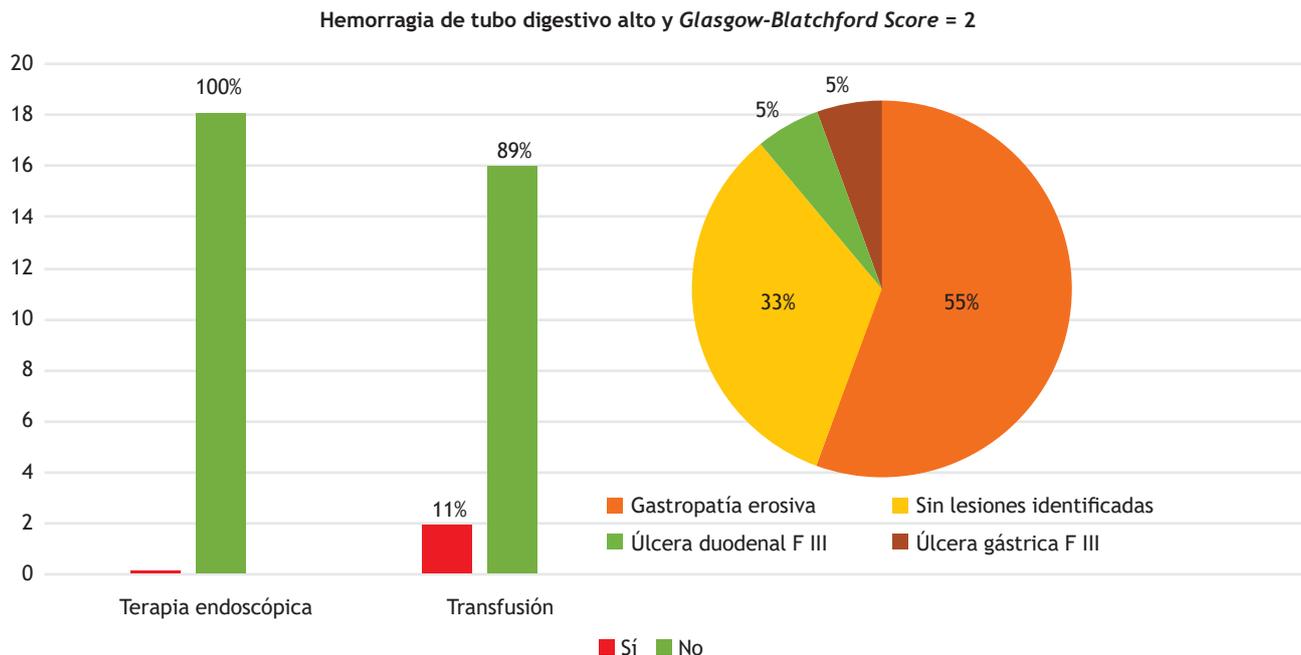
unidad de terapia intensiva (UTI) o unidad de cuidados intermedios (UCI) y mortalidad a 30 días. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativa y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

**Resultados:** Se encontraron 18 casos de pacientes con HTDA y CGB = 2, de un total de 208 pacientes atendidos por HTDA en quienes se practicó endoscopia digestiva alta en las primeras 24 h de atención. La edad promedio fue de  $48.17 \pm 19.01$  (21-85 años), con predominio del género masculino en 55%. Ninguno de los 18 pacientes requirió tratamiento endoscópico. De los factores de riesgo analizados: cinco pacientes eran mayores de 70 años (27%), cuatro tenían consumo recurrente de AINE (22%), dos se encontraban en tratamiento con antitrombóticos (11%) y cuatro tomaban AINE y antitrombóticos (22%); dos pacientes recibieron tratamiento transfusional (11%) y ninguno mostró algún otro de los componentes del resultado compuesto. En 10 pacientes, el origen de la HTDA fue la gastropatía erosiva (55%), un paciente tenía una úlcera gástrica Forrest III (5%) y otro más una úlcera duodenal Forrest III (5%). En 6 pacientes no fue posible identificar la causa del sangrado (33%) (Fig. 1). De los dos enfermos que requirieron tratamiento transfusional, en uno la causa identificada fue la gastropatía erosiva y en otro no se determinó la causa del sangrado. A su vez, el paciente con gastropatía erosiva tomaba de manera conjunta AINE y antitrombóticos y era mayor de 70 años.

**Conclusiones:** En el medio de los autores se observó que el 100% de los pacientes que tenían un CGB = 2 no requirió tratamiento endoscópico; sin embargo, dos individuos (11%) necesitaron tratamiento transfusional, uno de los cuales tenía los tres factores de riesgo evaluados (consumo recurrente de AINE, tratamiento con antitrombóticos y edad mayor de 70 años). En la mayor parte de los casos se atribuyó la HTDA a gastropatía erosiva, pero en una tercera parte no se identificó la causa del sangrado. Ninguno de los pacientes falleció ni mostró alguna otra de las complicaciones estudiadas.

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

Figura 1. Frecuencia de los tratamientos endoscópico y transfusional y las causas. (Dom041)



## Dom042

### FACTORES DE RIESGO CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICOS PARA RESANGRADO EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

J. Saucedo-Saldívar, E. Ornelas-Escobedo, V. H. Fúnez-Madrid, R. Y. López-Pérez, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

**Introducción:** La hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) se define como una hemorragia proximal al ligamento de Treitz en ausencia de varices esofágicas, gástricas o duodenales. La endoscopia es la principal modalidad diagnóstica y terapéutica para la HDANV porque ofrece no sólo la capacidad de localizar el sitio del sangrado, sino también la de aplicar diferentes técnicas terapéuticas. A pesar de los avances farmacológicos con el uso generalizado de los inhibidores de la bomba de protones (IBP), así como la aplicación de técnicas hemostáticas endoscópicas modernas, las tasas de resangrado y mortalidad han permanecido en 10% durante los últimos 30 años.

**Objetivo:** Definir los factores de riesgo clínicos y endoscópicos para resangrado después de una endoscopia en la HDANV.

**Material y métodos:** Entre el 1 de enero de 2021 y el 15 de junio de 2021 se evaluó de manera prospectiva a 112 pacientes con diagnóstico de HDANV, quienes se sometieron a una evaluación por esofagogastroduodenoscopia. Se revisaron las características clínicas y endoscópicas de los pacientes con resangrado y se compararon con los pacientes sin resangrado.

**Resultados:** Se evaluó a 112 pacientes con diagnóstico de HDANV, con edad media de 55.88 años (DE  $\pm$  16.55 años), 44 (39.3%) del género femenino. Se identificó resangrado en 17 pacientes (15.17%), de los cuales 4 (23.5%) sufrieron hemorragia en una segunda ocasión. La media del tiempo al resangrado fue de 5.23 días (DE  $\pm$  6.69). En el análisis de cruces de variables de resangrado con cualquier otra variable no se encontró correlación. En el análisis del subgrupo de pacientes con estigmas de alto riesgo de resangrado

(Forrest la-IIb) se reconoció un efecto protector del tratamiento dual o triple endoscópico ( $p < 0.001$ ).

**Conclusiones:** No se halló una correlación entre los factores clínicos analizados y el resangrado. En cuanto a los hallazgos endoscópicos en el subgrupo de pacientes con diagnóstico de HDANV con estigmas de alto riesgo, se observó un efecto protector del doble o triple tratamiento endoscópico, por lo que se considera que el tratamiento endoscópico adecuado es de vital importancia para una evolución óptima en estos pacientes.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom043

### DIFERENCIAS EN LAS MEDIDAS ANATÓMICAS Y LOS PERFILES DE PRESIÓN ESOFÁGICA DEL PERIODO BASAL INICIAL VS. PERIODO BASAL FINAL EN LA MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN, REPORTE PRELIMINAR

C. Montejo-Velázquez, J. I. Minero-Alfaro, Y. Zamorano-Orozco, C. I. Blanco-Vela, L. V. Fuentes-Ernult, J. A. Villar-Tapia, P. Gálvez-Castillejos, E. Ramos-Raudry, E. Suárez-Morán, Hospital Central Militar

**Introducción:** La Clasificación de Chicago (CC) clasifica de manera algorítmica los trastornos de la motilidad esofágica, para lo cual usa medidas topográficas y establece valores normativos en manometría de alta resolución (MAR). El periodo basal posterior a la adaptación del paciente está relativamente poco descrito en relación con su técnica y se ha mencionado que "esta captura debe tener una duración mínima de 30 segundos para permitir la identificación de hitos anatómicos y el perfil de presión en reposo", por lo que convencionalmente se lleva a cabo al inicio del protocolo. Al no estar familiarizado con la sensación de un cuerpo extraño nasofaríngeo, el paciente ofrece una cooperación limitada, introduce una mayor posibilidad de artefactos y por tanto predispone a las mediciones más inexactas al inicio del

estudio de manometría de alta resolución. Al adaptarse a la sensación de cuerpo extraño nasofaríngeo, seguir mejor las indicaciones y cooperar con la dinámica del estudio, se reconocen variaciones en el perfil de presión basal y medición de las porciones anatómicas evaluadas.

**Objetivo:** Revisar de modo retrospectivo y señalar de manera preliminar los contrastes hallados en los valores normativos anatómicos y perfiles de presión en reposo; para ello se utilizó información del periodo basal de inicio y se comparó con el final de la MAR, en diferentes laboratorios de motilidad gastrointestinal de la Ciudad de México en el lapso comprendido entre 2018 y 2021.

**Material y métodos:** Revisión de los estudios de MAR archivados electrónicamente en los sistemas pertenecientes a los laboratorios de motilidad participantes en este protocolo; se utilizó el software de análisis ManoViewESO. La normalidad de los grupos se confirmó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La prueba estadística utilizada fue la prueba t de Student para muestras pareadas. Los datos se presentan como media (desviación estándar). Se tomó como significación estadística una  $p < 0.05$  con un intervalo de confianza del 95%. El análisis estadístico se efectuó en el paquete estadístico SPSS v.21.0®.

**Resultados:** Se analizó a 25 pacientes entre enero de 2018 y mayo de 2021, con promedio de edad de 52 años (DE, 16), de los cuales 18 fueron varones (65%). Los resultados del estudio se muestran en la **Tabla 1**.

**Tabla 1.** Diferencias en los perfiles de presión y medidas anatómicas entre los periodos inicial y final de la manometría de alta resolución. (Dom043)

Parámetro	Inicial	Final	p*
Mínimos respiratorios de EEI, mmHg (DE)	10.45 (9.72)	8.55 (8.31)	0.4
Media respiratoria del EEI, mmHg (DE)	18.51 (12.06)	21.68 (11.55)	0.2
Media del esfínter esofágico superior, mmHg (DE)	55.1 (33.53)	32.56 (23.56)	0.002
Centro del EEI, final espiratorio, mmHg (DE)	41.3 (3.16)	41.39 (2.46)	0.8
Proximal del EEI, mmHg (DE)	39.95 (2.87)	40 (2.64)	0.8
Distal del EEI, cm (DE)	43 (2.98)	43.85 (4.6)	0.02
Longitud, cm (DE)	3.06 (0.79)	3.81 (0.65)	< 0.001
Intraabdominal del EEI, cm (DE)	1.32 (0.88)	2.18 (1.07)	0.004

\*Calculado mediante la prueba de T de Student para medidas pareadas.  
EEI, esfínter esofágico inferior.

**Conclusiones:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuatro parámetros, sobre todo en las medidas de referencia anatómica, al evaluarse la ventana de reposo al final del estudio de MAR. Destaca la disminución de la media de presión del EES quizá secundaria a una mejor adaptación del paciente al catéter. Debe ampliarse la muestra para poder recomendar, en el caso de la evaluación del tono del esfínter esofágico superior, si debe tomarse en cuenta el tono en reposo al final del estudio.

**Financiamiento:** Para la realización de este trabajo no se recibió ningún financiamiento.

## Dom044

### ERUCTOS SUPRAGÁSTRICOS EXCESIVOS: UNA ENTIDAD EN ASCENSO

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

**Introducción:** Eructar es un fenómeno común, pero se vuelve molesto si es excesivo. La vigilancia con pH-impedancia permite clasificar los eructos en dos tipos: gástricos y supragástricos (ESG). El primero es un mecanismo fisiológico para ventilar el aire deglutido; el segundo se considera un trastorno conductual. Si bien la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es la anomalía más relevante en ambos tipos de eructos, la ESG “excesivos” (> 13 episodios/24 h) afecta en grado significativo la calidad de vida y puede representar una causa de ERGE resistente. Aunque la definición de ESG excesivos es reciente (Sifrim et al., 2015) se desconoce cuál es su prevalencia en los últimos años.

**Objetivo:** Describir la prevalencia y las características de los pacientes con ESG excesivos en un periodo de cinco años en un centro de referencia en México.

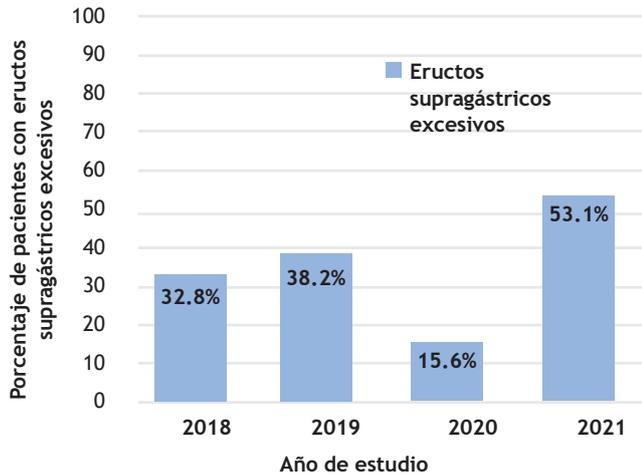
**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional realizado en una cohorte de 480 pacientes que acudieron de forma consecutiva al Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana. A partir de 2017 se incorporó al análisis de impedanciometría el análisis manual de los eructos de acuerdo con la definición y metodología que propusieron Sifrim et al. Por lo tanto, se incluyó a pacientes con vigilancia completa de pH-metría con impedancia de 24 h durante el periodo de marzo de 2017 a junio de 2021. Se analizó el total de pacientes, los síntomas (número de eructos referidos y otros síntomas), el número de EG y ESG por impedancia y el número de pacientes que cumplieron la definición de ESG “excesivos”. El análisis de los resultados y la elaboración de gráficas y tablas se llevaron a cabo con el programa IBM SPSS® Statistics versión 22.0.

**Resultados:** Se analizaron 242 estudios (edad promedio, 47.1 ± 14.8 años), de los cuales 63% correspondió a mujeres. En el total de los estudios realizados en los cinco años se observó una tendencia creciente en la frecuencia de eructos (medidos por pH-metría) con la siguiente distribución: 23/88 (26.1%) en 2017, 73/149 (48.1%) en 2018, 90/136 (66.1%) en 2019, 32/83 (38.5%) en 2020 y 24/32 (75%) en 2021. Por otro lado, el diagnóstico de ESG “excesivos” tuvo una tendencia al alza excepto durante el año 2020 (efecto de la pandemia por COVID-19) (**Fig. 1**). El 33.5% de los pacientes con ESG refirió como síntomas predominantes pirosis y regurgitación, sólo pirosis en 15% y sólo regurgitación en 5.7% ( $p = 0.171$ ). El 54.2% de los individuos valorados por síntomas típicos de ERGE se diagnosticó con ESG excesivos. Tan sólo el 3.2% de los pacientes con ESG señaló como síntoma predominante a los eructos.

**Conclusiones:** En los últimos cinco años se ha advertido un evidente ascenso (hasta uno de cada tres) del número de pacientes que se diagnostican con ESG “excesivos” en un centro de referencia. Las implicaciones de estos hallazgos son trascendentes en varios contextos: 1) es necesario capacitarse y tener la habilidad de establecer este diagnóstico, ya que al tratarse de un análisis manual requiere un entrenamiento especial; 2) esto refleja el hecho de que, en muchos pacientes con ERGE, los síntomas y la persistencia de éstos se relacionan con los ESG “excesivos”; y 3) es necesaria la adopción de programas que capaciten al personal de salud para aprender las técnicas de biorretroalimentación, que es el tratamiento ideal para estos casos.

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

**Figura 1.** Porcentaje de eructos supragástricos excesivos detectados por pH-metría con impedancia en el periodo de 2018 a 2021. (Dom044)



### Dom045

## PENFIGOIDE BULLOSO, MANIFESTACIÓN PARANEOPLÁSICA DE CÁNCER ESOFÁGICO: REPORTE DE CASO

W. D. Torrecilla-Ramírez, E. García-Castillo, Z. D. Torrecilla-Ramírez, A. García-Rivera, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara

**Introducción:** El penfigoide bulloso es un trastorno dérmico adquirido caracterizado por ampollas subepidérmicas, crónico, de naturaleza autoinmunitaria e idiopática. Previamente se ha notificado en las publicaciones médicas la relación del penfigoide bulloso y el cáncer, pero la relación causal exacta no se ha establecido con claridad. Hasta la fecha existen pocos informes de casos de penfigoide bulloso como síndrome paraneoplásico vinculado con cáncer de esófago. En este trabajo se comunica un caso de penfigoide bulloso paraneoplásico como manifestación inicial del carcinoma epidermoide de esófago.

**Objetivo:** Presentar un caso clínico poco usual de penfigoide bulloso como manifestación paraneoplásica de carcinoma epidermoide de esófago.

**Informe de casos:** Se trata de un hombre de 69 años de edad, con antecedente de tabaquismo intenso (índice tabáquico de 35 paquetes/año), sin factores comórbidos, que acude a atención médica por presentar seis meses de evolución con lesiones dérmicas ampollas y pruriginosas distribuidas en cuello, tórax, abdomen y extremidades. Durante el mismo periodo, el paciente sufre una pérdida de peso de 12 kg, disfagia (inicialmente a sólidos y luego a líquidos), dolor abdominal intermitente limitado a hemiabdomen superior y saciedad temprana.

La exploración física destaca una dermatosis generalizada, caracterizada por múltiples lesiones urticariformes y ampollas tensas, de base eritematosa, localizadas en cuello, espalda, tórax, abdomen y superficies flexoras de extremidades, con bordes elevados, pruriginosas, algunas con ulceraciones, y signo de Nikolsky negativo. Los estudios de laboratorio demuestran anemia normocítica hipocrómica moderada, elevación de deshidrogenasa láctica, hipoalbuminemia e hipercalcemia leve.

Como abordaje de la disfagia se realiza esofagogastroduodenoscopia que revela en el tercio medio del esófago una mucosa de

aparición infiltrativa, ulcerada, con zonas de necrosis, friable al contacto con endoscopio, con estenosis que impide el paso del gastroscopio. La tomografía toracoabdominal delinea una lesión ocupativa a nivel de tercio medio de esófago hasta la unión gastroesofágica, de bordes irregulares, con aireación parcial distal a este sitio de obstrucción, ganglios mediastínicos y retroperitoneales de tipo metastásico (Fig. 1). El informe histopatológico de las biopsias de piel demuestra ampollas subepidérmicas con infiltrado perivascular superficial con predominio de eosinófilos y las biopsias del tumor esofágico concluyen carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado.

**Discusión:** La relación entre el penfigoide bulloso y una neoplasia maligna no es clara. El penfigoide bulloso paraneoplásico se relaciona más a menudo con trastornos linfoproliferativos de células B, aunque se han notificado casos de una vinculación con cáncer de mama, próstata, pulmón, tiroides, laringe, piel, estómago, colon, cuello uterino, útero, vejiga, carcinoma de células renales y carcinomas de células escamosas. No existen características clínicas singulares del penfigoide bulloso paraneoplásico que lo distinguan del penfigoide bulloso común. La incidencia del penfigoide bulloso paraneoplásico es baja y hay pocos casos comunicados. Es controvertida la relación entre penfigoide bulloso y cáncer y algunos análisis de datos no muestran un nexo estadísticamente significativo. El tratamiento del penfigoide bulloso paraneoplásico se enfoca en el cáncer más que en su contraparte no paraneoplásica.

**Conclusiones:** Existen pocos informes de casos de penfigoide bulloso como síndrome paraneoplásico vinculado con cáncer de esófago, por lo que se requiere más evidencia que dilucide los mecanismos fisiopatológicos relacionados con esta neoplasia. Este trabajo no cuenta con ningún tipo de financiamiento.

**Figura 1.** Tomografía toracoabdominal contrastada que muestra una lesión en el tercio medio del esófago y hasta la unión gastroesofágica, con bordes irregulares, reducción de la luz y ganglios mediastínicos y retroperitoneales de tipo metastásico. (Dom045)



## Dom046

## NECROSIS ESOFÁGICA AGUDA, ¿UNA ENTIDAD RARA?

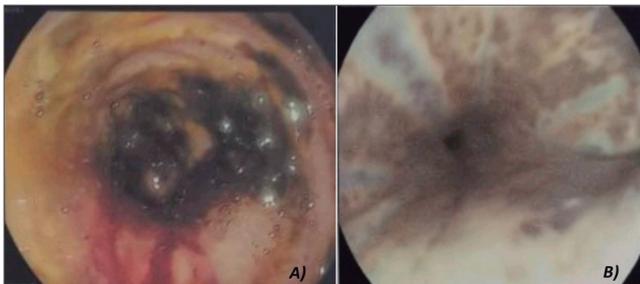
M. Y. Carmona-Castillo, E. Morales-Mairena, E. J. Medina-Ávalos, S. Teutli-Carrión, C. L. Dorantes-Nava, F. Higuera-de-la-Tijera, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

**Introducción:** La necrosis esofágica aguda es una entidad clínica rara relacionada en particular con estados de descompensación glucémica, como lo es la cetoacidosis diabética, así como en relación con estados de choque, paciente crítico con datos de isquemia grave o incluso procesos neoplásicos. Su incidencia es de 0.01% a 0.2%, es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres y mayores de 60 años, y eleva el riesgo en pacientes con comorbilidades cardiovasculares o infiltrativas. La presentación clínica es la de hemorragia digestiva alta, dolor en epigastrio, emesis, disfagia a sólidos, fiebre, náusea, entre otros. La importancia de esta entidad radica en las complicaciones: estenosis, perforación, mediastinitis y muerte, esta última informada en 6% a 30% de los casos.

**Objetivo:** Presentar el caso de un paciente en quien se documentó por esofagoduodenoscopia esofagitis necrosante, con énfasis en los factores de riesgo adjuntos.

**Informe de casos:** Paciente masculino de 60 años de edad con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de 30 años de diagnóstico y estancia intrahospitalaria por choque séptico secundario a infección de tejidos blandos purulento por pie diabético Wagner IV en quinto dedo del pie derecho, con amputación supracondílea y antecedente de cardioversión eléctrica durante el procedimiento quirúrgico; posterior hemorragia del tubo digestivo alto caracterizada por hematemesis y evacuaciones melénicas; la panendoscopia se muestra en la **Figura 1**. Se indica ayuno por 72 h, así como inhibidor de la bomba de protones y control metabólico. Una panendoscopia 72 h después revela mejoría de las lesiones esofágicas, con posterior evolución tórpida por múltiples anomalías, sin complicaciones secundarias a afección esofágica.

**Figura 1. A.** Panendoscopia con necrosis esofágica circunferencial (día 5°); **B.** Panendoscopia a las 72 horas. (Dom046)



**Discusión:** Goldemberg et al. describieron los primeros casos de esofagitis necrosante aguda en 1990 y señalaron criterios como la afectación circunferencial del esófago, con o sin exudados, con extensión significativa y terminación abrupta de la unión gastroesofágica y aparición del cuadro; deben descartarse otras causas, como melanoma maligno, acantosis nigricans, pseudomelanosis, melanosis o ingestión de corrosivos. El pronóstico es casi siempre malo, ya que casi 30% de los casos sufre complicaciones relacionadas con la enfermedad subyacente; la mortalidad específica de la necrosis esofágica es baja y el tratamiento se enfoca en las enfermedades coexistentes, reanimación hemodinámica, ayuno e inhibidores de la bomba de protones. Cabe mencionar que sólo el 10% puede mostrar complicación en la forma de estenosis esofágica. Aunque no se conoce el mecanismo fisiopatológico exacto, se ha considerado la

hipótesis de “dos golpes”, según la cual hay un suceso inicial (p. ej., estado vascular de bajo flujo) predispone luego a la mucosa esofágica a sufrir una lesión tóxica grave (es decir, por reflujo de ácido y pepsina); la obstrucción de la salida gástrica conduce a una acumulación de líquido en el estómago y ello puede promover el reflujo esofágico y provocar una lesión directa con necrosis.

**Conclusiones:** Como lo señalan las publicaciones médicas, la esofagitis necrosante aguda parece una entidad poco prevalente, con mecanismos fisiopatológicos poco conocidos. Tiene como factores de riesgo comorbilidades comunes en el medio hospitalario, como diabetes mellitus descompensada y alteraciones cardiovasculares o estados críticos. Se enfatiza la importancia de tomar conciencia de que la esofagitis necrosante aguda es una causa de hemorragia del tubo digestivo alto y disfagia en este tipo de pacientes, por lo que probablemente sea una entidad con mayor prevalencia de lo previsto.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom047

## TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL BOLO EN PACIENTES CON MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFECTIVA Y DISFAGIA

R. J. Chicas-López, N. Pérez-y-López, C. P. Jaén-Villanueva, O. L. García-Rodas, L. J. Pinto-García, G. U. Castañón-García, Hospital Juárez de México

**Introducción:** La Clasificación de Chicago v4.0 define la motilidad esofágica inefectiva para los trastornos motores del esófago como la 70% o más de ondas inefectivas (fallidas y débiles) o al menos 50% de las ondas peristálticas fallidas. De modo adicional hace recomendaciones de estudios complementarios, como la falta de reserva contráctil durante el reto con tragos rápidos múltiples y alteraciones en el tránsito del bolo, para apoyar el diagnóstico.

Si bien estos parámetros se obtienen por manometría de alta resolución (MAR), la pH-impedancia esofágica proporciona parámetros como el tiempo de exposición al bolo (TEB), el cual se define como el tiempo total de duración de exposición al reflujo ácido, re-reflujo, reflujo débilmente ácido y alcalino dividido entre el tiempo monitorizado. No se han establecido puntos de corte para determinar el TEB, pero sí se ha descrito que los pacientes con motilidad esofágica inefectiva (MEI) podrían tener vaciamiento esofágico deficiente. Por lo tanto, se intenta determinar si el TEB prolongado en los pacientes con MEI se relaciona con la disfagia.

**Objetivo:** Determinar si la prolongación del tiempo de exposición al bolo en MEI tiene una relación con la disfagia.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal en una cohorte de pacientes evaluados y registrados en el laboratorio de motilidad gastrointestinal del Hospital Juárez de México con el diagnóstico de motilidad esofágica inefectiva (MEI) en el periodo comprendido entre 2017 y 2021. Los datos se obtuvieron de los expedientes del laboratorio de motilidad gastrointestinal. El análisis estadístico se realizó mediante el cálculo de la prueba ji cuadrada y se tomó como referencia un valor significativo de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se incluyó a 190 pacientes con diagnóstico de MEI, 67.3% de mujeres ( $n = 128$ ) y edad promedio de 49.6 años; 32.6% correspondió a hombres ( $n = 62$ ) con edad promedio de 41.6 años. Se obtuvieron 31 valores con prolongación del tiempo de exposición al bolo, los cuales se subdividieron de la siguiente manera: TEB en posición vertical en 16, de los que seis presentaban disfagia (37.5%) y 10 (62.5%) no tenían disfagia; con respecto al TEB en posición supina, ninguno tuvo TEB prolongado. Por último, el TEB posprandial estuvo prolongado en 15, de los cuales cinco se acompañaban de

disfagia (33.3%) y 10 no tenían disfagia (66.6%). Se utilizó la prueba ji cuadrada para evaluar la relación entre la prolongación del tiempo de exposición al bolo y la disfagia en los pacientes con MEI y no fue significativa ( $p > 0.05$ ).

**Conclusiones:** El tiempo de exposición al bolo prolongado en pacientes con MEI no se correlaciona con la disfagia.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom048

### RELEVANCIA CLÍNICA DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFECTIVA DE ACUERDO CON CRITERIOS DE CHICAGO VERSIÓN 4.0

J. Bustamante-Pacheco, N. Pérez-y-López, N. Fernández-Martínez, C. Asencio-Barrientos, Hospital Español de México

**Introducción:** La motilidad esofágica inefectiva (MEI) se caracteriza por una amplitud de contracción esofágica distal  $< 30$  mmHg en la manometría convencional o, de acuerdo con la Clasificación de Chicago v3.0, una integral contráctil distal (ICD)  $< 450$  mmHg/cm/s en manometría de alta resolución (MAR) en  $\geq 50\%$  de las degluciones. La Clasificación de Chicago v4.0, desde noviembre del 2020, hace más estricta la definición anterior al considerar  $> 70\%$  de las degluciones inefectivas (ICD, 100-449) o  $\geq 50\%$  de peristalsis fallida (ICD  $< 100$ ), e incorpora a ella la peristalsis fragmentada; destaca que la MEI es un diagnóstico manométrico sugestivo, aunque no concluyente de anomalía.

**Objetivo:** Primario: determinar si la MEI, según la Clasificación de Chicago v4.0, es clínicamente relevante al acompañarse de síntomas. Secundario: determinar las características demográficas de la población de estudio.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: observacional, descriptivo, ambispectivo y prolectivo. Se incluyó a pacientes con diagnóstico

de MEI por criterios de Chicago v.4.0, confirmado por manometría de alta resolución, en el Hospital Juárez de México, estudiados en el laboratorio de motilidad gastrointestinal entre junio de 2018 y julio de 2021. Se excluyó a los individuos con alteraciones sistémicas, como enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), diabetes mellitus y enfermedades reumatológicas.

**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, ji cuadrada, ji cuadrada de tendencia lineal o prueba exacta de Fisher, según fuera el caso. Se considera un valor de  $p < 0.05$  de dos colas como significancia estadística. Los análisis se realizaron en SPSS versión 21.

**Resultados:** Se incluyó a 118 pacientes, de los cuales 65.2% correspondió a mujeres, con una media de edad de 47.2 años. La disfagia estuvo presente en 61 pacientes (51.7%), de los que 39 (63.9%) la tuvo a sólidos, mientras que 22 (36.1%) a sólidos y líquidos. El resto de los pacientes, 57 (48.3%), no la presentó. El dolor torácico se registró en 60 pacientes (50.8%) y no en 58 (49.1%). Las medias para las variables manométricas fueron: PRI,  $4.48 \pm 6.8$  mmHg-s-cm; ICD,  $411.82 \pm 440.66$  mmHg; longitud del EEI,  $1.4 \pm 2.2$  cm. El patrón de peristalsis fue en promedio:  $13.7 \pm 13.6\%$  de ondas normales,  $36.2 \pm 25.2\%$  de ondas débiles y  $52.03 \pm 28.02\%$  de ondas fallidas. La hernia hiatal se presentó en 24.6% y el tipo de UEG más frecuente fue el I. Los resultados se resumen en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** En este estudio, la motilidad esofágica inefectiva, con base en los criterios de Chicago v.4.0, no fue clínicamente relevante. Lo anterior se refuerza debido a que es más frecuente que los pacientes con MEI que tienen síntomas no muestren ninguna comorbilidad adjunta que pueda afectar la peristalsis esofágica. Estos pacientes tienden a registrar un tipo de UEG que causa separación del EEI de la crura diafragmática.

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

**Tabla 1.** Características basales de la población en el análisis por subgrupos. (Dom048)

Edad (años)	47.2 ± 14.5	47.9 ± 16.3	46.9 ± 13.96	0.17
<b>Género</b>				0.23
Masculino	41 (34.7%)	29 (31.9%)	12 (44.4%)	
Femenino	77 (65.3%)	62 (68.1%)	15 (55.6%)	
PRI	4.48 ± 6.8	4.05 ± 7.4	5.93 ± 4.6	0.35
ICD	411.82 ± 440.66	425.46 ± 484.8	365.84 ± 239.5	0.28
PIB	6.71 ± 12.09	6.82 ± 17.6	6.29 ± 9.9	0.17
DL	6.29 ± 3.6	6.44 ± 3.7	5.78 ± 3.2	0.99
Tipo de UEG				0.12
Tipo I	77 (65.3%)	60 (65.9%)	17 (63%)	
Tipo II	12 (10.2%)	9 (9.9%)	3 (11.1%)	
Tipo IIIA	10 (8.5%)	5 (5.5%)	5 (18.5%)	
Tipo IIIB	19 (16.1%)	17 (18.7%)	2 (7.4%)	
Tamaño del EEI	1.4 ± 2.2	1.74 ± 2.4	1.41 ± 2.2	0.35
Hernia hiatal	29 (24.6%)	22 (24.2%)	7 (25.9%)	0.85
Patrón de peristalsis				
% ondas normales	13.7 ± 13.6	10.22 ± 13.1	13.7 ± 13.6	0.51
% ondas débiles	36.2 ± 25.2	44.8 ± 23.76	33.63 ± 25.28	0.45
% ondas fallidas	52.03 ± 28.02	55.38 ± 28.2	40.74 ± 24.8	0.21
Comorbilidades				0.006
HAS	19 (16.1%)	11 (12.1%)	8 (29.6%)	
Psiquiátricas	5 (4.2%)	1 (3.7%)	4 (4.4%)	
Ninguna	92 (78%)	76 (83.5%)	16 (59.3%)	
Otras	2 (1.7%)	0 (0%)	2 (7.4%)	

## Dom049

## PRESIÓN DE RELAJACIÓN INTEGRADA NORMAL CON PRESIÓN INTRABOLO ELEVADA PARA IDENTIFICAR OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA EN PACIENTES CON DISFAGIA

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

**Introducción:** La disfagia es un síntoma común en los pacientes que se presentan a médicos generales y especialistas. Con mayor frecuencia se debe a trastornos benignos crónicos, aunque puede relacionarse con una morbilidad notoria y un deterioro de la calidad de vida (CDV). La manometría de alta resolución (MAR) ha redefinido sustancialmente el panorama de los trastornos de la motilidad esofágica. Existen múltiples causas de disfagia; entre las alteraciones primarias de la motilidad figura la obstrucción del flujo de salida de la unión esofagagástrica. La Clasificación de Chicago (CC) v3.0. define la obstrucción del flujo de salida de la UEG (OFSUEG) como una presión de relajación integrada (PRI) elevada, en combinación con una peristalsis conservada o débil en la MAR, de tal modo que no se cumplen los criterios de acalasia. Esta anomalía a menudo se acompaña de una presión intrabolo (PIB) elevada. Es una medida que demuestra la fuerza compartimentada ejercida sobre un bolo durante la peristalsis esofágica. La elevación de la PIB puede ser un indicador indirecto de obstrucción esofágica. En la práctica real, la predicción de la relevancia clínica de la OFSUEG es de gran importancia debido a su heterogeneidad diagnóstica.

**Objetivo:** Determinar si la elevación de la presión intrabolo, en el contexto de una presión integrada de relajación normal en trastornos no acalásicos, identifica una obstrucción del tracto de salida.

**Materiales y métodos:** Tipo de estudio: observacional, descriptivo y retrospectivo en dos centros, con muestra no aleatorizada a conveniencia, y pacientes con alteraciones de la motilidad esofágica no estructural de cualquier causa, clasificados de acuerdo con la CC. El protocolo comprendió el periodo del 1 de enero del 2015 al 1 de febrero del 2020. Las variables cualitativas se presentan como número y porcentaje; las variables cuantitativas se resumen como media  $\pm$  desviación estándar (DE) en caso de distribución normal. Las variables cuantitativas se compararon con t de Student para muestras independientes en caso de distribución normal o U de Mann-Whitney para distribución diferente de la normal. Se consideró un valor significativo de  $p < 0.05$ .

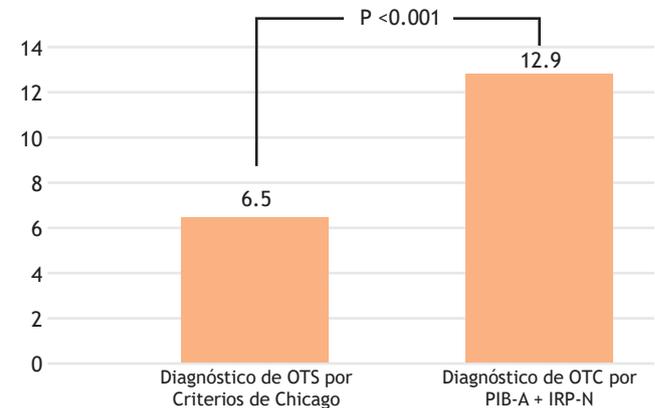
**Resultados:** Se obtuvo a 62 pacientes con diagnóstico de alteraciones de la motilidad esofágica no estructural, de los cuales 37 tuvieron disfagia y 25 no. El 64.5% correspondió al sexo femenino, con media de edad de  $53.7 \pm 13.4$  años. Se realizó análisis cualitativo entre los que presentaban disfagia y los que no y se observó que el 80.6% tenía una presión de relajación integrada (residual) media normal, y en 19.4% se encontraba elevada. En el 77.4% se identificó una presión intrabolo normal y en el 22.6% elevada. En los casos diagnosticados de obstrucción del tracto de salida de la unión esofagagástrica, según los criterios de Chicago v3.0 y por el patrón de presión intrabolo elevada con una presión de relajación integrada normal, sólo el 6.5% de estos casos se diagnosticó con los criterios de Chicago v3.0, en comparación con el 12.9% de los pacientes diagnosticados con el patrón de PIB elevada con PRI normal, y se obtuvo una  $p$  con significancia estadística ( $p \leq 0.001$ ) (Fig. 1).

**Conclusiones:** Se demostró que el patrón manométrico de la PIB elevada con una PRI normal puede diagnosticar obstrucción del tracto de salida en población mexicana con disfagia, con obtención de una diferencia estadísticamente significativa al comparar ambos métodos diagnósticos (Chicago v3.0 vs. PIB alta + PRI normal); en

consecuencia, este método podría tener validez para aplicarse; sin embargo, se requiere un estudio prospectivo, aleatorizado y controlado para confirmar estos resultados.

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

Figura 1. Casos diagnosticados de OTS según los criterios de la Clasificación de Chicago y el patrón de PIB + PRI. (Dom049)



PIB: Presión intrabolo, PRI: Presión de relajación integrada, OTS: Obstrucción del tracto de salida. Fuente: Archivo Clínico del Hospital Español de México

## Dom050

## MEPHITIS. EFECTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE UNA COMBINACIÓN DE TRIMEBUTINA + SIMETICONA + A-GALACTO SIDASA SOBRE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA PRODUCCIÓN DE GAS EN PACIENTES CON DISTENSIÓN ABDOMINAL BAJO UNA DIETA ALTA EN FODMAPS

D. R. Menéndez-Morales, M. G. Aja-Cadena, G. A. Violante-Hernández, G. A. Salgado-Álvarez, A. Triana-Romero, S. M. Pinto-Gálvez, U. García-Mora, C. Durán-Rosas, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología y Motilidad Digestiva, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La distensión abdominal (objetiva y subjetiva), los eructos, las flatulencias y el dolor abdominal son síntomas relacionados con la producción excesiva de gas que aparecen con frecuencia de modo posprandial de pacientes con trastornos funcionales intestinales. Estos síntomas representan una causa frecuente de consulta médica y, si bien existen múltiples opciones farmacológicas (antiflatulantes, antiespasmódicos, combinaciones, etc.), la evidencia que sustente su uso es escasa. En fecha reciente se ha descrito que la  $\alpha$ -galactosidasa (una enzima que descompone diferentes oligosacáridos no absorbibles) disminuye los síntomas relacionados con el gas en la población pediátrica. Sin embargo, se desconoce el efecto de esta enzima en combinación con un antiespasmódico y un antiflatulante en pacientes que sufren distensión abdominal en población adulta.

**Objetivo:** Evaluar el efecto de un tratamiento combinado (trimebutina [T]/simeticona [S]/alfa-galactosidasa [G]) sobre los síntomas relacionados con producción excesiva de gas en pacientes con distensión abdominal.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio clínico controlado, aleatorizado, doble ciego, de brazos cruzados comparado con placebo. Se incluyó a 15 controles sanos asintomáticos (10 hombres, edad promedio  $28 \pm 4.3$  años) y 30 pacientes (14 mujeres, edad  $29.7 \pm 10$  años) con distensión abdominal funcional (DAF) de acuerdo con los criterios de Roma IV. En todos los sujetos se evaluaron de forma

inicial los síntomas digestivos (dolor, distensión, flatulencias, eructos) y se documentó la frecuencia e intensidad (escala tipo Likert), número de evacuaciones y cambio en el perímetro abdominal (cm) antes y después del desayuno, comida y cena durante su dieta habitual, y mejoría global de síntomas. Una semana después, todos se sometieron a una dieta alta en FODMAPS (oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables) y se repitieron las evaluaciones. Con posterioridad (siete días después) se aleatorizaron para recibir nuevamente la dieta alta en FODMAPS acompañada de la administración de T + S + G (154 mg/75 mg/450 Ga IU) o placebo antes del desayuno, comida y cena y se repitieron las evaluaciones. Después de una semana de periodo de lavado, los individuos se sometieron a la misma intervención, pero en esta ocasión recibieron la secuencia de intervención opuesta a la semana previa. Se utilizó estadística descriptiva y ji cuadrada, Wilcoxon y U de Mann-Whitney para las comparaciones antes y después de las intervenciones.

**Resultados:** En el grupo control, la dieta alta en FODMAP aumentó de forma significativa el PA, y el número de eructos y flatulencias (Tabla 1). En los pacientes con DAF, la dieta produjo más flatulencia y eructos (Tabla 1). En los controles, la administración de T + S + G evitó el incremento del PA posterior a la dieta alta en FODMAP, los episodios de dolor y las flatulencias (Tabla 1). En los pacientes con DAF, el uso de T + S + G redujo los episodios de dolor y el número de eructos y, comparado con el placebo, la magnitud de la disminución del dolor, número de eructos y número de evacuaciones fueron significativamente menores (Tabla 1). En los pacientes con DAF, el 94% refirió mejoría global con la administración de T + S + G en comparación con 44% cuando se administró placebo ( $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** Una dieta alta en FODMAP desencadena síntomas relacionados con la producción excesiva de gas tanto en controles como en pacientes con DAF. La administración de un triple tratamiento de forma profiláctica con trimebutina [T]/simeticona [S]/alfa-galactosidasa [G] es capaz de disminuir la frecuencia e intensidad de estos síntomas.

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

## Dom051

### EL EXTRAÑO CASO DE LA DIARREA CRÓNICA Y EL LINFOMA INTESTINAL

J. Aquino-Matus, A. Baeza-García, L. Lanz-Zubiría, M. Figueroa-Palafox, R. Espinoza-Acuña, L. Manzo-Francisco, P. Vidal-Cevallos, N. Aguilar-Olivos, Fundación Clínica Médica Sur

**Introducción:** El linfoma de células T relacionado con enteropatía (LCTRE) es un tipo raro y agresivo de linfoma extranodal de células T (10%-25% de los linfomas intestinales). Ocurre más a menudo en hombres de la sexta a séptima décadas de vida. El más frecuente es el tipo I relacionado con enfermedad celiaca (80-90%), mientras el tipo II es más raro y con mayor prevalencia en Asia. Los síntomas clínicos son inespecíficos (dolor abdominal, náusea, vómito, diarrea, pérdida de peso), pero pueden iniciar con peritonitis o perforación intestinal. **Objetivo:** Describir el caso clínico de un paciente con linfoma de células T relacionado con enteropatía de tipo II.

**Informe de casos:** Hombre de 52 años sin antecedentes, con un mes de dolor abdominal en mesogastrio, diarrea sin moco ni sangre, fiebre nocturna, diaforesis y pérdida de peso (10 kg). En el abordaje se solicitaron anticuerpos antitransglutaminasa ( $< 2$  U/ml), perfil viral para hepatitis A, B y C (negativo), VIH (negativo) y PCR (127.32 mg/dl); el resto de los parámetros se hallaba en límites normales. La tomografía de abdomen identificó una dilatación de yeyuno (8 cm) de 10 cm de longitud y engrosamiento de la pared (2.3 cm) y realce con contraste (arterial 47 UH y venosa 62 UH), sin adenopatías. En la enteroscopia anterógrada de doble balón se observó estenosis en diafragma con mucosa ulcerada e irregular, fibrina, pseudomembranas y material purulento. En la biopsia se registró linfoma intestinal de células T (CD3, CD7, CD8 positivo y TIA 1 positivo focal). La TEP-TC mostró un segmento de 14 cm de yeyuno proximal con engrosamiento parietal (2.6 cm) y adenopatías perilesionales, sin evidencia de enfermedad a distancia (Fig. 1). Se realizó citorreducción con dexametasona y se sometió a resección intestinal y anastomosis primaria por alto riesgo de perforación. Cuatro semanas después de la cirugía se reconoció avance local de la enfermedad con perforación espontánea.

**Discusión:** La decisión de reseccionar el linfoma intestinal antes de la quimioterapia depende de varios factores (localización, extensión y progresión de la enfermedad). Se han notificado mejores desenlaces a corto plazo con la cirugía seguida de quimioterapia (supervivencia libre de episodios). En una serie de 1,062 casos, el 9% presentó al menos una perforación (4.8% con el diagnóstico) y el riesgo fue mayor en el linfoma de células T (HR, 12.40; IC95%, 5.65-31.11) en comparación con los linfomas de células B indolores. La supervivencia global a cinco años notificada es del 64% y es menor en casos de perforación o hemorragia (RR, 4.39; IC95%, 1.07-17.99). La evolución clínica fue desfavorable, con avance de la enfermedad y retraso del inicio de quimioterapia por perforación intestinal posquirúrgica.

**Conclusiones:** El linfoma intestinal representa un reto diagnóstico. El LCTRE tipo II es un tumor raro del tracto gastrointestinal, con alto riesgo de perforación y mal pronóstico clínico.

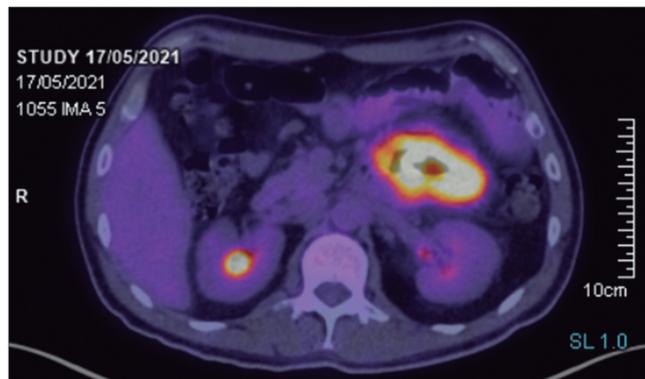
**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. (Dom050)

	Controles n = 15				Distensión abdominal funcional n = 18			
	Basal	FODMAP	FODMAP / T+S+G	FODMAP / placebo	Basal	FODMAP	FODMAP / T+S+G	FODMAP / placebo
Cambio en PA después de comida (cm)	0.8 ± 1.4	2.8 ± 2.7*	0.99 ± 0.9**	1.08 ± 0.8**	1.4 ± 2	1.9 ± 1.6	1.2 ± 2.3	2.02 ± 1.7
Cambio en PA después de cena (cm)	0.6 ± 0.7	1.1 ± 1.2*	0.6 ± 0.9**	1.1 ± 1.1	1.5 ± 1.7	1.3 ± 1.7	1.3 ± 0.8	1.5 ± 1.3
Dolor (episodios)	0	1.5 ± 2.5	0.6 ± 0.2**	0.5 ± 1.2	1.1 ± 1.5	1.3 ± 1.6	0.3 ± 0.6** <sup>‡</sup>	1 ± 1.6
Flatulencias (#)	2.8 ± 1.8	7.3 ± 3.8*	4.5 ± 3.3**	4.6 ± 2.5**	2.9 ± 3.7	7.5 ± 9.2*	5.6 ± 7.6	6.7 ± 7.5
Eructos (#)	2.5 ± 1.5	5.7 ± 4.2*	3.3 ± 3.5	3.4 ± 3.2	3.6 ± 3.5	7.2 ± 5.08*	4.8 ± 5.1** <sup>‡</sup>	8.1 ± 5.4
Evacuaciones (#)	1.6 ± 1	1.6 ± 1.3	1.2 ± 0.8	1.4 ± 0.7	1.3 ± 0.7	1.1 ± 0.9	0.9 ± 0.8 <sup>‡</sup>	1.3 ± 0.9

\*  $p < 0.05$ , prueba pareada U de Mann-Whitney comparada con la basal, \*\*  $p < 0.05$ , prueba pareada U de Mann-Whitney comparada con dieta alta en FODMAP, <sup>‡</sup>  $p < 0.05$ , prueba pareada U de Mann-Whitney comparada contra placebo.

**Figura 1.** TEP-TC que delinea un segmento intestinal con notorio engrosamiento parietal que alcanza un grosor de 2.6 cm en una longitud aproximada de 14 cm y superficie interna irregular (ulceración). (Dom051)



## Dom052

### FITOBEZOAR, UNA CAUSA POCO COMÚN DE OCLUSIÓN INTESTINAL

F. Quiroz-Compeán, K. Rojas-Hernández, A. Baeza-García, T. Romero-Hernández, Médica Sur

**Introducción:** La oclusión intestinal se presenta cuando el flujo normal del contenido intraluminal se interrumpe. Representa 2% a 4% de las consultas en el servicio de urgencias y el 20% de las cirugías de urgencia secundarias a dolor abdominal. Afecta por igual a ambos sexos con una media de edad de 64 años con afectación principal en el intestino delgado (76%). Las causas más comunes son adherencias, tumores y hernias complicadas (90%). Los síntomas más comunes son náusea, vomito, dolor abdominal y estreñimiento. Los bezoares gastrointestinales se componen de materiales ingeridos que no puede digerir el tracto gastrointestinal, pueden obstruir la luz intestinal y se relacionan con una ingestión alta de fibra (fito-bezoares), cabello (tricobezoares), proteínas de leche (lactobezoares) y medicamentos (farmacobezoares).

**Objetivo:** Describir el caso clínico de un paciente con oclusión intestinal secundaria a bezoar de fibra.

**Informe de casos:** Paciente masculino de 76 años con antecedente de cirrosis hepática secundaria a consumo de alcohol (Child-Pugh A) que presenta como descompensación encefalopatía, hipertensión arterial y diabetes mellitus de 30 años de evolución en tratamiento actual a base de losartán, insulina y consumo crónico de fibra dietética como catártico, debido a la negativa del paciente a consumir lactulosa para tratar la encefalopatía. Inicia padecimiento actual dos semanas antes de su ingreso con dolor abdominal tipo cólico generalizado, distensión, náusea y un día anterior a su ingreso vómito de características fecaloides. A su ingreso se inicia hidratación intravenosa y se solicitan paraclínicos que revelan leucocitosis a expensas de neutrofilia, hiperglucemia y elevación de azoados. La TAC de abdomen simple muestra dilatación de asas intestinales en yeyuno proximal con residuo sólido en su interior e hígado con bordes lobulados (Fig. 1). El paciente se somete a laparotomía exploratoria y se efectúa enterotomía con extracción de bezoar localizado a 20 cm de ángulo de Treitz. El paciente ingresa a piso de hospitalización y recibe tratamiento para descontrol metabólico y vigilancia posquirúrgica. Experimenta mejoría clínica y tolerancia a la vía oral, por lo que al cuarto día posquirúrgico se decide su egreso.

**Discusión:** Los bezoares pueden formarse y hallarse en cualquier parte del tracto gastrointestinal, pero la localización intestinal se presenta aproximadamente en 6% de los casos. Luego del diagnóstico,

el tratamiento consiste en disolver o extraer el bezoar, ya que puede ocasionar oclusión, íleo, ulceración, necrosis y sangrado del tubo digestivo. A pesar de la evidencia del uso de fibra vegetal en pacientes con encefalopatía para aumentar el número de deposiciones, la lactulosa es el tratamiento de elección.

**Conclusiones:** La oclusión intestinal secundaria a bezoar es una entidad poco frecuente, por lo que representa un reto diagnóstico. El fitobezoar es el tipo de bezoar más común, si bien sólo causa 0.4% a 4% del total de las oclusiones intestinales.

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

**Figura 1.** La tomografía en fase simple y corte axial muestra una dilatación de yeyuno proximal con residuo en su interior que corresponde a un fitobezoar. (Dom052)



## Dom053

### INTUSUSCEPCIÓN DE ÍLEON TERMINAL IDIOPÁTICA: CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y HEMORRAGIA DIGESTIVA MEDIA EN UN ADULTO

C. P. Jaén-Villanueva, E. I. Juárez-Valdés, N. Pérez-y-López, S. M. I. Mejía-Loza, A. B. Vera-Heredia, J. C. Valle-Gonzales, J. L. Aguilar-Álvarez, M. I. Cortés-Espinosa, C. A. Hernández-Cuevas, Hospital Juárez de México

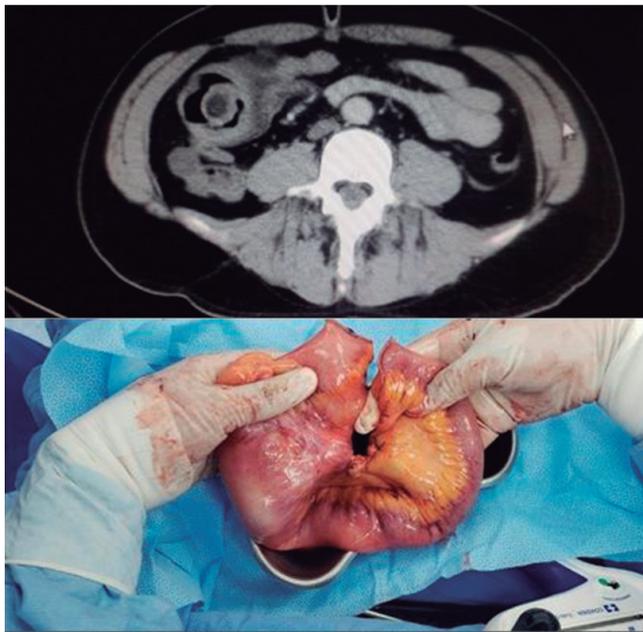
**Introducción:** La intususcepción intestinal (II) es la invaginación de un segmento del intestino en un segmento inmediatamente adyacente. Causa 1% a 5% de las obstrucciones intestinales (OI) en adultos. Los pacientes adultos con II inician con síntomas inespecíficos, desde datos de OI hasta formas crónicas de dolor abdominal (DA) intermitente; la hemorragia digestiva (HD) se presenta sólo en 12%. Se clasifica según sea la localización en enteroentérica (EE), que representa el 90%, colocolónicas, ileocecales y colocolónicas; por sus causas es maligna en 50%, benigna en 42% e idiopática sólo el 8% a 20%. El diagnóstico es un desafío; se sospecha con datos clínicos y hallazgos tomográficos, y se confirma en el intraoperatorio. La causa se confirma por histopatología en 96% de los casos. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica (RQ). En México se han informado pocos casos de II en adultos en relación con hemorragia digestiva.

**Objetivo:** Presentar un caso de intususcepción intestinal EE de íleon terminal y HD en un adulto.

**Informe de casos:** Hombre de 46 años sin antecedentes con evacuaciones Bistol 6/Bistol 1-2, 3 meses de evolución, pérdida de

peso no intencionada (8 kg), 7 días de hematoquecia intermitente y escasa, 24 h de hematoquecia profusa con datos de inestabilidad; FC 120, PA 100/60, FR 26, SO 98% y DA en mesogastrio y flanco inferior izquierdo (FI) 6/10. La exploración física revela palidez generalizada, abdomen plano, peristaltismo aumentado. Dolor a la palpación profunda en mesogastrio, FI. TR hematoquecia. Leucocitos  $5.51 \times 10^3$ , Hb 9.4 g/dl; Hto 29.4%; plaquetas,  $297 \times 10^9/L$ . Ingresa para estudio de HD. Endoscopia: hernia hiatal por deslizamiento, gastritis crónica erosiva. Colonoscopia: sin evidencia de hemorragia ni lesiones; TAC: II EE de íleon terminal y posible lesión en íleon terminal. Presenta DA súbito de intensidad 10/10 y tres episodios de hematoquecia con inestabilidad hemodinámica, se transfunden concentrados; se decide laparotomía exploradora, que revela II a 125 cm de la válvula ileocecal, lesión polipoide de 9 x 3 cm que ocluía 80% de la luz en íleon, con rotación sobre su propio eje, zonas de hemorragia activa, y zonas de necrosis. Se practica RQ y anastomosis ileoileal laterolateral. Histopatología: segmento intestinal con invaginación hacia la luz intestinal del mesenterio que produce una lesión polipoide, con intestino delgado (ID) superpuesto a mucosa, con hemorragia, edema y zonas de isquemia. Microscopia: lesión polipoide constituida por tres capas intestinales, tejido amarillo lobulado con infiltración de vasos sanguíneos, células grasas maduras, adipocitos maduros y fibras de músculo liso. Diagnóstico: proceso mecánico de invaginación de pared intestinal con lesión polipoide secundaria, erosión y hemorragia activa de mucosa que obstruye la luz. No hubo evidencia de proceso maligno (Fig. 1).

**Figura 1.** Lesión polipoidea (9 x 5 cm) que produjo II EE de íleon terminal. Imagen de la resección quirúrgica en la que muestra la II EE. (Dom053)



**Discusión:** Se presenta un caso de hemorragia del tubo digestivo medio (HTDM) manifestado por hematoquecia. Entre las causas en pacientes > 40 años se encuentran angioectasias, lesión de Dieulafoy, neoplasia y enteropatía por AINE. Sin embargo, este caso fue secundario a II EE de íleon terminal, una anomalía muy rara en adultos. Hasta 90% de II en adultos (IIA) es de tipo EE, como se presentó en este paciente y sólo el 10% en estómago, colon y estomas. El diagnóstico es intraoperatorio apoyado con métodos radiológicos como la TAC de abdomen. En clínica, la IIA se presenta de forma variable, desde el habitual cuadro de OI hasta DA agudo o crónico, como en este caso, en el cual el íleon rotó sobre su mismo eje y produjo

suboclusión intestinal y necrosis, hasta provocar HTDM y abdomen agudo. Como en todos los casos de II, la RQ fue el tratamiento de elección; sin embargo, no se encontró una causa de la II por histopatología y se descartó una causa maligna, benigna e infecciosa; se trató de una II idiopática (III); macroscópica y microscópicamente es una lesión mecánica (II) sin evidencia de tumoración.

**Conclusiones:** La III en adultos es una alteración muy rara que puede causar HTDM.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom054

### SALMONELOSIS COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL SUBYACENTE NO DIAGNOSTICADA

E. J. Medina-Ávalos, M. Y. Carmona-Castillo, S. Teutli-Carrión, C. L. Dorantes-Nava, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-de-la-Tijera, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal es una anomalía que se presenta con una evolución progresiva crónica en la que se altera la respuesta inmunitaria y la microbiota intestinal. Las infecciones por bacterias influyen en el inicio, desarrollo y gravedad de la enfermedad. Dentro de los agentes infecciosos, *Salmonella* puede promover la aparición de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) debido a cambios permanentes en la microbiota intestinal, rotura de barrera epitelial y alteración de la respuesta inmunitaria en un individuo susceptible.

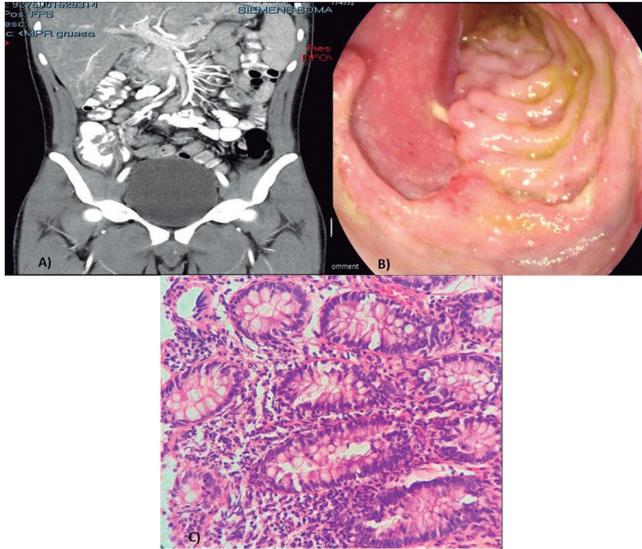
**Objetivo:** Informar un caso y revisar las publicaciones médicas.

**Informe de casos:** Paciente masculino de 19 años que 10 días antes de su ingreso inicia con dolor abdominal tipo cólico en mesogastrio, que se irradia a hipogastrio y acentúa los síntomas de manera progresiva, acompañado de náusea y vómito gastrobiliar. Se agrega hematoquecia (cinco veces por día) de manera intermitente y fiebre de 39°C. A su ingreso: leucocitos 2.6, Hb 8, plaquetas 13, hepatitis B, C y VIH no reactivos, PCR 206, procalcitonina 1.27, albúmina 2.33, AST 280, ALT 118, FA 108, GGT 253, DHL 904, p 2.4 mg 2, Na 130 k 3.2, cloro 90, calcio 7.17 y moco fecal sin alteraciones. Coprocultivo y hemocultivo: *Salmonella* entérica. Tomografía de abdomen consistente con ileítis distal, edema de colon ascendente, hepatomegalia y esplenomegalia (Fig. 1A). Al tercer día de estancia, la colonoscopia revela ileítis y colitis infecciosa, con mucosa edematizada y friable (Fig. 1B). Se toman biopsias que muestran ileítis y ciego con actividad crónica intensa ulcerada e inflamación de lámina propia con colitis crónica inespecífica (Fig. 1C). En su evolución recibe tratamiento antibiótico con mejoría clínica, aunque con persistencia de evacuaciones disminuidas de consistencia y aumentadas en frecuencia. Se repite colonoscopia con toma de biopsias y se reconoce persistencia de lesiones colónicas e histopatología consistente con EII.

**Discusión:** La salmonelosis es una infección aguda y autolimitada; en contraste, la EII es una enfermedad crónica recidivante. Ambas pueden presentarse con un cuadro clínico, bioquímico, imagenológico y endoscópico similar, con un mayor riesgo de infección sistémica grave en pacientes jóvenes inmunosuprimidos.

La evaluación bioquímica es inespecífica porque pueden presentarse en ambas alteraciones. *Salmonella* afecta al intestino delgado distal y a la porción ascendente del colon y provoca cambios radiológicos inespecíficos no diferentes de una EII. En casos de *Salmonella*, la endoscopia suele ser innecesaria, ya que el diagnóstico puede basarse en métodos no invasivos como hemocultivos o cultivos de heces. La colonoscopia se justifica en casos graves y el principal sitio afectado es el intestino delgado y colon, con posibles hallazgos similares a

**Figura 1. A.** Tomografía de abdomen contrastada, corte coronal. Edema notorio de íleon, ciego y colon ascendente. Hepatomegalia y esplenomegalia. **B.** Colonoscopia. Íleon terminal. Mucosa edematizada, irregular, hiperémica y friable con pérdida de patrón vascular y anatómico. **C.** Micrografía de íleon. Tinción H-E (40x): ileítis crónica con actividad intensa (infiltrado inflamatorio crónico) y ulcerada. (Dom054)



los de una EII. En los casos agudos, la histología puede ser insuficiente para diferenciar ambas anomalías. La configuración de las criptas, el tipo de inflamación en la lámina propia y los cambios basales son las características de mayor apoyo para diferenciar una EII aguda de una colitis autolimitada, tras considerar que las alteraciones en las criptas se observan más en una EII crónica y que la aparición de granulomas suele ser menos confiable.

**Conclusiones:** Se ha comunicado un retraso en el tratamiento de los pacientes con EII aproximado de dos a seis meses por cuadros atribuidos sólo a *Salmonella*, por lo que un reconocimiento oportuno de una EII subyacente facilitaría un tratamiento óptimo para reducir el riesgo de complicaciones nutricionales, hematológicas y estructurales. Se sugiere, sobre todo en los casos con persistencia de los síntomas por más de dos semanas o si hay recurrencia posterior al término del tratamiento, considerar como diagnóstico diferencial una EII subyacente.

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió ningún financiamiento.

## Dom055

### ENTEROPATÍA PERDEDORA DE PROTEÍNAS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LA ENFERMEDAD DE CROHN. INFORME DE CASO

B. Astudillo-Romero, J. Delgado-de la Mora, V. J. Ornelas-Arroyo, L. E. Zamora-Nava, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

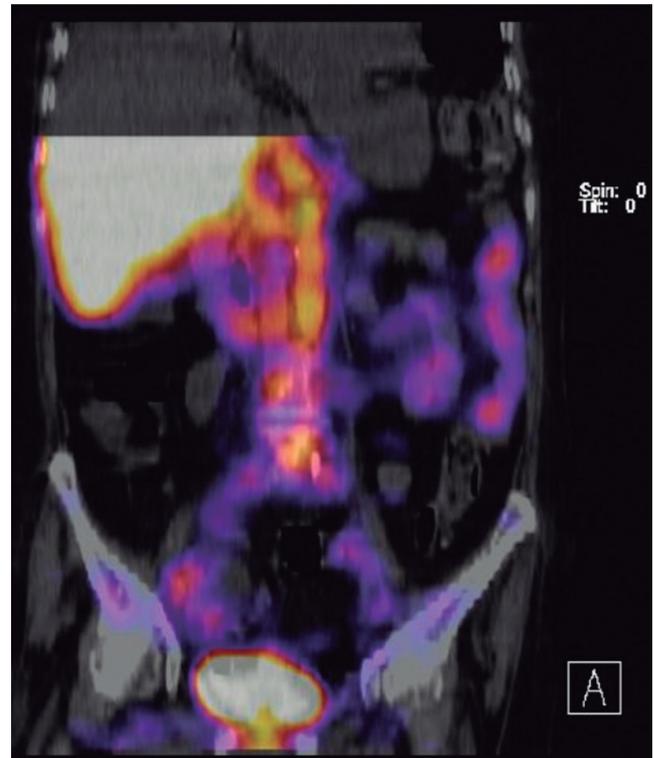
**Introducción:** La enteropatía perdedora de proteínas (EPP) es una manifestación rara de un grupo de enfermedades caracterizada por una pérdida excesiva de proteínas a través del tracto gastrointestinal. Se manifiesta bioquímicamente como hipoproteïnemia y en clínica como edema, ascitis, derrame pleural y pericárdico. Entre las causas gastrointestinales figuran las erosivas y las no erosivas. Rara vez entre las erosivas se encuentra la enfermedad de Crohn

(EC), la cual puede presentarse de forma atípica como una EPP y llevar a un retraso en el diagnóstico y tratamiento.

**Objetivo:** Comentar la experiencia en el Instituto en cuanto al abordaje diagnóstico de la enteropatía perdedora de proteínas.

**Informe de casos:** Mujer de 75 años con antecedentes de hipertensión y glaucoma que ingresó al hospital por disnea y tos productiva. Refirió fatiga, edema de extremidades y pérdida de peso involuntaria de cuatro meses de evolución, así como diarrea no inflamatoria de seis semanas de evolución. Se encontró con saturación de oxígeno de 86%, síndrome de derrame pleural y anasarca. Los estudios de laboratorio revelaron hipoalbuminemia grave, anemia leve, trombocitosis, marcadores inflamatorios séricos elevados y calprotectina fecal elevada en 3,427 µg/g. Se descartaron causas renales, hepáticas y cardiovasculares de hipoalbuminemia, así como causas infecciosas de la diarrea, incluida la infección por VIH y SARS-CoV-2. El SPECT/CT con albúmina sérica humana marcada con 99mTc informó signos de pérdida de albúmina a nivel intestinal (Fig. 1). La esofagogastroduodenoscopia y la colonoscopia no aportaron datos sobre una probable causa. Se realizó enteroscopia antegrada y se observaron úlceras longitudinales con fondo de fibrina y pliegues congestivos con zonas nodulares en el íleon proximal; se realizó tatuaje en la zona. El informe histopatológico de las biopsias obtenidas en la enteroscopia fue de ileítis aguda y crónica ulcerada. La enterorresonancia reveló intestino delgado dentro de parámetros normales. Dada la falta de una causa establecida, se realizó laparotomía en la que se encontró zona estenosada tatuada en yeyuno a 210 cm del ángulo de Treitz y se realizó resección intestinal de 15 cm, con hallazgos histológicos indicativos de enfermedad de Crohn. Se inició tratamiento con azatioprina y el paciente egresó. Seis semanas posteriores al inicio del tratamiento se valoró en la consulta externa en la que se encontró en remisión clínica y bioquímica.

**Figura 1.** SPECT/CT con albúmina humana marcada con 99mTc en el plano coronal. Se observa una zona de concentración difusa anormal en el yeyuno como signo indicativo de enteropatía perdedora de proteínas. (Dom055)



**Discusión:** A pesar de que la EPP es una manifestación clínica ya notificada en la enfermedad de Crohn (EC), su incidencia como manifestación inicial se desconoce. La hipoalbuminemia se observa a menudo en la EC activa, puesto que la albúmina disminuye cuando existe un proceso inflamatorio. Sin embargo, los síntomas iniciales más comunes en la EC incluyen diarrea y dolor abdominal; las manifestaciones de una hipoalbuminemia grave se observan rara vez en una EC no diagnosticada. Existen dos casos comunicados en las publicaciones médicas en las que se llegó al diagnóstico con un abordaje quirúrgico y sólo en uno de ellos la EPP fue la manifestación inicial. La mayor parte de los casos tuvo una remisión clínica y ninguna muerte por la EC.

**Conclusiones:** Es necesario tener en cuenta que la EPP puede ser una manifestación atípica de la enfermedad de Crohn por lo que, ante esta entidad, es necesario agotar los recursos disponibles para identificar la causa, iniciar tratamiento lo antes posible y evitar complicaciones posteriores.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom056

### SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO EN ASOCIACIÓN CON COLITIS ULCEROSA Y SÍNDROME DE SOBREPOSICIÓN HEPATITIS AUTOINMUNE/COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA. INFORME DE CASO

S. H. Espinoza-Álvarez, S. M. Téllez-Salmerón, M. Cervantes-Garduño, M. Sosa-Arce, Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** Los síndromes hipereosinofílicos (SHE) abarcan un espectro de enfermedades que tienen en común un aumento de eosinófilos en sangre y daño tisular a otros órganos, como el hígado

(32%), sistema nervioso (64%), piel (56%), sistema cardiovascular (54%), pulmón (40%), hígado (32%), nariz y senos nasales (26%). La categoría de SHE relacionado incluye a pacientes con un diagnóstico definido diferente del SHE, como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

**Objetivo:** Describir el caso de un paciente que presentó SHE en relación con colitis ulcerativa y síndrome de sobreposición de hepatitis autoinmunitaria y colangitis esclerosante primaria (HAI/CEP).

**Informe de casos:** Paciente femenino de ocho años de edad quien inicia a los tres años con rectorragia y cuyo tratamiento antiparasitario no produce mejoría; los estudios de laboratorio revelan eosinofilia grave, transaminasemia, hipergammaglobulinemia IgG y ANA positivos, biopsia hepática consistente con hepatitis autoinmunitaria (Tabla 1); se prescriben esteroide y azatioprina, con normalización de eosinófilos periféricos y transaminasas, pero el esteroide se suspende por efectos adversos y se inicia hidroxurea. En octubre 2020, el dolor abdominal lleva a realizar colonoscopia con datos de colitis ulcerativa (CU) UCEIS 2 y se indica tratamiento con budesonida. Evolucionan de forma insidiosa y los estudios de laboratorio de control revelan otra vez eosinofilia moderada, GGT elevada e hipergammaglobulinemia. Ingresa al servicio de los autores en abril de 2021 para protocolo de estudio: colonoscopia con colitis ulcerativa UCEIS 3, informe histopatológico consistente con colitis ulcerativa con actividad moderada; la colangiografía indica esplenomegalia; la biopsia hepática muestra formación de puentes concéntricos alrededor del conducto biliar que produce un aspecto en capas de cebolla. Se considera SHE en relación con HAI/CEP; se instituye tratamiento con prednisona, azatioprina, mesalazina, ácido ursodesoxicólico e hidroxurea, con evolución satisfactoria, asintomática, y con eosinófilos periféricos, transaminasas y gammaglobulinas en límites normales.

**Discusión:** Los registros pediátricos en Europa y EUA indican que una o más manifestaciones extraintestinales están presentes al momento del diagnóstico en el 6% al 17% de los niños con CU, y que aumentan a casi el 50% conforme evoluciona la enfermedad; una de

**Tabla 1.** Síndrome hipereosinofílico en relación con colitis ulcerosa y síndrome de sobreposición de hepatitis autoinmunitaria/colangitis esclerosante primaria. Informe de caso. (Dom056)

Biometría hemática	Pruebas de función hepática	Serología	Inmunológicos	Inmunohistoquímica	Otros
Hemoglobina 13 g/dl Hematócrito 41%	AST 385 U/L ALT 518 U/L	ANA: 116.2 ANA moteado fino: 1:320	IgA 173 mg/dl IgG 2 227 mg/dl	CD34, CD117, CD30 y CD1A: negativos.	Mutaciones: FIP1L1: Negativos JAK2: Negativos
VCM 84.2 fl HCM 26.6 pg	GGT 352 U/L Fosfatasa alcalina: 836 U/L	Anti-DNA cadena simple: 19.3 U/ml Anti-DNA doble cadena: 747.1 c-ANCA: negativo	IgM 651 mg/dl IgE 19 mg/dl	CD71: positivo, serie eritroide CD20: positivo (10% de la celularidad) MPO: positivo (serie granulocítica) CD3: positivo (5% de la celularidad)	Vitamina B <sub>12</sub> : > 1 000 pg/ml
Leucocitos 20 530 K/μl	Lactato deshidrogenasa: 303 U/L	p-ANCA: negativo			
Linfocitos 29% (5 950 K/μl) Neutrófilos 14% (2 870 K/μL) Eosinófilos 47% (9 650 K/μl) Monocitos 8% (1 640 K/μl) Basófilos 2% (410 K/μl) Plaquetas 562 000 K/μl	Bilirrubina total: 0.5 mg/dl Bilirrubina directa: 0.31 mg/dl Proteínas totales: 8.5 mg/dl Albúmina: 4.1 g/dl	Anti-SM: negativo			
	Relación A/G: 0.9 TP 11.2 s TTP 34.1 s INR 1				

VCM: volumen corpuscular medio; HCM: hemoglobina corpuscular media; AST: aspartato aminotransferasa; ALT: alanina aminotransferasa; GGT: gammaglutamil transpeptidasa; TP: tiempo de protrombina; TTP: tiempo parcial de tromboplastina; INR: Razón Normalizada Internacional; ANA: anticuerpos antinucleares; ANCA: anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos; SM: Smith.

estas manifestaciones es la colangitis esclerosante primaria (CEP) con una frecuencia del 2% al 8% de los pacientes con CU. La frecuencia aproximada de criterios de CEP en pacientes con HAI es del 6% a 11% y la prevalencia de HAI en los pacientes con CEP como fenotipo dominante es del 2% a 3%.

**Conclusiones:** El SHE puede afectar a diversos órganos como el hígado y el intestino y una de sus variantes puede relacionarse con problemas autoinmunitarios como EII, colangitis esclerosante primaria y hepatitis autoinmunitaria; es importante esclarecer la variante del SHE para el correcto tratamiento y reducir los aumentos de eosinófilos en sangre y los tejidos, de tal modo que se prevenga el daño tisular.

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

## Dom057

### ENFERMEDAD DE CROHN, UNA PRESENTACIÓN INUSUAL

K. A. Rivera-Lara, M. Gálvez-Martínez, A. Mayoral-Zavala, A. Vázquez-Hernández, Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Centro Médico Nacional Siglo XXI

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal presenta un amplio espectro de manifestaciones extraintestinales. En la enfermedad de Crohn, la afectación cutánea posee una prevalencia de 22% a 44%. Se distinguen manifestaciones cutáneas reactivas y relacionadas con actividad intestinal, y por lo general el compromiso cutáneo produce lesiones contiguas al tracto gastrointestinal como abscesos perianales, fisuras y fistulas; rara vez puede surgir en sitios distantes al intestino afectado y la presentación es la de la enfermedad de Crohn metastásica. Se desconoce la prevalencia e incidencia y al parecer están predispuestos los adultos jóvenes.

**Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con enfermedad de Crohn metastásica que coincide con actividad intestinal y con adecuada respuesta a la inducción a la remisión con esteroides.

**Informe de casos:** Hombre de 61 años con enfermedad de Crohn (A2 L1 B2, clasificación de Montreal) desde 1998 con requerimiento de hemicolectomía derecha e ileostomía, en tratamiento previo con adalimumab y azatioprina, con suspensión del fármaco biológico siete meses antes de la valoración, colangitis esclerosante primaria diagnosticada en 2020 y diabético de larga evolución. En junio de 2020 muestra una lesión nodular en tercio distal de brazo izquierdo de 4 x 5 cm de diámetro, mal delimitada e indolora, sin cambio de coloración, causante de prurito (Fig. 1); asimismo tiene incremento del gasto fecal a través de ileostomía sin restos patológicos. Bioquímicamente hay discreta elevación de fosfatasa alcalina y se integra un patrón colestásico y anemia leve. La enterorresonancia identificó cambios inflamatorios en intestino delgado y colon en segmentos descendente y sigmoideo; la colonoscopia mostró estenosis rectal a los 15 cm del margen anal y la histología rectal fue consistente con enfermedad de Crohn con actividad moderada. La biopsia excisional de la lesión cutánea proporcionó un informe histopatológico de enfermedad de Crohn metastásica (dermis reticular con granulomas no caseificantes, infiltrado perivascular mixto, abundantes eosinófilos, escasas células multinucleadas sin vasculitis). Se inició inducción a la remisión con esteroide y posterior reinicio del fármaco biológico con mejoría del gasto a través de ileostomía y remisión de manifestación dermatológica.

**Discusión:** La enfermedad de Crohn se relaciona de forma notable con manifestaciones cutáneas en diferentes variedades; la menos común es la enfermedad de Crohn metastásica. Su incidencia no se ha calculado exactamente debido a la extrema variabilidad clínica de las lesiones (úlceras, pápulas, nódulos, placas induradas o

**Figura 1.** Lesión nodular en el brazo izquierdo correspondiente a enfermedad de Crohn metastásica. (Dom057)



costras) y a la diversidad de su localización (mayor frecuencia en extremidades, pliegues y genitales externos). Debido a la ausencia de un patrón clínico característico, es obligada la biopsia para su diagnóstico. El estudio histológico se caracteriza por granulomas sarcoideos no caseificantes en dermis, y es posible reconocer células multinucleadas de Langhans, infiltrado inflamatorio rico en eosinófilos y focos de necrosis. No existe tratamiento específico para esta enfermedad. Se han descrito casos tratados con corticoides, orales y tópicos, inmunomoduladores y fármacos anti-TNF; este último grupo es el que ha demostrado mayor respuesta.

**Conclusiones:** Se presentó el caso clínico de un paciente con enfermedad de Crohn metastásica que coincide con datos de actividad inflamatoria a nivel intestinal, con respuesta favorable al tratamiento con esteroide. La enfermedad de Crohn metastásica es una entidad poco frecuente y, debido a su gran variabilidad en la presentación, se subdiagnostica; en la actualidad no hay consenso sobre el tratamiento, pero el diagnóstico oportuno modifica de manera favorable el tratamiento y con ello el pronóstico del paciente; de ahí la importancia del caso clínico presentado.

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió financiamiento.

## Dom058

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON CUCI QUE DESARROLLARON CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN UN PERIODO DE 34 AÑOS

G. I. García-Hernández, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

**Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad de causa desconocida y carácter multifactorial, cuyo curso clínico se caracteriza por remisiones y exacerbaciones. Muchas mujeres con enfermedad inflamatoria intestinal eligen no tener hijos de manera voluntaria, lo que excede el número de aquellas que experimentan problemas de fecundidad. No hay evidencia de que la CUCI inactiva y los medicamentos afecten la fecundidad.

**Objetivo:** Describir las características clínicas de pacientes con CUCI que desarrollaron cáncer colorrectal.

**Material y métodos:** Se revisó un total de 647 expedientes de pacientes con diagnóstico confirmado por histopatología de CUCI durante el periodo de 1987 a 2021. Se recabaron los datos demográficos y clínicos de todos los pacientes. El análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS versión 24.

**Resultados:** La frecuencia de cáncer colorrectal en CUCI fue del 0.017%. Se encontró a 11 pacientes con el diagnóstico de CUCI que desarrollaron cáncer colorrectal, de los cuales 9 (81.8%) eran del sexo masculino y 2 (18.2%) del femenino. La edad promedio de los pacientes al diagnóstico de CUCI fue de  $35.6 \pm 8.9$  años (intervalo, 25-50 años). La edad promedio de los pacientes al momento del diagnóstico de cáncer colorrectal fue de  $47.18 \pm 10.9$  años (intervalo, 35-67 años). El promedio de años de evolución fue de  $21.5 \pm 14.1$  años. La extensión de la CUCI más frecuente fue pancolitis en 7 pacientes (63.6%). La localización del cáncer fue más frecuente en recto y colon transverso en un 27.3% en cada región. Se encontraron antecedentes hereditarios de cáncer en el 18.1% de los pacientes. Las manifestaciones extraintestinales se hallaron en un 54.5% y las más frecuentes por orden descendente fueron osteoporosis en el 36.4%, colangitis esclerosante primaria en el 36.4% y osteopenia en el 18.2%. El curso clínico, del tipo actividad crónica persistente, se presentó en el 90.9% (el 100% tenía actividad endoscópica e histológica persistente). El tratamiento más utilizado fue el 5-ASA en un 72.7%, los esteroides en el 54.5% y sólo un paciente recibió inmunomoduladores. Los estadios colorrectales más frecuentes fueron I, IIA, IIIB y IV en el 18.2% cada uno. Todos los pacientes se sometieron a tratamiento quirúrgico y 5 recibieron quimioterapia adyuvante.

**Conclusiones:** La frecuencia de cáncer colorrectal en CUCI fue del 0.017%. Las características clínicas más frecuentes en pacientes con CUCI que desarrollaron cáncer colorrectal fueron sexo masculino, años de evolución mayor de 20 años, pancolitis, actividad crónica persistente y las manifestaciones extraintestinales. La localización más frecuente del cáncer fue recto y transverso; los estadios clínicos más comunes del cáncer colorrectal fueron I, IIA, IIB y IV.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

## Dom059

### CURSO CLÍNICO DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

G. I. García-Hernández, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

**Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad de causa desconocida y carácter multifactorial; el curso clínico se caracteriza por remisiones y exacerbaciones. En caso de concepción en remisión de la enfermedad, el riesgo de recaída es el mismo que en mujeres no embarazadas con CUCI. Si ocurre cuando la enfermedad está activa, se incrementa el riesgo de que la actividad persista durante el embarazo. Sin embargo, se han observado mayores tasas de recaídas en los primeros dos trimestres de embarazo y por tanto es importante mantener un tratamiento adecuado del CUCI en aquellas mujeres que desean concebir, con el fin de reducir el riesgo de brotes durante el embarazo.

**Objetivo:** Describir el curso clínico de la CUCI en pacientes embarazadas que acuden a la consulta de la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal.

**Material y métodos:** Se revisó un total de 257 expedientes de pacientes mujeres con diagnóstico confirmado por histopatología de CUCI. Se recabaron los datos demográficos y clínicos de todas las pacientes. El análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS versión 24.

**Resultados:** Se encontró a 11 pacientes que se embarazaron con el diagnóstico confirmado de CUCI. El promedio de la edad al diagnóstico de CUCI fue de  $21.67 \pm 6.3$  años (intervalo, 7-31 años). El promedio de la edad de embarazo fue de  $30.5 \pm 5.2$  años (intervalo, 23-37 años). La extensión más frecuente fue colitis izquierda (55.6%) y pancolitis (44.4%). Se hallaban en remisión en el 72.7%, quienes mantuvieron remisión de la enfermedad en el 37.5%. Por otro lado, el 27.3% de las pacientes se embarazó con actividad de la CUCI, tenía actividad leve el 18.2% y moderada el 9.1%, y durante el embarazo ninguna alcanzó la remisión, de tal modo que se mantuvo el 18.2% en actividad leve y un caso (9.1%) avanzó a actividad grave. El 72.7% se encontraba en remisión al momento del embarazo y el 45.5% tuvo una recaída; la actividad moderada fue la más frecuente en el 36.4%. El porcentaje de pacientes que tuvieron recaída en el primer trimestre de embarazo fue del 27.3%, en el segundo de 18.2% y en el tercero ninguna paciente. Presentó manifestaciones extraintestinales el 44.4% y la osteopenia fue la más común en un 22.2%. El tratamiento más utilizado antes del embarazo por orden de frecuencia fue el 5-ASA en el 72.7%, los esteroides en el 54.5% y las tiopurinas en el 36.4%, mientras que para las pacientes que mostraban actividad de la enfermedad durante el embarazo el tratamiento se basó en los 5-ASA en el 18.2%, esteroides y tiopurinas en el 9.1%. De las 5 pacientes que sufrieron recaída, el tratamiento se basó en esteroides en el 36.4%, 5-ASA en el 27.3% y tiopurinas en el 9.1%. Ninguna de las pacientes estuvo bajo tratamiento con fármacos biológicos. El 18.2% suspendió el tratamiento durante el primer trimestre del embarazo.

**Conclusiones:** El curso clínico de la CUCI en pacientes embarazadas mostró que el 72.7% de las pacientes se hallaba en remisión al momento de la concepción y el resto se embarazó con actividad de la enfermedad (leve en el 18.2% y moderada en el 9.1%). Durante el curso del embarazo de las pacientes que se encontraban en remisión, el 37.5% la mantuvo, en tanto que el 45.5% sufrió recaída de la enfermedad, la cual fue leve en el 9.1% y moderada en el 36.4%; por su parte, de las que se embarazaron con actividad ninguna alcanzó la remisión.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

## Dom060

### COMPORTAMIENTO CLÍNICO DE LAS ENFERMEDADES HEPÁTICAS EN PACIENTES DEL SEXO FEMENINO DEL CEIHET, MÉXICO

R. Contreras-Omaña, M. Aguilar-Escudero, S. Téllez-Jaén, Centro de Estudio e Investigación en Enfermedades Hepáticas y Toxicológicas

**Introducción:** En los últimos años, las enfermedades hepáticas en las mujeres mexicanas han aumentado y se han convertido en la séptima causa de muerte a partir de 2013. Esto se debe a diversos factores de riesgo, en los cuales los estilos de vida no saludables tienen una carga importante para el desarrollo de las enfermedades hepáticas. Además, algunas afecciones también predisponen a las mujeres a padecer enfermedades hepáticas, entre ellas obesidad, diabetes mellitus, dislipidemia, enfermedades autoinmunitarias, virus y otras. Sin embargo, a pesar de lo anterior, no hay estudios que describan el comportamiento clínico de las enfermedades hepáticas específicamente en mujeres mexicanas.

**Objetivo:** Conocer el comportamiento clínico de las enfermedades hepáticas en pacientes del sexo femenino del CEIHET, México.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal en el cual se estudió a las pacientes de sexo femenino mayores de 18 años con diagnóstico de hepatopatía de cualquier tipo del Centro de Estudio e Investigación en Enfermedades Hepáticas y Toxicológicas (CEIHET) en Hidalgo, México, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2020. Se describen las variables epidemiológicas y demográficas de dicho grupo, así como su comportamiento clínico y antecedentes personales de importancia. Los resultados se presentan con medidas de tendencia central y dispersión.

**Resultados:** Existen 3,013 pacientes registrados en la base de datos del CEIHET durante el periodo estudiado. De ellos, se encontraron 923 con enfermedades hepáticas, 507 mujeres (55%). En dichas pacientes se advirtió que el grupo de edad en el que predominan las enfermedades del hígado es el de 50 a 70 años ( $n = 256$ , 50.5%). La causa más frecuente de daño hepático en el sexo femenino en el Centro fue esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) en 43.5% ( $n = 220$ ), seguida por colangitis biliar primaria en 5.7% ( $n = 29$ ). El porcentaje de pacientes mujeres con cirrosis hepática fue de 40.8% ( $n = 206$ ), con mayor predominio en mayores de 50 años. De ellas, 34.9% tenía Child-Pugh A, 35.4% Child-Pugh B y 11.6% Child-Pugh C. En actividad física, 72.6% es sedentario ( $n = 368$ ) y sólo 2.8% ( $n = 14$ ) realiza actividad intensa. En cuando a los antecedentes personales patológicos, el más frecuente fue diabetes mellitus en 19.3% ( $n = 98$ ).

**Conclusiones:** En este Centro, 55% de los pacientes con enfermedad hepática pertenece al sexo femenino, con claro predominio del grupo de edad de 50 a 70 años. Casi la mitad de ellas se encuentra en etapa de cirrosis hepática, sobre todo compensada. La causa del daño hepático más frecuente en las mujeres estudiadas fue EHNA y los principales antecedentes personales de riesgo fueron sedentarismo y diabetes mellitus tipo 2.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

## Dom061

### FIBROSIS HEPÁTICA AVANZADA EN PACIENTES CON HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO POR ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA (FibroScan®) Y TRANSAMINASAS NORMALES

J. Aquino-Matus, J. Jiménez-Pavón, M. Uribe-Esquivel, N. Chávez-Tapia, Fundación Clínica Médica Sur

**Introducción:** La enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) afecta al 25% de la población mundial. El EHGNA puede pasar inadvertido por varios años debido a que hasta el 30% tiene transaminasas normales (ALT o AST < 40 UI/L).

**Objetivo:** Describir la prevalencia y factores de riesgo relacionados con EHGNA con fibrosis hepática avanzada por elastografía transitoria (FibroScan®) y transaminasas normales.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrolectivo y transversal de expedientes de pacientes que acuden a revisión sin consumo significativo de alcohol y con diagnóstico de EHGNA por FibroScan®. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y para las variables continuas media y desviación estándar. Los grupos de transaminasas normales y alteradas se compararon con t de Student o ANOVA. Los valores de p se calcularon a dos colas (significancia < 0.05).

**Resultados:** Se recabaron datos de 976 expedientes, la media de edad fue de 48.9 años, con 552 (56.6%) hombres y una media de IMC de 26.32 kg/m<sup>2</sup>. La frecuencia de dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 fue del 28.5%, 16.9% y 3.1%, respectivamente. La prevalencia de esteatosis hepática por FibroScan® (CAP > 232 dB/m) fue de 63% y de fibrosis hepática significativa (LSM > 7.0 kPa) de 1.74%. De los 17 pacientes con EHGNA y fibrosis hepática, 9 tenían transaminasas normales (0.92%) y 8 transaminasas alteradas (0.82%). El grupo con transaminasas normales presentó mayor IMC (30 vs. 37 kg/m<sup>2</sup>,  $p < 0.006$ ), mayor circunferencia de cadera (103 vs. 120 cm,  $p < 0.001$ ) y tendencia a menor cifra de triglicéridos (194 vs. 131 mg/dl,  $p = 0.082$ ) en comparación con el grupo con transaminasas alteradas. No se encontró diferencia entre comorbilidades ni otros resultados de laboratorio (Tabla 1).

**Conclusiones:** En la práctica diaria, las transaminasas dan a menudo la falsa idea de un hígado sano. El grado de fibrosis hepática es el principal factor de progresión a cirrosis hepática y en un estudio de 493 pacientes con transaminasas normales se registró el 12.7% con fibrosis hepática avanzada. En la población de estudio, los pacientes con EHGNA y transaminasas normales tuvieron una prevalencia de fibrosis hepática avanzada del 0.92% en relación con mayor IMC y circunferencia de cadera. Las transaminasas normales no excluyen enfermedad hepática avanzada.

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

**Tabla 1.** Características de los pacientes con EHGNA y fibrosis hepática avanzada con transaminasas normales y alteradas ( $n = 17$ ). (Dom061)

Variables clínicas	Transaminasas alteradas ( $n = 8$ )	Transaminasas normales ( $n = 9$ )	p
Edad $\pm$ DE (años)	59.25 $\pm$ 10.67	51.78 $\pm$ 10.07	0.158
Mujeres (%)	5 (62.5)	6 (66.7)	1.000
Peso $\pm$ DE (kg)	86.95 $\pm$ 19.28	106.14 $\pm$ 19.30	0.059
Estatura $\pm$ DE (m)	1.70 $\pm$ 0.10	1.68 $\pm$ 0.13	0.806
IMC $\pm$ DE (kg/m <sup>2</sup> )	30.09 $\pm$ 5.48	37.33 $\pm$ 3.67	0.006
Circunferencia de cintura $\pm$ DE (cm)	103.62 $\pm$ 17.45	119.58 $\pm$ 10.18	0.070
Circunferencia de cadera $\pm$ DE (cm)	105.19 $\pm$ 8.04	120.50 $\pm$ 4.68	0.001
ICC $\pm$ DE	0.98 $\pm$ 0.11	0.99 $\pm$ 0.05	0.838
Tabaquismo (%)	2 (25.0)	2 (22.2)	1.000
Diabetes mellitus (%)			0.267
Sin diabetes	5 (62.5)	8 (88.9)	
Tipo 1	2 (25.0)	0 (0.0)	
Tipo 2	1 (12.5)	1 (11.1)	

Hipertensión arterial (%)	2 (25.0)	6 (66.7)	0.218
Dislipidemia	3 (37.5)	4 (44.4)	1.000
Plaquetas $\pm$ DE ( $\times 10^3/\mu\text{l}$ )	216.50 $\pm$ 48.64	196.11 $\pm$ 38.57	0.351
Creatinina $\pm$ DE (mg/dl)	0.88 $\pm$ 0.19	0.87 $\pm$ 0.13	0.842
Albúmina $\pm$ DE (g/dl)	4.04 $\pm$ 0.53	4.14 $\pm$ 0.24	0.590
AST $\pm$ DE (UI/l)	70.88 $\pm$ 27.73	26.33 $\pm$ 6.06	<0.001
ALT $\pm$ DE (UI/l)	82.75 $\pm$ 29.59	29.11 $\pm$ 5.75	<0.001
Fosfatasa alcalina $\pm$ DE (UI/l)	74.25 $\pm$ 29.59	69.22 $\pm$ 23.66	0.703
PCR ultrasensible $\pm$ DE (mg/l)	5.95 $\pm$ 6.94	7.53 $\pm$ 10.49	0.723
Colesterol $\pm$ DE (mg/dl)	204.75 $\pm$ 53.80	197.22 $\pm$ 44.04	0.755
Colesterol HDL $\pm$ DE (mg/dl)	43.75 $\pm$ 11.66	48.33 $\pm$ 18.30	0.553
Colesterol LDL $\pm$ DE (mg/dl)	121.75 $\pm$ 40.57	122.33 $\pm$ 39.32	0.976
Triglicéridos $\pm$ DE (mg/dl)	194.62 $\pm$ 87.68	131.89 $\pm$ 47.82	0.082
Glucosa $\pm$ DE (mg/dl)	112.12 $\pm$ 39.94	118.89 $\pm$ 46.41	0.753
HbA1c (%)	5.89 $\pm$ 0.88	6.48 $\pm$ 1.37	0.340
Rigidez hepática $\pm$ DE (kPa)	10.95 $\pm$ 4.19	10.39 $\pm$ 2.11	0.727
Grado de fibrosis hepática (%)			0.725
F2	3 (37.5)	2 (22.2)	
F3	2 (25.0)	2 (22.2)	
F4	3 (37.5)	5 (55.6)	
Esteatosis hepática $\pm$ DE (db/m)	323.50 $\pm$ 58.61	332.89 $\pm$ 38.14	0.698
Grado de esteatosis (%)			0.540
S1	1 (12.5)	0 (0.0)	
S2	1 (12.5)	1 (11.1)	
S3	6 (75.0)	8 (88.9)	

## Dom062

### PREVALENCIA DE ANTICUERPOS DE VIRUS DE HEPATITIS C Y FACTORES DE RIESGO EN POBLACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA. REPORTE PRELIMINAR

G. D. Salazar-Hinojosa, A. Y. Cruz-Saucedo, G. Morales-Osorio, C. M. Del Real-Calzada, M. T. Rizo-Robles, IMSS

**Introducción:** Se recomienda que todos los mayores de 18 años se sometan al menos una vez en la vida a detección de infección de virus de hepatitis C (VHC), independientemente de la factores de riesgo, debido a que se busca su erradicación, para lo que se necesita el acceso generalizado a las pruebas. Con el tratamiento antiviral actualmente se puede lograr la curación y se evitan las complicaciones a largo plazo del VHC. En México se informa seroprevalencia aproximada del 1.4% para la población general y los factores de riesgo para adquirirla son múltiples.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de anticuerpos de virus de hepatitis C (anti-VHC) en población general que acude al Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza (HECMNR) y los factores de riesgo.

**Material y métodos:** Estudio observacional, longitudinal y descriptivo. Se incluyó a población general que acude a áreas del

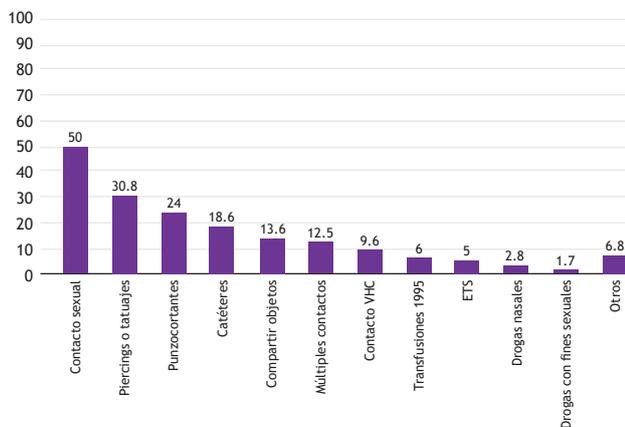
HECMNR, a quienes de manera voluntaria, y previa firma de consentimiento informado, se les aplicó una encuesta de factores de riesgo de transmisión y se tomó muestra capilar para determinar anti-VHC con prueba rápida. La determinación se realizó con pruebas rápidas inmunocromatográficas con oro coloidal para detección cualitativa. Se expresaron los datos en medias, frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** Se realizó un total de 279 pruebas, 175 mujeres (62.7%) y 104 hombres (37.2%), con una edad promedio de 44.3 años (18-82 años). Los factores de riesgo encontrados fueron: contacto sexual sin protección (n = 141, 50.5%), *piercings* o tatuajes (n = 86, 30.8%), accidentes con material punzocortante (n = 67, 24%), contacto con catéteres o endoscopios (n = 52, 18.6%), compartir hojas de afeitar o cepillo de dientes (n = 38, 13.6%), múltiples contactos sexuales (n = 35, 12.5%), contacto con pacientes positivos a VHC (n = 27, 9.6%), transfusiones antes de 1995 (n = 17, 6%), enfermedades de transmisión sexual (n = 14, 5%), consumo de drogas intranasales (n = 8, 2.8%), consumo de drogas con fines sexuales (n = 5, 1.7%) y otros (n = 19, 6.8%). Véase la **Figura 1**. Ninguna de las muestras resultó reactiva a anti-VHC.

**Conclusiones:** No se detectaron casos reactivos a anti-VHC en la población general que acude al HECMNR, lo cual es menor a lo notificado en la población mexicana; sin embargo, es una muestra pequeña. En cuanto a los factores de riesgo, la práctica de relaciones sexuales sin protección es el principal y llaman la atención los tatuajes y las perforaciones como el segundo en frecuencia, lo que no influyó en la prevalencia de anti-VHC.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Figura 1.** Factores de riesgo para VHC en la población general del HECMNR. (Dom062)



## Dom063

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, BIOQUÍMICAS Y POR IMAGEN DE ENFERMEDAD HEPÁTICA POLIQUÍSTICA EN PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO. SERIE DE CASOS

R. T. Hernández-Rodríguez, M. Castillo-Barradas, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La enfermedad poliquística hepática puede existir de forma aislada o como síntoma acompañante de enfermedad renal poliquística autosómica. La relación mujer:hombre se aproxima a 1.5:1 entre aquéllos con quistes simples asintomáticos, mientras que es de 9:1 en sujetos con quistes simples sintomáticos o complicados. La mayoría de los pacientes es asintomática. Los síntomas graves pueden afectar al 20% de los pacientes que desarrollan hepatomegalia masiva y dolor abdominal por compresión de los órganos circundantes o por la distensión de la cápsula de Glisson.

**Objetivo:** Analizar las características clínicas, bioquímicas y de imagen de una serie de casos para la selección de pacientes elegibles para trasplante hepático como tratamiento de enfermedad poliquística hepática.

**Informe de casos:** De una serie de tres casos, evaluados en el Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, con diagnóstico de enfermedad poliquística hepática, se analizaron los datos clínicos, bioquímicos y de imagenología por paciente en protocolo para trasplante entre los años 2019 y 2021. La presentación promedio al momento del diagnóstico ocurrió en mujeres entre la cuarta y sexta décadas de la vida, una de ellas con antecedentes familiares de enfermedad poliquística hepática. En la **Figura 1** se muestran los estudios de imagen por paciente al momento del diagnóstico inicial.

La selección para trasplante hepático de estos pacientes fue enfermedad hepática poliquística Gigot III y por exacerbaciones clínicas que requirieron múltiples visitas por molestias abdominales con síntomas de dolor abdominal en hipocondrio derecho, disnea de pequeños esfuerzos, ortopnea, saciedad temprana, pesadez, distensión abdominal y hepatomegalia, hasta ese momento sin diagnóstico de insuficiencia hepática ni hipertensión portal. Como tratamiento se indicó trasplante hepático; dos de ellas recibieron trasplante ortotópico de donante cadavérico, con buena evolución y resolución de los síntomas. La tercera paciente se halla en espera de someterse a trasplante.

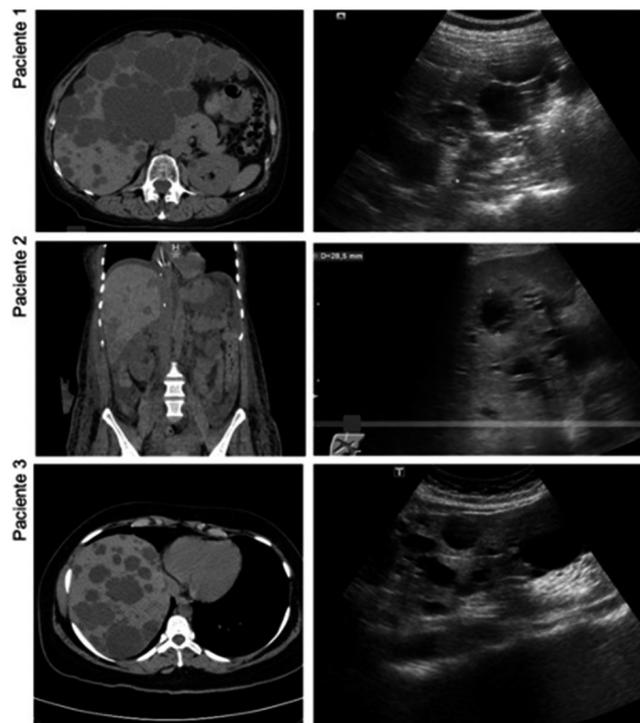
**Discusión:** El tratamiento curativo es el trasplante hepático como abordaje propuesto en esta serie de casos. En los pacientes con

enfermedad poliquística hepática, los datos clínicos más frecuentes fueron dolor abdominal seguido por hepatomegalia. Los objetivos principales del tratamiento quirúrgico se enfocan en proporcionar un alivio sintomático de largo plazo como la principal indicación en este grupo de pacientes, y mejorar los síntomas secundarios a la hepatomegalia masiva.

**Conclusiones:** El trasplante debe considerarse el único tratamiento curativo en todo paciente con enfermedad hepática poliquística en fase avanzada y que pueda significar un aumento de la esperanza y calidad de vida, más allá de lo pronosticado conforme a la enfermedad subyacente del paciente. Esta serie de tres casos de pacientes en protocolo de trasplante hepático compartió el inicio de dolor abdominal secundario a la hepatomegalia masiva. Su pronóstico y procedimiento han mostrado favorables resultados en los pacientes trasplantados, con mejoría de los síntomas clínicos que fueron el motivo de su ingreso.

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

**Figura 1.** Estudios de imagen por paciente. Derecha: ultrasonido hepático que muestra múltiples quistes de pequeño tamaño en el parénquima. Izquierda: corte axial o coronal por tomografía que muestra quistes hepáticos. (Dom063)



## Dom064

### ENFERMEDAD DE WEIL, INFORME DE UN CASO

A. C. Victoria-Rocha, V. Álvarez-Banda, IMSS-Centro Médico Nacional La Raza

**Introducción:** Las enfermedades hepáticas colestásicas son causa de morbimortalidad y la principal indicación de trasplante hepático en pediatría; las causas y su inicio guardan relación con la edad del niño. Entre las causas adquiridas figuran infecciones virales o bacterianas como leptospira. Esta última es una enfermedad prevalente en quienes trabajan con animales domésticos, silvestres y subproductos, con una primera etapa anictérica (90%) y una segunda conocida como fiebre icterohemorrágica o enfermedad de Weil (5%-40%).

Es de difícil diagnóstico debido a una variedad de manifestaciones clínicas y similitudes con otras afecciones.

**Objetivo:** Presentar un caso clínico de leptospirosis en su forma grave: enfermedad de Weil.

**Informe de casos:** Paciente masculino de 17 años con los siguientes antecedentes: convivencia con aves de crianza (gallos de pelea) y uso de abono e insecticidas. Consumo de marihuana en cuatro ocasiones. Inicia el padecimiento en mayo del 2021 tras caer, con luxación de clavícula izquierda y tratado con inmovilización y analgésicos; a las 24 h tuvo fiebre, dolor abdominal, disnea e incapacidad de deambular, por lo que acude a la clínica. Hay saturación de 80% a 85% y se sospecha neumonía por SARS-CoV-2. Se realiza prueba rápida y PCR, que son negativas. Se lo envía al hospital de los autores y a su llegada muestra Glasgow 14/15, ictericia, con mascarilla reservorio a 10 L/min y saturando 92%; una nueva PCR por sospecha de síndrome inflamatorio multisistémico es negativa. Se valora en el servicio de gastroenterología y se solicitan estudios de laboratorios (Tabla 1) y ultrasonido de hígado y vías biliares: sin alteración estructural. La tomografía computarizada de tórax y abdomen simple revela ocupación alveolar difusa, reactividad ganglionar mesentérica e inguinal, hepatomegalia, vía biliar intrahepática y extrahepática sin alteración y datos de pancreatitis aguda. Presenta signos de falla renal, sin requerir tratamiento de sustitución. Hay un aumento de bilirrubinas a las 72 h de estancia, por lo que ingresa a terapia intensiva y recibe tres sesiones de MARS. Se continuó protocolo de estudio (Tabla 1) y se solicitan determinaciones de leptospira que indica: *Leptospira interrogans* serovar *Austumnalis* 1:10 240, *Leptospira interrogans* serovar *Icterohaemorrhagiae* 1:1 320 y *Leptospira interrogans* serovar *Bratislava* 1:5 120. Se indican ceftriaxona y clindamicina por 14 días. Se obtiene mejoría clínica y posterior egreso a domicilio.

**Discusión:** La leptospirosis tiene incidencia de 10 a 100 por 100,000 personas. Se adquiere a través de roedores, caballos, cabras, cerdos y perros. *Leptospira interrogans* representa el agente causal de la enfermedad humana; de sus cerovariedades, la más importante para el ser humano es *icterohaemorrhagiae*. La enfermedad de Weil posee una mortalidad hasta de 50%, con síndrome febril de tres a siete días, seguido de un periodo de respuesta inmunitaria, ictericia, insuficiencia renal, necrosis hepática, afección respiratoria, neurológica y cardiovascular, y diátesis hemorrágicas. En este paciente, el daño hepático fue grave y se benefició de MARS, con mejoría a la semana del esquema antibiótico.

**Conclusiones:** La leptospirosis es una enfermedad que debe estar presente en el diagnóstico diferencial de un síndrome febril con ictericia; se subdiagnostica dentro de los síndromes febriles, sépticos e ictericos.

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

## Dom065

### INFORME DE CASO DE UN PACIENTE CON CALCIFICACIONES HEPÁTICAS DIFUSAS Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) TERMINAL

A. Tovar-Durán, N. A. Santillano-Tinoco, A. Y. Ruiz-Flores, E. A. González-Murillo, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, N.L.

**Introducción:** Las calcificaciones hepáticas se observan en diversas anomalías, entre ellas infecciones granulomatosas o parasitarias del hígado, neoplasias primarias benignas o malignas, metástasis hepáticas. De éstas, las enfermedades granulomatosas son las más frecuentes, observadas como focos inflamatorios calcificados en el parénquima hepático. Por otro lado, la enfermedad renal crónica, sobre todo cuando la TFGe es < 60 ml/min, se vincula con alteraciones del metabolismo mineral-óseo, lo que lleva a alteraciones en los valores séricos del fósforo, calcio ionizado, vitamina D y hormona paratiroidea. Esto puede expresarse en clínica como un hiperparatiroidismo secundario, el cual afecta diferentes sistemas del cuerpo, con aparición de manifestaciones extraóseas, como calcificaciones de las paredes arteriales, vísceras, tejido periarticular, tejido cutáneo y ojo. La afectación visceral se ha documentado con poca frecuencia en estos pacientes.

**Objetivo:** Describir las características de un paciente con enfermedad crónica terminal, en relación con calcificaciones hepáticas difusas.

**Informe de casos:** Se presenta el caso de una paciente femenina de 28 años de edad, con antecedente de enfermedad renal crónica por hipoplasia renal desde el 2015, en tratamiento con diálisis peritoneal, y derivado de esto un hiperparatiroidismo secundario; refiere también hipertensión arterial. La paciente se incluyó en el protocolo de trasplante renal y en el 2018 se envió a valoración por gastroenterología. Se solicitó una TAC, que documentó un hígado heterogéneo, con zonas hipodensas mal definidas y aumento de la densidad

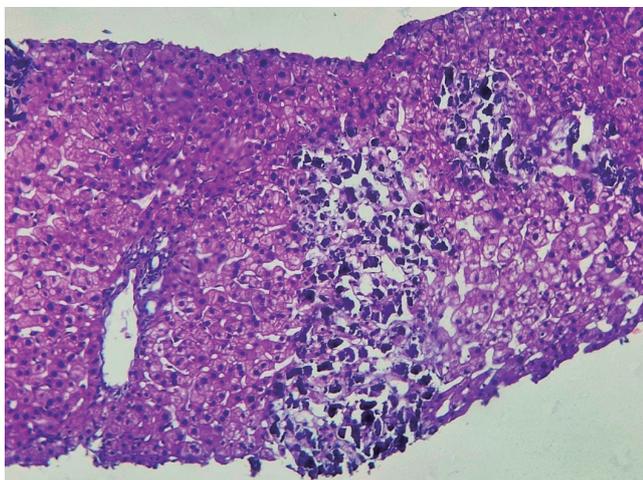
Tabla 1. (Dom064)

Ingreso	72 horas	Perfil TORCH	Panel viral	Anticuerpos	Egreso
BT: 38.7	BT: 61.63	● Toxoplasma	● Hepatitis C (NR)	● Ac Anti-DNA	● <i>Leptospira inte-</i>
BD: 28.6	BD: 58.48	IgG (R)	● HBsAg (NR)	(Negat)	<i>rrogans serovar:</i>
BI: 10.06	BI: 23.31	IgM (NR)	● AHbC (NR)	● Anti-Smith	- <i>Austumnalis</i> 1:10
AST: 379	AST: 120	● Rubeola	● Epstein-Barr (NR)	(Negat)	240
ALT: 142	ALT: 140	IgG (R)	● HIV Ag/Ac (Negat)	● Anti-SMA	- <i>Icterohaemorrha-</i>
Albúmina:	GGT: 260	IgM (NR)	- Procalcitonina 2.39	(Negat )	<i>giae</i> 1:1 320
2.74	Tp: 12	● Herpes 1+2	- Ferritina 1 810	● Ac Anti-LKM/1	- <i>Bratislava</i> 1:5 120
Tp:13.2	TTPa: 30.9	IgG (R)	- Dímero D 1 774	(Negat)	
TTPa: 22.4	INR: 1.27	IgM (NR)	- BNP 10.7	● IgA 249.3	
INR: 1.14	PCR: 38.7	● CMV (NR)	- Mieloperoxidasa	● IgG 4 432	
Fibrinógeno:	Lipasa:	● Hemocultivos	Negat	● IgM 206.3	
1 003	1089	(Negat)	- Peroxidasa 3	● IgE 264	
	Amilasa:	● Urocultivo	positiva		
	532	sin desarrollo	- Ceruloplasmina		
	Hb: 8.4	● Cultivo	25 mg/dl		
	Plaquetas:	secreción			
	176 000	bronquial sin			
	Creatinina	desarrollo			
	4.48				

\*NR: no reactivo, \*R: reactivo, Negat: negativo, \*PCR: Proteína C reactiva.

del parénquima, signos indicativos de hepatopatía crónica, aunque el paciente no tenía alteraciones de la bioquímica hepática, y sólo presentaba plaquetopenia leve. Se realizó un USG Doppler que descartó hipertensión portal, esplenomegalia o datos de cirrosis; una TAC trifásica reveló un hígado heterogéneo a expensas de hiperdensidades periféricas a manguitos periportales, distribuidas de manera difusa en todo el parénquima, con densidad promedio de 220 UH, sin realce significativo al medio de contraste. Una biopsia hepática percutánea (Fig. 1) mostró un parénquima hepático con focos de calcificaciones y hepatocitos reactivos. Se realizaron técnicas de histoquímica con PAS y Ziehl-Neelsen, que descartaron causas infecciosas.

**Figura 1.** Biopsia hepática percutánea teñida con H-E, la cual muestra precipitados cálcicos, teñidos intensamente y basófilos, que reemplazan a áreas del parénquima hepático. El resto del parénquima posee cambios reactivos sin signos de fibrosis. Se identifica la triada portal sin alteraciones morfológicas. (Dom065)



**Discusión:** Las calcificaciones hepáticas se identifican con poca frecuencia y se relacionan en particular con inflamación hepática, sobre todo por causas granulomatosas, casi siempre tuberculosis, histoplasmosis o sarcoidosis. Los pacientes con hiperparatiroidismo secundario presentan alteraciones en el metabolismo del fósforo y calcio, lo que culmina en el depósito sistémico de cristales de fosfato cálcico. Es importante descartar las causas infecciosas y neoplásicas más frecuentes, debido a las implicaciones terapéuticas y pronósticas que conllevan estos trastornos. En este caso, el paciente no mostró disfunción hepática, por lo que el tratamiento se dirigió a la enfermedad renal y metabólica subyacente.

**Conclusiones:** Con el advenimiento de las nuevas técnicas de imagen y los estudios histopatológico e histoquímico es posible el abordaje y el diagnóstico de los pacientes con diferentes patrones de calcificación hepática, lo que hace posible dar seguimiento y delinear pautas de tratamiento adecuadas.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento para este estudio.

## Dom066

### ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RESISTENTE A METICILINAS

M. Y. Carmona-Castillo, E. Morales-Mairena, E. J. Medina-Ávalos, S. Teutli-Carrión, C. L. Dorantes-Nava, F. Higuera-de-la-Tijera, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

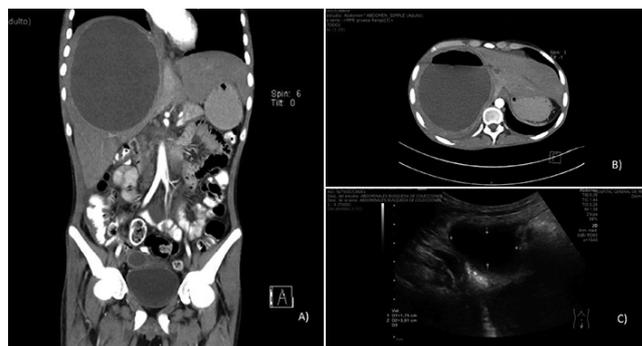
**Introducción:** El absceso hepático se define como una colección encapsulada de material supurativo dentro del parénquima hepático.

La causa puede ser bacteriana, fúngica o parasitaria; la piógena es la más común con incidencia de 0.5% a 0.8%. Tiene una incidencia de 2.3 casos por cada 100,000 admisiones intrahospitalarias en Norteamérica, con una mortalidad de 10% a 40%. Los principales factores causales son infecciones abdominales, traumatismo hepático, infecciones del tracto biliar y diseminación hematógena; la diabetes mellitus es el principal factor de riesgo predisponente. Otros factores son cirrosis hepática, género masculino, edad avanzada, inmunocompromiso o uso de inhibidores de la bomba de protones. Sólo el 10% de los casos notificados se debe a *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina.

**Objetivo:** Informar un caso de absceso hepático por *S. aureus* y destacar los probables factores de riesgo.

**Informe de casos:** Paciente masculino de 20 años de edad con antecedente de cáncer testicular a la edad de 19 años de edad y absceso hepático amebiano que exigió drenaje quirúrgico con fístula hepatocutánea, sin otro factor de riesgo. Ingresó a la unidad médica por persistencia de fístula hepatocutánea con drenaje purulento verdoso y fétido, relacionado con dolor abdominal de tipo punzante, intensidad 6/10, en hipocondrio derecho, acompañado de fiebre de 38.5°C. Ingresó con leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda sin alteración de transaminasas (Fig. 1). Se instala drenaje percutáneo en el lóbulo derecho con catéter multipropósito 14 Fr y se obtiene material purulento. En el cultivo de líquido se aísla *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina y el antibiograma revela resistencia a oxacilina, ciprofloxacina, eritromicina, cefoxitina y sensibilidad para vancomicina, tigeciclina, tetraciclina, daptomicina y linezolid. Se inició tratamiento antimicrobiano a base de vancomicina con reacción adversa a la dosis de carga caracterizada por exantema y prurito en zona de administración, motivo por el cual se decide tigeciclina, con gasto total de 2,900 cm<sup>3</sup> por catéter y retiro de éste; se observa una disminución de reactantes de fase aguda y mejoría clínica; se continúa el esquema antimicrobiano a base de doxiciclina por dos semanas.

**Figura 1.** A. Corte coronal en una tomografía toracoabdominopélvica que muestra un absceso hepático derecho de 17.3 x 15.1 x 14.1 cm, con volumen aproximado de 1,926 cm<sup>3</sup>. B. Corte axial de hígado que revela un parénquima heterogéneo por imagen ovoide, pared definida con formación de nivel hidroaéreo. C. Ultrasonido hepático con colección en segmentos VII y VIII de 12.8 x 12.2 x 9.8 cm con volumen cuantificado en 807.7 cm<sup>3</sup>. (Dom066)



**Discusión:** El absceso hepático piógeno es el más común (> 50%), con cuadro clínico caracterizado por dolor en hipocondrio derecho (72%), fiebre (90%), vómito (32%) y náusea (43%); es la principal causa poli-microbiana en los abscesos piógenos (55%). Como ya se mencionó, los principales factores de riesgo son diabetes mellitus e inmunocompromiso, este último el identificado en el paciente por antecedente de proceso infiltrativo probablemente metastásico, además de previo absceso amebiano con tratamiento quirúrgico. La infección por *Staphylococcus aureus* es poco frecuente, consecutiva a diseminación cutánea e infección de tejidos blandos con bacteriemia secundaria;

la fístula hepatocutánea es el único factor de riesgo presente en el caso anterior y se descartó bacteriemia o algún otro sitio de infección. El primer esquema antimicrobiano es la vancomicina intravenosa, pero es necesario efectuar la selección de acuerdo con el antibiograma; otras opciones son el linezolid o la tigeciclina, así como el drenaje percutáneo, con posterior tratamiento oral por dos a cuatro semanas, con el fin de evitar complicaciones.

**Conclusiones:** La incidencia de absceso hepático piógeno por *Staphylococcus aureus* es rara, pero deben tomarse en cuenta los factores de riesgo relacionados con el paciente para sospechar dicho agente; se indica tratamiento dirigido oportuno para mejorar el pronóstico y limitar la progresión y diseminación de la infección.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom067

### LERCANIDIPINO, UNA CAUSA NO DESCRITA DE LESIÓN HEPÁTICA COLESTÁSICA

H. M. Delgado-Cortés, O. Jáquez-Quintana, C. A. Cortez-Hernández, A. I. Reyna-Aréchiga, Hospital Universitario de Monterrey

**Introducción:** La lesión hepática inducida por fármacos puede clasificarse, según sea su presentación bioquímica, en hepatocelular, colestásica o mixta y, por su mecanismo de hepatotoxicidad, en idiosincrática o intrínseca de acuerdo con la gravedad del daño y la activación o no del sistema inmunitario en individuos genéticamente susceptibles. La utilidad principal de dichas clasificaciones en la práctica clínica es encontrar un posible factor etiológico. Actualmente existen bases de datos que registran los fármacos y los complementos alimenticios y herbolarios referidos en el desarrollo de la lesión hepática, como es el caso de Livertox. En esas bases no se encuentran informes del lercanidipino.

**Objetivo:** Describir el caso de una paciente que se presentó en clínica con lesión hepática colestásica atribuida al uso del lercanidipino.

**Informe de casos:** Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 56 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica de larga evolución, enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis desde cuatro años antes. Medicamentos actuales: candesartán, metoprolol, pantoprazol, insulina glargina y lercanidipino. Dichos fármacos tenían más de un año de consumo a dosis apropiada. Presentaba cuadro clínico caracterizado por prurito e ictericia de dos semanas de evolución. La química hepática revela lesión hepática colestásica: ALT 23, AST 42, FA 486, BT 18, BD 11. El ultrasonido y la resonancia de hígado y vías biliares mostraron parámetros normales. Los estudios adicionales como el panel viral para hepatitis y anticuerpos, incluidos anticuerpos antimitocondriales, resultaron negativos. Se indicó biopsia hepática percutánea guiada por ultrasonido. El informe histopatológico fue consistente con lesión hepática inducida por fármacos. Se registraron todos los fármacos consumidos por el paciente en los últimos meses y se buscaron casos similares a la lesión hepática presentada en los registros de Livertox. Se suspendió el lercanidipino en forma inmediata y se vigiló la evolución clínica. Cuatro semanas después de la suspensión, el paciente no presenta prurito y la bilirrubina total ha disminuido a 4.0 y la FA a 380.

**Discusión:** El paciente ingresó con alteración de la química hepática con patrón colestásico y en su abordaje se descartaron causas obstructivas, autoinmunitarias e infecciosas; la biopsia hepática reveló lesión hepática inducida por fármacos. Los compuestos candesartán, metoprolol, pantoprazol e insulina glargina se vinculan con daño hepático con patrón hepatocelular y por lo regular con un periodo de latencia corto. Este paciente recibía además lercanidipino, un antagonista del calcio de la familia de las dihidropiridinas, como amlodipina y nifedipina, las cuales se acompañan de daño

hepático colestásico y de periodos de latencia largos, consistentes con el tiempo de evolución presentado en el caso. Si bien no existen registros para el lercanidipino, dicho fármaco pertenece a la misma familia al tener una estructura química con características similares. El modelo de evaluación de causalidad RUCAM que evalúa el papel causal de un medicamento en la aparición de un episodio hepático adverso clasifica como "posible", en particular debido a que falta el informe de casos del lercanidipino como agente relacionado con lesión hepática colestásica; asimismo, no se han evaluado criterios de relación como la respuesta a la reintroducción del fármaco en el paciente por consideraciones éticas.

**Conclusiones:** La lesión hepática inducida por fármacos de la familia de las dihidropiridinas se relaciona con colestasis. Los informes se basan sobre todo en fármacos como nifedipina y amlodipina; en este caso se propone que el fármaco lercanidipino es un agente causal.

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

## Dom068

### RELACIÓN DE NIVEL DE CITOCINAS Y FALLA HEPÁTICA CRÓNICA AGUDIZADA

N. A. Bolaños-Gómez, E. Cerda-Reyes, J. A. Morales-González, Hospital Central Militar

**Introducción:** La cirrosis hepática es una causa de mortalidad y morbilidad que ha aumentado en países en vías de desarrollo. Una de sus más graves complicaciones es la falla hepática crónica agudizada y se necesitan marcadores objetivos y reproducibles para mejorar el pronóstico. Se realizó una revisión sistemática de estudios prospectivos, aleatorizados, en un periodo de ocho años de publicación, y se analizaron las mediciones de las interleucinas que intervienen en el proceso de falla hepática crónica agudizada.

**Objetivo:** Analizar la evidencia disponible en la actualidad sobre los valores de citocinas en la falla hepática crónica agudizada (FHCA) o en descompensación aguda de la cirrosis hepática.

**Material y métodos:** Este estudio es una revisión sistemática de tipo metaanálisis realizada con uso de buscadores en línea. La calidad de los estudios clínicos aleatorizados que se incluyeron se evaluó con la *Cochrane Collaboration* para análisis de riesgos de sesgo. También se empleó el programa *Reviewer Manager* (Review Manager-RevMan-versión 5, The Nordic Cochrane Centre, Cochrane Collaboration), y se aplicó el método de Hozo para calcular las medias y las desviaciones estándares; la diferencia media estandarizada se consideró estadísticamente significativa con un valor de  $p < 0.05$ . La heterogeneidad de los resultados entre los estudios se evaluó con la prueba  $\chi^2$ . Un valor de  $p < 0.10$  en la prueba de  $\chi^2$  con un valor I2 superior al 50% se consideró indicativo de heterogeneidad considerable.

**Resultados:** De un total de 3,393 referencias mediante la búsqueda en las bases de datos, se analizaron 146 publicaciones completas para determinar si eran elegibles. De éstas se descartaron 96 por contar con criterios diagnósticos de FHCA de APASL y con causa de VHB se descartaron 10 de origen endógeno por no contar con medición de interleucinas en pacientes con descompensación aguda y 3 por VHC por el mismo motivo. De los 37 artículos con causas distintas se seleccionaron cinco, con los mismos criterios de inclusión. Tres protocolos registraron los valores de esta interleucina con la prueba I2 (I2 = 99%) y las pruebas Q de Cochrane ( $p \leq 0.00001$ ). Los resultados revelaron una elevación significativa de IL-8 en el grupo de FHCA en comparación con el grupo de descompensación aguda (-52.0 pg/dl, IC95%, -30.0 a -23.9,  $p \leq 0.00001$ ). Tres estudios indicaron la elevación de IL-6 en el grupo de FHCA en comparación con el grupo de descompensación aguda. (-63.58 pg/dl, IC95%, -29.0 a -4.0,  $p \leq 0.00001$ ). Cuatro protocolos registraron una elevación de IL-10 en el

grupo de FHCA en comparación con el grupo de descompensación aguda ( $-6.0$  pg/dl, IC95%,  $-7.8.0$ ,  $-28.3$ ,  $-6.3$ ,  $p \leq 0.00001$ ). Tres estudios mostraron una ligera elevación de descompensación aguda, con IC95%. Otros tres notificaron diferentes cifras, independientes de la descompensación aguda y la FHCA.

**Conclusiones:** La carencia de estandarización en el diagnóstico de la FHCA por el relativo reconocimiento reciente de este síndrome da lugar a que existan varios criterios diagnósticos, lo que obliga a la exclusión de estudios. La falta de datos en los demás estudios en la clasificación por causas de cirrosis y de descompensantes de FHCA y descompensación aguda, con su respectiva medición de citocinas, puede explicar que exista una variación de las citocinas, ya que hipotéticamente un descompensante de tipo infeccioso o inflamatorio experimenta una elevación mayor que en otras alteraciones.

En este metaanálisis es posible concluir que los valores de IL-8 están elevados en FHCA y pueden servir como marcador en el desarrollo de esta descompensación de la enfermedad hepática. IL-6, IL-10, IL-17 y TNF- $\alpha$  están presentes en la descompensación aguda, pero no son significativas, por lo que se necesitan más estudios experimentales para su análisis.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom069

### COHORTE DE VIDA REAL PARA VALIDAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS AGENTES ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA HEPATITIS C, Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A FALLA EN ALCANZAR LA RVS EN CIRROSIS DESCOMPENSADA: RESULTADOS PRELIMINARES

F. Higuera-de-la-Tijera, M. S. González-Huezo, P. Alagón-Fernández del Campo, F. Y. Vargas-Durán, A. K. Soto-Martínez, D. García-Domínguez, E. Rodríguez-Fuentes, G. M. L. Guerrero-Avedaño, A. I. Servín-Caamaño, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

**Introducción:** Los estudios clínicos demostraron la eficacia y la seguridad de los agentes antivirales directos (AAD) para tratar a los pacientes con hepatitis C con cirrosis descompensada (CD); sin embargo, muy pocos estudios del mundo real se han realizado en este grupo. Los factores predictivos para no alcanzar la respuesta virológica sostenida (RVS) en la CD no se comprenden del todo.

**Objetivo:** Verificar la eficacia y la seguridad de los AAD e identificar los factores de riesgo relacionados con el fracaso para alcanzar la RVS en la CD.

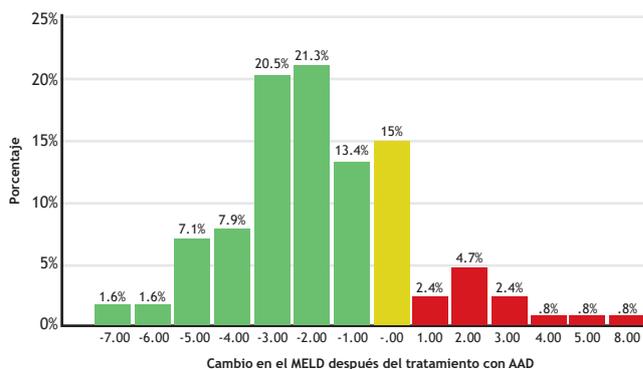
**Materiales y métodos:** Cohorte de vida real que incluyó a pacientes con CD (Child-Pugh B/C o A, pero con antecedente de descompensación clínica: hemorragia variceal, encefalopatía o ascitis) antes

de recibir tratamiento con AAD. Todos los pacientes tratados antes de someterse a trasplante tuvieron MELD  $< 20$  y Child-Pugh  $< 12$  de acuerdo con las guías de AASLD.

**Resultados:** Se incluyó a 127 pacientes, 75 (59.1%) hombres, con media de edad  $54.8 \pm 10$  años, 3 (2.4%) tratados con sofosbuvir/daclatasvir, 19 (15%) con sofosbuvir/ledipasvir, 105 (82.6%) con sofosbuvir/velpatasvir, 119 (93.7%) con ribavirina y 8 (6.3%) completaron 24 semanas; 121 (95.3%) lograron RVS en forma global, pero de acuerdo con Child-Pugh, la RVS fue diferente: Child-Pugh A 18/18 (100%), B 85/87 (97.7%), C 18/22 (81.8%),  $p = 0.004$ . Los efectos adversos fueron: fatiga en 50 (39.3%), náusea en 43 (33.8%), cefalea en 33 (26%), edema periférico en 10 (7.9%), anasarca en 4 (3.1%), insuficiencia cardíaca congestiva en 2 (1.6%), ictericia en 3 (2.4%) y suspensión del AAD por efectos adversos graves en 2 (1.6%), que también fallecieron. En pacientes que lograron la RVS, MELD mejoró (basal  $13 \pm 3$  vs. post-RVS  $11 \pm 3$ ;  $p < 0.0001$ ), pero empeoró en aquellos sin RVS (basal  $19 \pm 1$  vs. sin RVS  $22 \pm 4$ ;  $p = 0.07$ ). El número de hospitalizaciones/año por episodios de descompensación hepática fueron menos frecuentes en pacientes con RVS (basal  $2.5 \pm 1.0$  vs. post-RVS  $0.3 \pm 0.8$ ;  $p < 0.0001$ ), pero no hubo cambios en los que permanecieron sin RVS (basal  $3.0 \pm 1.0$  vs. sin RVS  $4.0 \pm 1.1$ ;  $p = 0.14$ ). Cinco (3.9%) desarrollaron carcinoma hepatocelular (HCC) tras recibir AAD, aunque estuvo relacionado sobre todo con la alfa-fetoproteína basal (sin HCC  $10.9 \pm 11.4$  ng/ml vs. HCC  $128.9 \pm 19.5$  ng/ml;  $p < 0.0001$ ); ningún otro parámetro clínico estuvo relacionado y básicamente ningún paciente sufrió lesiones sospechosas en la ultrasonografía (Tabla 1).

**Conclusiones:** Los esquemas basados en SOF libres de inhibidores de proteasa son efectivos y seguros en CD. Los parámetros clínicos indirectos relacionados con enfermedad hepática clínica descompensada más avanzada y mayor grado de hipertensión portal significativa son los determinantes principales de la falta de RVS en CD con MELD  $< 20$  y Child-Pugh  $< 12$ .

**Financiamiento:** Ninguno.



**Tabla 1.** Comparación de las características basales de la cohorte según la respuesta al tratamiento. (Dom069)

	RVSn = 121	Sin RVS n = 6	p	OR (IC95%)
Elastografía de transición basal, KPa	$34.1 \pm 11.7$	$55.3 \pm 14.4$	$< 0.0001$	-
Child-Pugh basal	$8 \pm 1$	$11 \pm 1$	0.001	-
MELD basal	$13 \pm 3$	$19 \pm 1$	$< 0.0001$	-
Episodio de hemorragia variceal, n (%)	108 (89.3)	6 (100)	0.76	1.6 (0.1-30.3)
Hemorragia variceal recurrente, n (%)	34 (28.1)	6 (100)	$< 0.0001$	32.9 (1.8-601.2)
Ascitis, n (%)	65 (53.7)	6 (100)	0.1	11.2 (0.6-203.5)
Encefalopatía hepática episódica, n (%)	42 (34.7)	5 (83.3)	0.02	6.9 (1.1-43.3)
Encefalopatía hepática persistente, n (%)	22 (18.2)	4 (66.7)	0.01	8.0 (1.6-39.9)
Carga viral basal $> 2.5$ millones, IU/ml	39 (32.2)	3 (50.0)	0.3	2.1 (0.5-9.6)

## Dom070

### LISTERIA MONOCYTOGENES COMO CAUSA DE BACTERIOASCITIS MONOMICROBIANA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA CRÓNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. M. Zamayo-Cervantes, G. Salgado-Parra, K. M. Ortiz-Aguirre, M. Velasco-Gutiérrez, A. Rodríguez-Guajardo, Hospital General Regional "Lic. Adolfo López Mateos"

**Introducción:** La bacterioascitis es una complicación infecciosa de la cirrosis hepática, variante de la peritonitis bacteriana espontánea, la cual posee un cultivo de líquido de ascitis positivo, con conteo de neutrófilos ascíticos por debajo de 250/mm<sup>3</sup>; los patógenos más aislados son bacterias gramnegativas. *Listeria monocytogenes* es un coccobacilo grampositivo anaerobio facultativo poco frecuente, por lo que el informe de caso ante su aislamiento tiene relevancia clínica.

**Objetivo:** Notificar las bacterias infrecuentes como causa de bacterioascitis en un paciente con cirrosis hepática avanzada.

**Forma de casos:** Paciente masculino de 42 años de edad con cirrosis hepática alcohólica y ascitis moderada (Child-Pugh B, MELD NA 18), sin comorbilidades. Evaluado por dolor abdominal y fiebre, muestra deterioro de la función hepática manifestado por encefalopatía; posee signos de inflamación sistémica (leucocitosis, 17,240; PCR, 7.90 mg/dl), hiponatremia moderada y función renal conservada. El análisis citoquímico del líquido de ascitis indica: neutrófilos 59/mm<sup>3</sup>, glucosa 101 mg/dl y proteínas 0.8 g/l; el cultivo microbiológico aísla *Listeria monocytogenes* y se descartan otros focos infecciosos. Ante el conteo celular y aislamiento bacteriano se concluye bacterioascitis monomicrobiana por germen atípico. Se trata de modo inicial con antibiótico empírico de amplio espectro y se observa escasa mejoría clínica; se modifica el esquema antibiótico por fármaco de primera elección (ampicilina intravenosa) durante 21 días y experimenta resolución del cuadro.

**Discusión:** Como causa de infección abdominal, *Listeria monocytogenes* en pacientes con cirrosis terminal se ha presentado en series e informes de casos en América Latina y España principalmente, por tanto con una mayor prevalencia en estas regiones. La susceptibilidad a esta infección se podría explicar por la disbiosis y mayor permeabilidad intestinal, translocación bacteriana y disfunción inmunitaria del paciente cirrótico.

**Conclusiones:** Existen informes aislados de *Listeria monocytogenes* como causa de peritonitis primarias en pacientes cirróticos; en consecuencia, representa una causa poco habitual de bacterioascitis. Deben considerarse las bacterias atípicas en cultivos de líquido de ascitis en pacientes con mala respuesta al tratamiento regular.

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

## Dom071

### PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE RECANALIZACIÓN DE LA VENA PORTA EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOSIS PORTAL ADMITIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

C. A. Campoverde-Espinoza, F. Higuera-de-la-Tijera, A. Martínez-Tovar, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

**Introducción:** La trombosis de la vena porta (TVP) se refiere a la formación de coágulos sanguíneos dentro del tronco de la vena porta (VP) o sus ramas principales, que pueden extenderse a las venas

mesentérica superior (VMS) y esplénica (VE). Es una complicación durante la evolución natural de la cirrosis hepática, con un sistema de coagulación "reequilibrado" que puede promover sangrado o tendencia trombótica. La prevalencia en cirróticos compensados es de 1% y del 8% a 25% en los descompensados. En cirróticos con oclusión reciente o parcialmente oclusiva (> 50% de la luz) o con trombosis de la VP principal o VMS, se debe considerar el tratamiento, mientras que en la oclusión completa crónica de la VP principal o la transformación cavernomatosa no existe beneficio del tratamiento anticoagulante o intervencionista. La recanalización espontánea se presenta en un 40% en tres meses y con tratamiento en 80%. En varias cohortes se documentó que cerca del 50% recanaliza de manera parcial o total en tres meses y hasta un 80% lo hace a los 12 meses. Los datos de estudios clínicos son débiles con respecto a las indicaciones de tratamiento para la TVP sin síntomas isquémicos.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y las características de la recanalización de la VP en pacientes cirróticos con TVP.

**Material y métodos:** Diseño de investigación: descriptivo, transversal/prevalencia. Procedimiento: se revisaron los registros médicos de todos los pacientes cirróticos ingresados con diagnóstico de TVP de enero del 2019 a abril del 2021. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de TVP. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes. Las variables numéricas se expresaron como medias y desviación estándar. Se usaron  $\chi^2$ , exacta de Fisher, t de Student y U de Mann-Whitney para comparar a los grupos según correspondiera.

**Resultados:** De 553 pacientes cirróticos ingresados desde enero del 2019 hasta abril del 2021, se incluyó a 48 (8.67%) con diagnóstico de TVP. De éstos, 27 (56.3%) fueron mujeres, con edad media de 59.37  $\pm$  12.67 años, 9 (18%) tenían diagnóstico de cáncer y de ellos 8 (16.7%) fueron carcinomas hepatocelulares, 2 (33.3%) se extendían a las dos ramas y 6 (12.5%) recibieron tratamiento; la totalidad del tratamiento se basó en heparina de bajo peso molecular. Según fuera el grado de recanalización: 37 (77.08%) recanalizaron, 27 (56.3%) lo hicieron parcialmente, 24 de ellos (88.9%) de forma espontánea; 10 (20.8%) recanalizaron por completo, de los que 90% lo hizo sin tratamiento, sin diferencia significativa entre la recanalización a libre evolución en comparación con el tratamiento ( $p = 0.179$ ) y 11 (22.9%) no recanalizaron. En cuanto a las características de la trombosis por estudios de imagen, 26 (54.2%) fueron crónicas, 28 (58%) parciales, sólo 9 (18.8%) con transformación cavernomatosa, 30 (62.5%) se localizaron en el tronco principal, 6 (12.5%) se extendieron a la VMS y 11 (22.9%) presentaron flujo < 15 cm/s.

**Conclusiones:** En este estudio se evidenció que el 77.08% de los pacientes cirróticos con TVP recanalizó, la mayoría parcialmente durante el seguimiento y más del 80% de manera espontánea y sólo un bajo porcentaje se presentó con transformación cavernomatosa. Además, se pudo observar que más del 70% de los pacientes que recanalizaron tienen bajo riesgo de retrombosis referente al flujo. La prevalencia fue cercana al 10% y no hubo diferencia en el grado de recanalización con o sin tratamiento. Por lo tanto, se determinó que, en este servicio, la prevalencia y el grado de recanalización son similares con respecto a la bibliografía y al momento, sin encontrar diferencia entre tratar y no a estos pacientes.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom072

### ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO (IN/L), CREATININA (CR) Y PROCALCITONINA (PROCAL) COMO PREDICTORES DE ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO

C. A. Campoverde-Espinoza, F. Higuera-de-la-Tijera, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

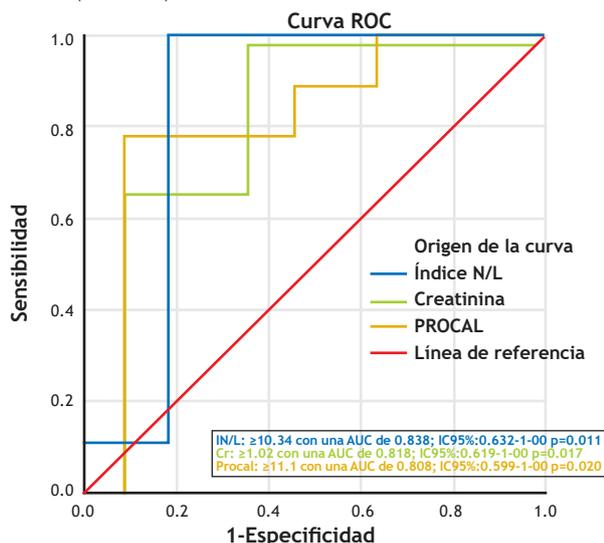
**Introducción:** El absceso hepático (AH) se define como la acumulación de material purulento en el parénquima hepático que puede ser bacteriano, parasitario, micótico o mixto. La incidencia varía desde 2.3 hasta 22 por 100,000 personas. En México, la incidencia anual del AH amebiano es de 6.7 por 100,000 habitantes. Los AH amebianos son etiológicamente más frecuentes en Occidente y por lo general en países con mala infraestructura y en vías de desarrollo; se ha notificado una elevada mortalidad con tratamiento conservador y con abscesos múltiples, por lo que es importante identificar su origen.

**Objetivo:** Determinar los puntos de corte del índice neutrófilo/linfocito (IN/L), creatinina (Cr) y procalcitonina (Procal) para prever la causa del absceso hepático.

**Material y métodos:** Diseño de investigación: transversal. Procedimiento: se analizaron los registros médicos de pacientes ingresados durante el 2019, con diagnóstico de AH y PCR de ameba. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes; las variables numéricas en medias y desviación estándar. Se utilizaron  $\chi^2$ , exacta de Fisher, t de Student y U de Mann-Whitney para comparar a grupos según correspondiera. Se utilizó curva ROC para determinar la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y valor de verosimilitud (+LR). El valor de  $p < 0.05$  se consideró estadísticamente significativo.

**Resultados:** De un total de 32 pacientes con diagnóstico de AH durante el 2019, se incluyó a 20 tratados con drenaje y prueba de PCR para ameba del líquido del absceso. De éstos, 85% (17) correspondió a hombres, con una edad media de  $45.33 \pm 10.93$  años. El 45% (9) tuvo una causa amebiana. En este último grupo se puede prever el origen con el índice de neutrófilo/linfocito con un punto de corte de  $\geq 10.34$  con una AUC de 0.838, S: 100%, E: 81%, VPP: 81%, VPN: 100% (9/11 vs. 0/0 [81.8% vs. 0.0%] +LR: 5.49; IC95%, 1.50-14;  $p = 0.000$ ). El valor de creatinina de  $\geq 1.02$  con una AUC de 0.818, S: 66.7%, E: 90.9%, VPP: 85.7%, VPN: 76.9% (6/7 vs. 3/13 [85.7% vs. 23.1%] +LR: 7.33; IC95%, 1.07-50;  $p = 0.017$ ) y con un punto de corte de procalcitonina de  $\geq 11.1$  con una AUC de 0.808, S: 77.8%, E: 90.9%, VPP: 85.7%, VPN: 87.5% (7/8 vs. 2/12 [87.5% vs. 16.7%] +LR: 8.56; IC95%, 1.28-57;  $p = 0.005$ ). Con estos puntos de corte se identificó una diferencia significativa entre la causa amebiana y la bacteriana, para IN/L:  $p = 0.000$ , para Cr:  $p = 0.017$  y para procalcitonina:  $p = 0.005$ , como se muestra en la Figura 1.

**Figura 1.** Gráfica de curva ROC: indica la sensibilidad y especificidad del punto de corte del índice neutrófilo/linfocito, creatinina y procalcitonina para prever el diagnóstico del absceso hepático amebiano. (Dom072)



**Conclusiones:** En este estudio se proponen los puntos de corte de marcadores bioquímicos para el diagnóstico de los AH amebianos a través de IN/L, Cr y Procal que son accesibles en unidades en las que no existe PCR de ameba, ya que fue posible determinar una adecuada AUC, así como una buena sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo; por lo tanto, pueden utilizarse estos marcadores bioquímicos para prever la causa de los abscesos hepáticos.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom073

### HEPATITIS AUTOINMUNE ASOCIADA A CONSUMO DE HERBOLARIA. INFORME DE CASO

M. J. Castañeda-Cueto, M. García-Velázquez, R. Hernández-Rodríguez, Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", CMN, La Raza

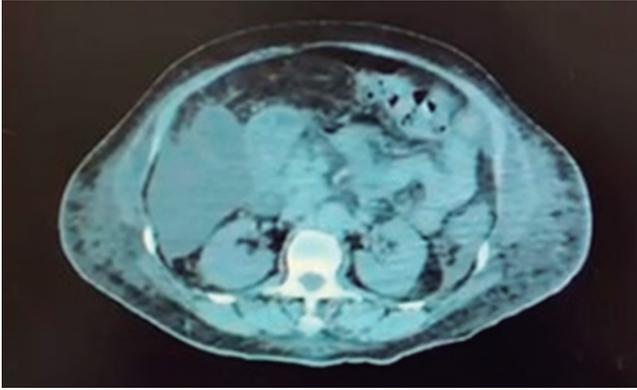
**Introducción:** La hepatitis autoinmunitaria (HAI) es una enfermedad inflamatoria del hígado de causa desconocida; se caracteriza por valores altos de autoanticuerpos y globulinas séricas; aunque afecta a mujeres en el 70% de los casos, su distribución es global y puede aparecer a cualquier edad. La HAI tiene un patrón variable de presentación clínica y la mayoría de los pacientes un inicio crónico e insidioso manifestado sólo por una elevación asintomática de las enzimas hepáticas. Sin embargo, esta enfermedad puede presentarse como hepatitis aguda, falla hepática fulminante, hepatitis crónica o cirrosis establecida. Estos fenotipos heterogéneos se vinculan con diferencias en la predisposición genética y agentes desencadenantes de cada etnia, incluido el uso de herbolaria. El diagnóstico se basa en la medición de autoanticuerpos como ANA, ASMA, anti-LKM-1, anti-LC1, cifras séricas elevadas de IgG y los hallazgos histológicos.

**Objetivo:** Analizar la forma de presentación clínica y la respuesta al tratamiento de HAI en paciente con antecedente de consumo de herbolaria.

**Informe de casos:** Paciente femenino de 62 años, originaria de Michoacán y residente del Estado de México, sin antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas; refiere consumo de Herbalife (1 000 ml/día por un año), ajo negro por un mes y desde cuatro años antes palo azul por dos días. Presentó cuatro meses antes ictericia generalizada, fatiga, pérdida de peso de 10 kg no intencionada y dolor abdominal difuso, motivo por el cual acudió al médico particular quien identificó alteraciones en las pruebas de funcionamiento hepático y, sin recibir tratamiento, continuó con aumento de la ictericia y somnolencia diurna progresiva hasta no responder a estímulos verbales ni dolorosos; por esta razón llega a valoración. En la exploración física se encontraron conjuntivas y escleróticas ictericas, abdomen con peristalsis aumentada, percusión con timpanismo en epigastrio y dolor a la palpación profunda en el flanco derecho. Se realizó valoración por cirugía general que descartó que el síndrome icterico tuviera origen obstructivo, por lo que se indicó protocolo para hepatitis aguda, que identificó signos de hepatitis autoinmunitaria. Estudios de laboratorio: AST 786, ALT 1 020, DHL 932, GGT 94, FA 214, BT 10.89, BD 9.2, INR 3.51, plaquetas 199, albúmina 1.7, panel viral negativo, DNADS 21.9, LKM1 11.7, ANA 1:100, AMA negativo, antimúsculo liso negativo, IgA 750, IgG 4 244, IgM 89.90, anti-MPO 0.13, antimitocondriales negativos (Fig. 1). TAC abdomen: ascitis e hígado de aspecto lobulado con disminución difusa de su tamaño y densidad. USG hepático: cambios parenquimatosos hepáticos centrolobulillares en patrón de cielo estrellado en relación con proceso inflamatorio.

**Discusión:** Durante su hospitalización presentó datos de falla hepática aguda y probable hepatitis autoinmunitaria con aumento de

**Figura 1.** Tomografía de abdomen: ascitis e hígado de aspecto lobulado con disminución difusa de su tamaño y densidad como signos de cirrosis hepática. (Dom073)



transaminasas, las cuales son indicadores de actividad inflamatoria hepática y patrón colestásico con hiperbilirrubinemia, incremento de FA y GGT; también se demostró aumento de IgG, ANA 1:100, panel viral negativo y respuesta al tratamiento con esteroides y tiopurina que produjeron mejoría de la bioquímica hepática. Por condiciones de inestabilidad de la paciente no fue posible realizar biopsia hepática en la cual se esperaría encontrar hepatitis de interfaz e infiltrado linfoplasmocítico que pueden estar presentes en el 80% de los casos.

**Conclusiones:** La hepatitis autoinmunitaria es una enfermedad que representa un reto para el diagnóstico clínico y debe considerarse como diagnóstico diferencial ya que es una afección que se encuentra con más frecuencia en este medio. Se recomienda llevar a cabo un protocolo diagnóstico completo basado en datos clínicos y de laboratorio, incluidas determinación de autoanticuerpos y biopsia hepática, la cual también permite establecer la gravedad y descartar otras anomalías.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento alguno.

## Dom074

### ENFERMEDADES EXTRAHEPÁTICAS ASOCIADAS CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

T. F. Meléndez-Alvarado, I. Díaz-Valencia, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

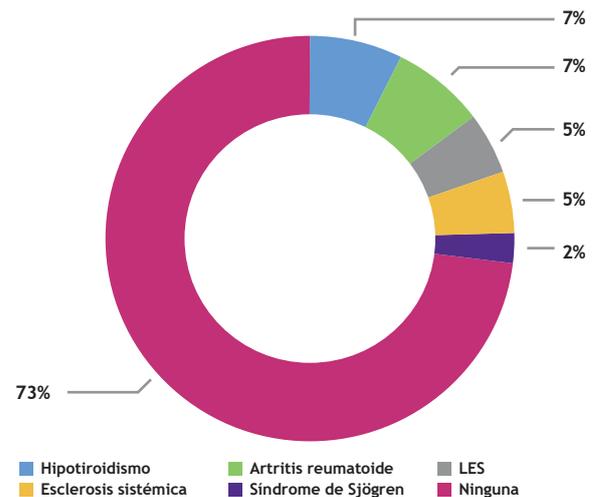
**Introducción:** La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática autoinmunitaria caracterizada por la destrucción progresiva de los conductos biliares intrahepáticos, lo que conduce a la colestasis. La CBP suele acompañarse de otras enfermedades extrahepáticas, muchas de las cuales también se consideran de naturaleza autoinmunitaria. Hasta el 84% de los pacientes con CBP manifiesta características de otras enfermedades autoinmunitarias, las más comunes de las cuales son el síndrome de Sjögren, la disfunción tiroidea y la esclerosis sistémica. Se cree que los pacientes con CBP tienen un mayor riesgo de desarrollar estas manifestaciones extrahepáticas, casi todas autoinmunitarias, porque los pacientes con enfermedad autoinmunitaria tienen un mayor riesgo de desarrollar otra enfermedad similar. Debido a la elevada prevalencia de enfermedades extrahepáticas en pacientes con CBP, es importante completar un historial médico completo en el momento del diagnóstico. El reconocimiento rápido de la enfermedad extrahepática puede mejorar los resultados y la calidad de vida de los pacientes. Existen muy pocos estudios sobre este tema en pacientes mexicanos.

**Objetivo:** Describir las enfermedades extrahepáticas autoinmunitarias relacionadas con colangitis biliar primaria.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de colangitis biliar primaria con controles en la clínica de hígado del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga en el periodo de 2011 a 2020. Se excluyó a pacientes con otras causas de enfermedad hepática, al igual que aquellos con registros médicos incompletos. Las variables cualitativas se expresaron en forma de frecuencias y porcentajes. Las variables numéricas se expresaron mediante media y desviación estándar.

**Resultados:** Se incluyó a 41 pacientes con diagnóstico de CBP en el periodo de 2011 a 2020, de los cuales 100% correspondió a mujeres, con edad promedio de  $53 \pm 12$  (intervalo, 27-76 años). Once de las 41 pacientes (26.8%) presentaron otra enfermedad autoinmunitaria además de la colangitis biliar primaria; éstas fueron en orden de frecuencia las siguientes: hipotiroidismo en 3/41 (7.3%) pacientes, artritis reumatoide en 3/41 (7.3%), lupus eritematoso sistémico en 2/41 (4.9%), esclerosis sistémica en 2/41 (4.9%) y síndrome de Sjögren en 1/41 (2.4%) (Fig. 1).

**Figura 1.** Enfermedades autoinmunitarias en pacientes con colangitis biliar primaria. (Dom074)



**Conclusiones:** Las enfermedades autoinmunitarias relacionadas con colangitis biliar primaria son frecuentes; sin embargo, en este estudio se encontró un porcentaje menor con respecto al notificado en las publicaciones médicas mundiales. Dada la elevada relación entre colangitis biliar primaria y otras enfermedades autoinmunitarias extrahepáticas es imperativo realizar una evaluación cuidadosa y establecer el diagnóstico oportuno de estas enfermedades para mejorar los resultados y la calidad de vida de los pacientes.

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

## Dom075

### BIOMARCADORES DE RECURRENCIAS PANCREATOBILIARES EN PACIENTES NO COLECISTECTOMIZADOS POSTERIOR A UN PRIMER EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA

A. I. Tornel-Avelar, F. A. Félix-Téllez, J. A. Velarde-Chávez, J. C. Gomar-González, D. K. Tapia-Calderón, E. S. García-Jiménez, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"

**Introducción:** La colelitiasis y sus complicaciones como colecistitis, coledocolitiasis, colangitis y pancreatitis aguda representan causas frecuentes de ingreso hospitalario; en realidad, la causa biliar es el principal origen de la pancreatitis aguda (PA) en el mundo y en este país. El tratamiento para evitar recurrencias posteriores a una PA es la colecistectomía temprana, que en este hospital se demora por la limitada disponibilidad de quirófanos y por la gran demanda de atención médica; por ello es frecuente que los pacientes reingresen por anomalías pancreatobiliares durante la espera del procedimiento quirúrgico electivo, además de que aumentan la mortalidad y los costos hospitalarios. Asimismo, debe reconocerse que el tiempo de espera de la colecistectomía electiva se incrementó durante la pandemia por COVID.

**Objetivo:** Describir los biomarcadores de recurrencias pancreatobiliares en pacientes no colecistectomizados luego de un primer episodio de pancreatitis aguda.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde durante el periodo de enero del 2019 a marzo del 2021. Se incluyó a 43 pacientes con diagnóstico de PA biliar. Se excluyó a los individuos con ingresos previos de afecciones pancreatobiliares en cualquier institución de salud y cuyo primer ingreso en este hospital fuera diferente al de PA. Se obtuvieron datos del expediente clínico. Se realizó estadística descriptiva, comparación de muestras independientes y correlación con t de Student; se utilizó el programa SPSS versión 21.0 con una  $p < 0.05$  como estadísticamente significativa e intervalos de confianza del 95%.

**Resultados:** De 225 casos de PA, 125 tuvieron una causa biliar y de ellos 43 cumplieron los criterios de inclusión; 30 eran mujeres (69.7%) y la edad con recurrencia más frecuente se situó entre los 18 y 39 años (58.1%). El 23.2% de los pacientes tenía antecedente de diabetes mellitus, 30% de tabaquismo y 44.1% de consumo de alcohol no riesgoso. La PA fue la recurrencia más común (76.7%). En la prueba t de Student se identificó una diferencia estadísticamente significativa en los valores del hematocrito ( $44.54 \pm 4$  vs.  $39.62 \pm 3$ ,  $p = 0.044$ ), aspartato aminotransferasa ( $270.15 \pm 52$  vs.  $67.30 \pm 16$ ,  $p = 0.013$ ), gammaglutamil transferasa (GGT) ( $321.51 \pm 40$  vs.  $401 \pm 143$ ,  $p = 0.002$ ) y fosfatasa alcalina ( $200.6 \pm 24$  vs.  $266.1 \pm 94$ ,  $p = 0.029$ ) en la PA recurrente; índice neutrófilo/linfocito en las recurrencias por colecistitis ( $44.76 \pm 39.9$  vs.  $10.41 \pm 1.07$ ,  $p \leq 0.001$ ) y colangitis ( $49.90 \pm 34.7$  vs.  $10.16 \pm 1.07$ ,

$p = 0.001$ ) y hematocrito ( $42.1 \pm 13$  vs.  $43.53 \pm 4.59$ ,  $p \leq 0.001$ ), GGT ( $580 \pm 227$  vs.  $308.63 \pm 39$ ,  $p = 0.002$ ) y fosfatasa alcalina ( $433 \pm 164$  vs.  $187 \pm 21$ ) en las recurrencias por coledocolitiasis, en comparación con los que no tuvieron estas recurrencias (Tabla 1).

**Conclusiones:** Existen algunos biomarcadores que se vincularon con recurrencias pancreatobiliares; se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en los valores del índice neutrófilo/linfocito en aquellos que recurrían con colangitis y colecistitis. A futuro sería una medida útil para priorizar la lista de espera quirúrgica de pacientes que requieran una colecistectomía programada, lo que reduciría la morbimortalidad y el costo hospitalario, pero aún se necesitan más estudios.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom076

### PANCREATITIS RECURRENTE COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

J. C. Pérez-Xavier, V. Álvarez-Banda, J. A. Chávez-Barrera, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** El hiperparatiroidismo primario es un trastorno del metabolismo del calcio que resulta de un valor anormalmente elevado del calcio sérico y aumento de la concentración de la hormona paratiroidea. La hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo primario es una causa rara de pancreatitis aguda, con una prevalencia documentada de 1.5% a 8%, si bien menos del 1% de los pacientes con pancreatitis aguda presenta hiperparatiroidismo primario. Los pacientes con hiperparatiroidismo primario poseen un riesgo aumentado, hasta 10 veces mayor de padecer episodios de pancreatitis aguda. La relación de hipercalcemia con ciertas mutaciones genéticas (gen *SPINK 1*, inhibidor de la proteasa de serina Kazal tipo 1, *CFTR* y *CASR*, gen de los receptores de calcio) podría provocar esta predisposición en determinados enfermos con hiperparatiroidismo.

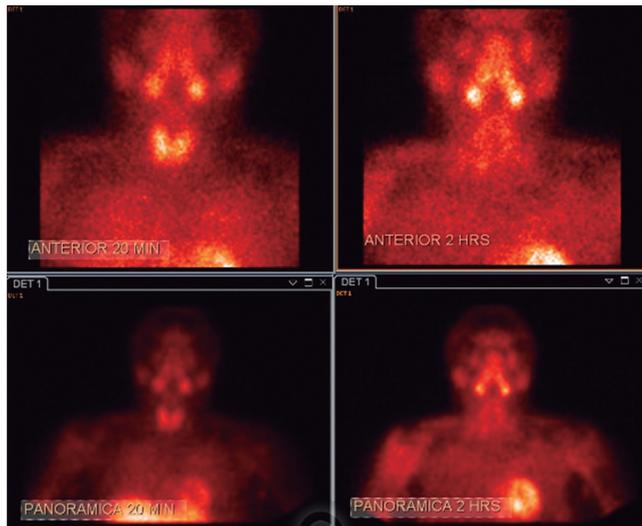
**Objetivo:** Presentar un caso clínico de pancreatitis recurrente en relación con hiperparatiroidismo primario en un paciente pediátrico.

**Informe de casos:** Paciente femenino de 16 años, quien cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: carga genética por rama materna para hipertensión arterial y ambas ramas para diabetes mellitus II. En enero de 2018 muestra un primer cuadro de pancreatitis aguda, en esa ocasión junto con colelitiasis; se realiza colecistectomía laparoscópica, aunque ya se detectaban cifras elevadas de calcio sérico. En 2019 tiene un segundo cuadro de pancreatitis; los estudios paraclínicos señalan hipercalcemia de 11 mg/dl e hipertrigliceridemia de 413 mg/dl; el servicio de endocrinología pediátrica efectúa una valoración: el valor de triglicéridos no se relaciona con el cuadro de pancreatitis; se solicita una colangiorresonancia, la cual no revela alteraciones anatómicas. En junio de 2020 sufre un tercer cuadro y los estudios paraclínicos de ingreso documentan hipercalcemia de 12.04 mg/dl. Se sospecha hipercalcemia como causa de pancreatitis recurrente y se envía al servicio de endocrinología pediátrica en donde se lleva a cabo un abordaje de hiperparatiroidismo primario; se registran valores elevados de calcio y hormona paratiroidea; el gammagrama tiroideo no detecta actividad aumentada de glándulas paratiroides, por lo que se establece el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario intermitente. En julio de 2021 presenta un cuarto cuadro, con dolor abdominal, síntomas vegetativos, y datos tomográficos de pancreatitis y dos criterios para el diagnóstico; durante el internamiento se documenta hipercalcemia e hipofosfatemia y hormona paratiroidea: 94 pg/ml; se solicita gammagrama paratiroideo (20-07-2021) que informa hiperfunción paratiroidea; se confirma diagnóstico de hiperparatiroidismo primario y se programa para hiperparatiroidectomía (Fig. 1).

**Tabla 1.** Biomarcadores de recurrencias pancreatobiliares en pacientes no colecistectomizados. (Dom075)

Biomarcador	Con recurrencia	Sin recurrencia	p
<b>Pancreatitis recurrente</b>			
Hematocrito	44.54 ± 4	39.62 ± 3	0.044
AST	270.15 ± 52	67.30 ± 16	0.013
GGT	321.51 ± 40	401 ± 143	0.002
Fosfatasa alcalina	200.6 ± 24	266.1 ± 94	0.029
<b>Recurrencia por colecistitis</b>			
Índice neutrófilo/linfocito	44.76 ± 39.9	10.41 ± 1.07	< 0.001
<b>Recurrencia por coledocolitiasis</b>			
Hematocrito	42.1 ± 13	43.53 ± 4.59	< 0.001
GGT	580 ± 227	308.63 ± 39	0.002
Fosfatasa alcalina	433 ± 164	187 ± 21	0.001
<b>Recurrencia por colangitis</b>			
Índice neutrófilo/linfocito	49.90 ± 34.7	10.16 ± 1.07	0.001

Figura 1. Gammagrama paratiroideo. (Dom076)



**Discusión:** Se trata de una paciente que cuenta con diagnóstico de pancreatitis recurrente en relación con hipercalcemia, con posterior documentación de cifras elevadas de hormona paratiroidea y gammagrama que confirma hiperfunción paratiroidea y diagnóstico de hiperparatiroidismo primario.

**Conclusiones:** Los estados de hiperparatiroidismo e hipercalcemia constituyen una causa rara de pancreatitis aguda. La fisiopatología propuesta es la pérdida del mecanismo regulador de hormona paratiroidea, la cual conduce a un estado de hipercalcemia que media la activación del tripsinógeno a tripsina, lo que provoca la autodigestión de la glándula y favorece el depósito de calcio en los conductos pancreáticos. El efecto directo de la hormona paratiroidea y la acumulación de calcio produciría acumulación de vesículas autofagocíticas, las cuales tendrían un papel decisivo en la pancreatitis aguda. La presentación clínica debe sospecharse cuando exista elevación sostenida de calcio y se descarten otras causas más frecuentes de pancreatitis. La resección quirúrgica es el tratamiento definitivo para eliminar las recurrencias de la pancreatitis aguda.

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

## Dom077

### SCHWANNOMA RETROPERITONEAL SIMULANDO TUMOR DE PÁNCREAS: INFORME DE UN CASO

R. N. Carmona-Pichardo, N. Moreno-Aguilar, V. H. García-García, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** Los schwannomas son tumores neuroectodérmicos que suelen afectar los nervios de la cabeza, el cuello y las extremidades, si bien pueden tener localización retroperitoneal, la cual es rara y representa casi el 3% de todos los schwannomas y éstos representan el 4% de todos los tumores retroperitoneales. La mayoría muestra una evolución benigna, pero se han descrito formas malignas en pacientes con enfermedad de von Recklinghausen.

**Objetivo:** Destacar la importancia de considerar al schwannoma retroperitoneal como diagnóstico diferencial en tumores aparentemente pancreáticos.

**Informe de casos:** Mujer de 42 años, sin antecedentes de importancia. Ha sufrido dolor abdominal de tipo transfixivo en epigastrio de cuatro años de evolución, sin irradiaciones, intensidad 4/10 en escala de EVA, sin precipitantes ni atenuantes, además de saciedad

temprana y plenitud posprandial y pérdida de peso de 10 kg en los últimos seis meses. La exploración física revela adecuado estado general, abdomen con tumor en epigastrio, duro y doloroso a la palpación de unos 10 cm; Desjardins y Orlovski positivos para dolor y tumor. La bioquímica sanguínea señala hiperglucemia no conocida y dislipidemia mixta, con función renal conservada, citometría hemática y pruebas de función hepática normales. Los marcadores tumorales (AFP, ACE, Ca 19.9 y Ca 125) fueron normales. El primer estudio de imagen fue un ultrasonido que delineó lesión heterogénea en epigastrio (diámetro de 83 x 89 mm), que desplazaba a la aorta, con zonas de necrosis central y calcificaciones periféricas, sin lograr determinar el sitio de origen. Se efectúan entonces una endoscopia, que no localiza signos de mayor relevancia, y una TAC de abdomen contrastada, que identifica los siguientes hallazgos: tumor de 10 cm dependiente de cuerpo del páncreas, con realce tardío en periferia y que desplaza al duodeno e íleon (Fig. 1). Se decide realizar biopsia guiada por tomografía, la cual se practica sin complicaciones. El informe de histopatología concluye schwannoma (neurilemoma) positivo a S100. Actualmente se halla bajo tratamiento sintomático, con recuperación de la pérdida ponderal en espera de tratamiento quirúrgico.

Figura 1. TAC abdominal: corte axial en fase contrastada. (Dom077)



**Discusión:** Se presenta el caso de una mujer joven, sin factores de riesgo para pancreatopatía, con tumor abdominal, sin ictericia, con diabetes mellitus de reciente diagnóstico, con puntos pancreáticos positivos a la exploración física, por lo que es posible un adenocarcinoma de páncreas. Los estudios de imagen delimitan una tumoración retroperitoneal dependiente del cuerpo del páncreas, si bien con comportamiento atípico por realce tardío, además de marcadores tumorales negativos. Se sospecha un proceso maligno, motivo por lo que se lleva a cabo una revisión de imágenes tomográficas que identifican signos positivos de tumor retroperitoneal, por lo que se consideró descartar otro tumor retroperitoneal; la toma de biopsia guiada por imagen establece schwannoma. Los síntomas de la paciente se deben muy probablemente a la compresión y desplazamiento de estructuras retroperitoneales. El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante toma de biopsia, aunque la mayoría de las veces no se logra un diagnóstico certero de manera preoperatoria por el riesgo de dicho procedimiento; no obstante, en este caso se aceptaron y se consiguió una adecuada evolución. En la actualidad se halla en espera de tratamiento quirúrgico, como opción regular de tratamiento.

**Conclusiones:** A pesar de la baja incidencia, es importante considerar diagnósticos alternativos en el abordaje de tumores pancreáticos,

incluido el schwannoma retroperitoneal, por compartir la localización retroperitoneal con el páncreas, sobre todo cuando el compartimiento clínico, bioquímico y por imagen no es consistente con un tumor maligno de origen pancreático.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom078

### HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE pH-IMPEDANCIOMETRÍA EN NIÑOS CON ENFERMEDAD POR REFLUJO NO EROSIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. J. Cano-Larios, E. M. Toro-Monjaraz, J. F. Cadena-León, F. E. Zárate-Mondragón, K. R. Ignorosa-Arellano, A. Loredó-Mayer, E. Montijo-Barríos, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** La enfermedad por reflujo no erosivo (ERNE) es una afección común y el fenotipo más frecuente de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La ERNE incluye a pacientes con endoscopia negativa, pero exposición anormal al ácido esofágico o análisis de relación de síntomas de reflujo positivo (esófago hipersensible). Esta clasificación es posible gracias al uso de la vigilancia de pH-impedancia intraluminal multicanal (IIM). Hasta donde saben los autores, éste es el primer estudio de evaluación y caracterización de pacientes pediátricos con ERNE en México.

**Objetivo:** El objetivo del estudio es la descripción clínica y de impedancia-pH de niños con ERNE comparada con reflujo erosivo (RE).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y analítico durante un periodo de cinco años, en niños de 1 a 18 años con enfermedad por reflujo gastroesofágico diagnosticada mediante vigilancia de pH-impedanciometría. Según la presencia de lesiones durante la endoscopia superior, los pacientes se clasificaron en: ERNE o RE. Se evaluaron las variables: síntomas (tos, reflujo, dolor torácico, pirosis, plenitud posprandial, vómito), índice de reflujo (IR), probabilidad de relación de síntomas (PRS), reflujo biliar o duodenogástrico y hallazgos histológicos. Los criterios de inclusión fueron pacientes con ERGE entre 1 y 18 años de edad que tenían impedancia intraluminal multicanal (IIM), vigilancia de pH y endoscopia e histología. Los criterios de exclusión fueron los pacientes que no tenían un pH-IIM completo.

**Resultados:** Cumplieron criterios de inclusión 58 niños (edad media, 6.6 años), de los cuales se clasificaron como ERNE 23 de ellos (39%) y como RE 35 (61%). La PRS fue positiva en un 33% de pacientes con EE y en el 52% de ERNE. Se encontró reflujo biliar en 4 pacientes con EE y 2 con ERNE. La media de IR en EE fue de 22.9% y en ERNE de 19%, lo cual fue estadísticamente significativo ( $p = 0.045$ ) (Tabla 1). No se identificaron diferencias significativas en los síntomas presentados en los pacientes (tos, reflujo, dolor torácico, pirosis, plenitud posprandial, vómito), ni en los hallazgos histológicos notificados (infiltrado linfocítico, infiltrado plasmocitario, infiltrado eosinofílico, hiperplasia foveolar) tanto con RE como con ERNE.

Tabla 1. Hallazgos de pH-impedanciometría. (Dom078)

Parámetro	RE	ERNE	P (Mann-Whitney)
Edad (meses)	82.94	75.91	0.775
IR (%)	22.985	19.604	0.048
Depuración (minutos)	111.9	106.11	0.622
# Episodios por impedancia	59.70	59.43	0.887

RE: reflujo erosivo; ERNE: enfermedad por reflujo no erosivo; IR: índice de reflujo.

**Conclusiones:** En este estudio, así como en otras publicaciones, no se hallaron diferencias entre síntomas de reflujo, presencia de esofagitis en la biopsia, ni PRS en pH-impedanciometría, lo que demuestra la heterogeneidad de esta enfermedad. El IR es mayor en pacientes con EE, por lo que a mayor IR mayor probabilidad de reconocer erosión en la mucosa esofágica.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento alguno.

## Dom079

### FUGA DE ANASTOMOSIS ESOFAGOCOLÓNICA DESPUÉS DE UNA INTERPOSICIÓN DE COLON EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: ¿SE PUEDE DAR MANEJO CONSERVADOR DE FORMA SEGURA?

L. Gordillo-Rodríguez, D. Barbato-Sánchez, G. Teyssier-Morales, F. Díaz-Moctezuma, Hospital San Ángel Inn Patriotismo

**Introducción:** La interposición de colon para reemplazo esofágico se practica en México en pacientes pediátricos desde hace casi 50 años. En la actualidad se prefiere en los pacientes en quienes se espera largo tiempo de supervivencia. Se realiza en anomalías en las cuales no es posible conservar el esófago. Las dos más frecuentes son la atresia y la estenosis esofágica secundaria a ingestión de cáusticos, tratados sin éxito con dilataciones endoscópicas seriadas.

El mejor sustituto del esófago es el colon, por su longitud, resistencia al ácido y menor ulceración. Sin embargo, la morbilidad es alta y la principal complicación posoperatoria temprana es la fuga de la anastomosis coloesofágica. En la actualidad aún no existe consenso respecto al tratamiento adecuado de ésta.

**Objetivo:** Describir un caso de interposición de colon que sufre fuga de la anastomosis cervical, tratada de manera exitosa y conservadora, además de realizar una revisión de las publicaciones médicas para determinar su efectividad como tratamiento.

**Informe de casos:** Paciente masculino de 7 años de edad, con antecedente de ingestión de cáusticos a los 20 meses de vida tratada con 150 dilataciones. Acudió por estenosis de 95% del tercio medio y distal del esófago, sin falla de medro adjunta. Se realizó abordaje quirúrgico mediante interposición de colon transversal isoperistáltico. En el posoperatorio inmediato sufrió neumotórax y derrame pleural bilateral tratado con drenajes pleurales. La serie esofago-gastroduodenal efectuada a los nueve días del posoperatorio confirmó el diagnóstico de fuga de la anastomosis esofagocolónica hacia pleura y receso costodiafragmático izquierdo (Fig. 1). Se decidió tratamiento conservador con control radiográfico periódico y estudio contrastado de seguimiento. El paciente experimentó mejoría cuatro semanas después y logró progresión total de la vía oral. Egresó a las cinco semanas del procedimiento, sin incidentes a partir de ese momento.

**Discusión:** La interposición de colon es una excelente alternativa para los pacientes con ingestión de cáusticos, a pesar de su morbilidad posoperatoria que varía de 58% a 80%. Las principales complicaciones a corto plazo son fuga de la anastomosis superior, infección de la herida quirúrgica, complicaciones sépticas y respiratorias e isquemia de la anastomosis.

La más importante es la fuga de la anastomosis cervical, con un 29% a 42% de incidencia. La fuga puede ser mayor, menor o asintomática. Sus causas son isquemia, tensión y fibrosis del sitio anastomótico, y se diagnostica en el octavo a décimo días del posoperatorio, con esofagograma de seguimiento.

En adultos, un gran porcentaje requiere reparación quirúrgica, mientras que en niños la mayoría se resuelve con tratamiento conservador dos a cuatro semanas después de su diagnóstico, siempre que tengan un drenaje adecuado. Se deben continuar la nutrición apropiada y los antibióticos, ya que lo más frecuente es que haya

**Figura 1.** Esofagograma con evidencia de fuga de contraste en la anastomosis cervical. (Dom079)



una resolución espontánea. A largo plazo, la mayoría de los pacientes muestra una adecuada ganancia de peso y talla y buena tolerancia a la vía oral.

**Conclusiones:** La interposición de colon tiene excelentes resultados funcionales a corto y largo plazos, con mejoría de la calidad de vida, a pesar de las morbilidades adjuntas. La fuga de la anastomosis cervical es una complicación común en estos pacientes y se debe tratar de forma conservadora, ya que tiende a cerrarse sin necesidad de cirugía. Este caso clínico es un claro ejemplo dado que, pese a la aparición de esta complicación, se logró la tolerancia a vía oral completa en un plazo de cinco semanas, sin necesidad de reintervención quirúrgica.

**Financiamiento:** Este trabajo no ha sido patrocinado por ninguna empresa.

## Dom080

### EVALUACIÓN CLÍNICA, ENDOSCÓPICA, HISTOLÓGICA Y CON pH-METRÍA-IMPEDANCIA INTRALUMINAL MULTIFOCAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. A. López-Sainz, S. Pacheco-Sotelo, J. R. Zárate-Guerrero, IMSS Guadalajara

**Introducción:** El reflujo gastroesofágico se define como el paso del contenido gástrico al esófago con o sin regurgitación o vómito. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se considera cuando se presentan síntomas molestos o complicaciones como esofagitis; afecta hasta el 30% de la población pediátrica. La pH-metría con impedancia intraluminal multicanal (pH-IIM) permite la detección de episodios de reflujo ácido y no ácido, así como la composición del contenido regurgitado (líquido, gas o mixto).

La esofagogastroduodenoscopia con biopsia tiene como propósito diagnosticar las esofagitis macroscópica y microscópica o descartar otras afecciones que pueden confundirse con ERGE, como la esofagitis eosinofílica, enfermedad de Crohn, esófago de Barrett o esofagitis infecciosa.

**Objetivo:** Identificar los hallazgos clínicos, endoscópicos, histológicos y de pH-IIM en pacientes pediátricos con sospecha de ERGE.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes pediátricos de ambos géneros con sospecha diagnóstica de ERGE, quienes contaban con endoscopia, estudios de histopatología y pH-IIM. Tipo de estudio: retrospectivo (julio de 2020 a junio de 2021). Variables analizadas: edad, género, estado nutricional, síntomas, esofagitis, histopatología y resultado de pH-IIM. Análisis estadístico: medias, medianas, frecuencias y porcentajes. Desarrollo del estudio: se realizó la revisión de expedientes clínicos para la obtención de datos. Los hallazgos endoscópicos se realizaron con base en la clasificación de Los Ángeles. Para la histopatología se consideró esofagitis microscópica al identificar mayor número de eosinófilos, alargamiento papilar o hiperplasia de células basales. El diagnóstico de reflujo patológico para la pH-IIM se estableció con base en el índice de reflujo (IR): a) normal < 3%; b) indeterminado: entre 3% y 7%; y c) anormal > 7%. Adicionalmente se tomaron en cuenta los diagnósticos de esófago hipersensible y pirosis funcional de acuerdo con los criterios de Roma IV.

**Resultados:** Se identificó a 13 pacientes, 8 de ellos (61.5%) hombres; la mediana de edad fue de 11 años (intervalo, 1 a 15). El principal síntoma fue dolor abdominal que se presentó en 8 pacientes (61.5%), seguido de regurgitación en 7 (53.8%), pirosis y vómito en 5 (38.4%) y, por último, síntomas respiratorios y disfagia en 4 pacientes (30.7%). Los hallazgos endoscópicos encontrados basados en la clasificación de Los Ángeles fueron: 3 pacientes (23.1%) catalogados como A, 2 (15.4%) como B y el resto fue normal. Al revisar la histopatología, 7 pacientes (53.8%) presentaron esofagitis inespecífica. En cuanto a la pH-IIM, con base en el IR, 2 sujetos (15.4%) se diagnosticaron con ERGE patológico, tras presentar una exposición ácida anormal relacionada con hallazgos por IIM consistentes. Un paciente (7.6%) mostró un IR indeterminado, con hallazgos por IIM normales. Tres pacientes (23%) se clasificaron como esófago hipersensible. Todo lo anterior se resume en la **Tabla 1**.

**Tabla 1.** Variables y porcentajes. (Dom080)

Variables	n = 13	Porcentaje (%)
<b>Clínicas</b>		
Género masculino	8	61.50%
Desnutrición	4	30.70%
Dolor abdominal	8	61.50%
Regurgitación	7	53.80%
Pirosis y vómito	5	38.40%
Disfagia	4	30.70%
Síntomas respiratorios	4	30.70%
<b>Endoscópicas</b>		
Clasificación A de Los Ángeles	3	23.10%
Clasificación B de Los Ángeles	2	15.40%
<b>Histopatológicas</b>		
Esofagitis inespecífica	7	53.80%
<b>pH-IIM</b>		
Reflujo ácido patológico	2	15.40%
Pirosis funcional	2	15.40%
Esófago hipersensible	3	23%

**Conclusiones:** La pH-ILM es un método diagnóstico recientemente incorporado a la unidad de los autores y éstos en la actualidad se encuentran en la curva de aprendizaje. En este trabajo, la frecuencia de diagnóstico de ERGE fue diferente en los tres métodos diagnósticos debido al diseño del estudio, tamaño de la muestra y sesgos. La información que se obtuvo permite planear estudios prospectivos con adecuado control y estandarización de variables.

**Financiamiento:** Este trabajo no fue patrocinado ni contó con financiamiento externo.

## Dom081

### ENFERMEDAD POR RETENCIÓN DE QUILOMICRONES: UNA CAUSA RARA DE DIARREA CRÓNICA

S. M. Imbett-Yépez, K. R. Ignorosa-Arellano, A. M. Sabillón-Mendoza, E. M. Toro-Monjaraz, J. F. Cadena-León, F. E. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** La enfermedad por retención de quilomicrones es un trastorno hereditario autosómico recesivo.

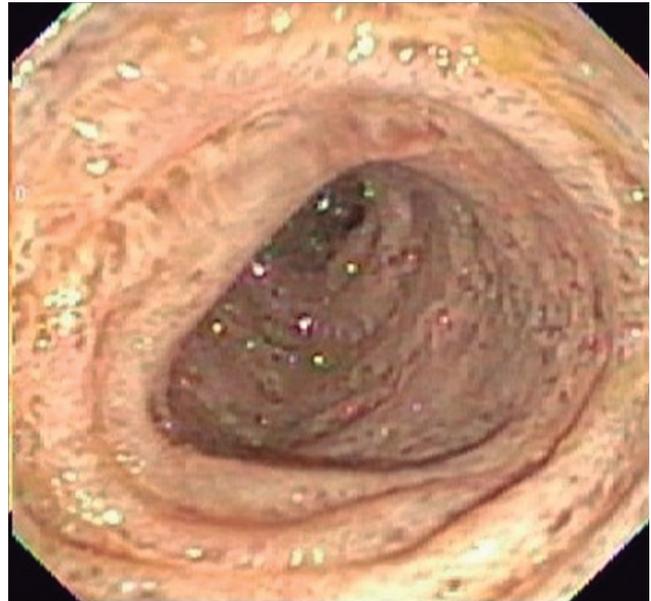
**Objetivo:** Informar el caso de un lactante con diarrea crónica, incluidos el abordaje y el tratamiento instituidos.

**Informe de casos:** Paciente masculino de 8 meses referido al Instituto Nacional de Pediatría por diarrea crónica desde los cuatro meses. Producto de la segunda gestación de madre de 23 años y padre de 24 años, no consanguíneos. Es resultado de una gestación de término. Su peso al nacer fue de 3,100 g y longitud de 49 cm. Inicia a los cuatro meses con pobre ganancia de peso junto con evacuaciones líquidas diarias, en promedio 5 a 6 veces/día, sin moco ni sangre, además de flatulencias y distensión abdominal. Inicialmente alimentado con leche humana, pero ante los síntomas se agregó fórmula láctea reducida en lactosa, sin mejoría.

La exploración física mostró un peso de 4,370 kg (Z, -6.17), longitud de 60 cm (Z, -5.06), perímetro cefálico de 40 cm (Z, -3.80), con peso para la longitud en Z -4.31, catalogado con desnutrición grave con afectación de talla. Se realizó biometría hemática: sin anemia; acantosis y celularidad normal. Pruebas de funcionamiento hepático, con elevación de enzimas: AST y ALT (149 y 143 IU/l, respectivamente). Con valores normales de GGT y bilirrubinas. Los anticuerpos anti-AT, IgG y IgM fueron negativos, elastasa fecal en 399 mg/dl y  $\alpha$ -antitripsina fecal < 0.1 ng/dl. Perfil lipídico con disminución de HDL (28 mg/dl) y LDL (0.55 mg/dl), mientras que los Tg fueron normales (134 mg/dl). La endoscopia mostró aspecto blanquecino de la mucosa duodenal sin atrofia de vellosidades. En la biopsia se realizó H-E y microscopia electrónica (Fig. 1). Con esto, el cuadro clínico, perfil de laboratorio y patología indicaban un trastorno congénito en el transporte de lípidos por lo que se obtuvo una muestra sanguínea para el análisis genético y se identificaron dos variantes diferentes (en estado heterocigoto) en el gen *SAR1B*.

**Discusión:** Los quilomicrones son partículas esféricas sintetizadas exclusivamente por el enterocito, los cuales transportan las grasas de la dieta y las vitaminas liposolubles. En la enfermedad existe una mutación en la GTPasa Sarb1, lo cual impide el transporte del retículo endoplásmico al aparato de Golgi y de ahí la liberación de la vacuola grasa por el compartimiento basolateral; se han registrado unos 40 casos en las publicaciones mundiales. La mayoría de los lactantes presenta un historial de nacimiento sin relevancia. Como en este paciente, el diagnóstico a menudo se retrasa porque los síntomas son inespecíficos. La diarrea por mala absorción es constante y comienza en los lactantes poco después del nacimiento. La exploración física documenta hepatomegalia en el 20% de los pacientes secundaria a la esteatosis. No se ha informado ningún caso de cirrosis. La citólisis hepática inespecífica es muy frecuente, pero

**Figura 1.** Imagen endoscópica de la primera porción del duodeno con infiltrado blanquecino homogéneo y estructura de vellosidades conservada. (Dom081)



moderada (1.5-3 N). Las deficiencias nutricionales relacionadas con malabsorción de grasas pueden conducir a complicaciones graves en la infancia tardía, como ataxia, anomalías propioceptivas y neuropatía sensorial a la deficiencia de vitaminas; complicaciones oftalmológicas consecutivas a deficiencia de vitamina A; osteopenia por déficit de vitamina D, y alteraciones hematológicas por deficiencia de vitamina K y E. El tratamiento tiene como objetivo prevenir las deficiencias nutricionales y optimizar el crecimiento, así como una detección temprana de complicaciones por lo que se deben realizar exploración oftalmológica anual, ultrasonido hepático a partir de los 10 años y ecocardiografía.

**Conclusiones:** En el caso presentado se sospechó una enfermedad por retención de quilomicrones por cifras de LDL-C y HDL-C bajas en presencia de triglicéridos normales y hallazgos endoscópicos de acumulación de lípidos en los enterocitos.

**Financiamiento:** Los autores declaran no haber recibido financiamiento.

## Dom082

### GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA: INFORME DE UN CASO PEDIÁTRICO

J. E. Robles-Aguilera, Y. A. Castillo-De León, S. Pacheco-Sotelo, G. Razo-Jiménez, Hospital de Pediatría Guadalajara, CMNO, IMSS

**Introducción:** Los trastornos gastrointestinales eosinofílicos (TGE) son entidades inmunomediadas poco frecuentes en la edad pediátrica. Se ha notificado una incidencia de gastroenteritis eosinofílica (GE) de 5.1 a 8.4 casos/100,000; en México se desconoce la cifra. La clínica es variable, con dolor abdominal, diarrea, vómito, sangrado gastrointestinal, pérdida de peso y gastroparesia, estos últimos tres vinculados más a menudo con afectación gástrica o intestinal.

El diagnóstico es histopatológico con > 30 eosinófilos/campo en estómago y > 50 en intestino delgado, tras excluir otras enfermedades. El tratamiento se basa en fórmula de aminoácidos, nutrición parenteral, dieta de exclusión de seis alimentos (huevo, trigo,

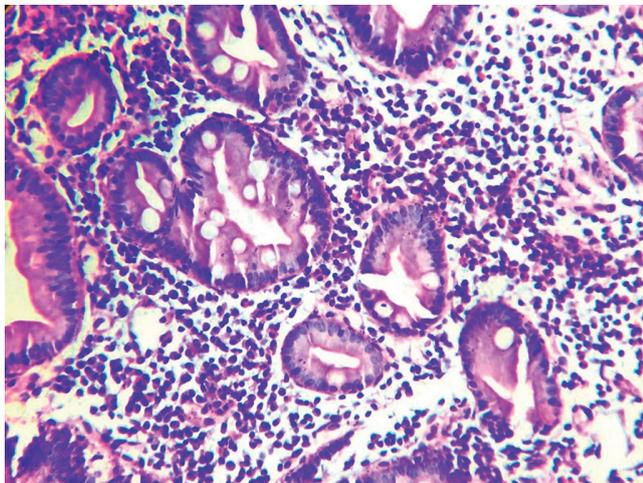
soya, mariscos, frutos secos y leche) y son necesarios en algunos casos esteroideos para su remisión. Otros tratamientos en investigación son los anti-H1, antagonistas del receptor de leucotrienos, estabilizadores de mastocitos, inmunodepresores y anticuerpos monoclonales (vedolizumab).

**Objetivo:** Notificar un caso de GE en el Hospital de Pediatría del CMNO.

**Informe de casos:** Paciente masculino de 15 años, con antecedente de hipoacusia neurosensorial bilateral y diarrea crónica desde el periodo lactante. Se refieren diarrea crónica, con moco, sin sangre, 3 a 4 por día, intermitente, vómito, dolor, distensión abdominal, pérdida de peso de unos 6 kg en tres meses y dolor articular.

Se ingresa para abordaje de diarrea crónica y la exploración física identifica deformidad en tórax, palidez, distensión abdominal, hipotrofia de extremidades y desnutrición crónica agudizada. Estudios paraclínicos: BHC, QS, PFH con hipoalbuminemia, estudios de heces sin aislamientos, panel infeccioso negativo a TB, Chagas, CMV, VIH; en el plano autoinmunitario se reconocen anticuerpos negativos: antiendomiso, antitransglutaminasa, ANA, P-ANCA, C-ANCA, anti-DNA, antimitocondriales y antimúsculo liso, con déficit selectivo SC3 de IgG. La endoscopia revela esofagitis grado B y gastritis erosiva con duodenitis leve; la colonoscopia es normal. Histología con 120 y 70 eosinófilos/campo, en estómago y duodeno, sin atrofia de vellosidades o microorganismos (Fig. 1). SEG D con datos de gastroparesia y gammagrama a 1 h con vaciamiento gástrico < 10%.

**Figura 1.** Tinción de hematoxilina-eosina. Biopsia duodenal: se observan en la duodenitis eosinofílica hasta 70 eosinófilos/campo, sin microorganismos. (Dom082)



El tratamiento se basó en nutrición parenteral y fórmula de aminoácidos con RET, 2 200 kcal. La ganancia fue de 4 kg en tres semanas, con persistencia intermitente de vómito/diarrea. Se inició alimentación pospilórica y esteroide (1 mg/kg/día; actualmente 10 mg/día), con posterior tolerancia a dieta de exclusión de seis alimentos y con plan de reemplazo IgG por 12 meses. En el seguimiento se observó mal apego al tratamiento, con recaídas frecuentes relacionadas con alteración dietética y disfunción familiar.

**Discusión:** El paciente manifestó trastornos de la motilidad y enteropatía perdedora de proteína, con síntomas extradigestivos, como dolor articular, probablemente favorecido por muchos años de padecer la enfermedad y sin tratamiento, lo que requirió un abordaje más amplio de estudios para establecer diagnósticos diferenciales, comorbilidades y una respuesta terapéutica más limitada. Se encontró déficit selectivo de SC3 de IgG; en las publicaciones médicas, la mayor relación se observa con déficit de IgA y se recomienda una atención multidisciplinaria.

**Conclusiones:** De la gastroenteritis eosinofílica, si bien es una entidad poco frecuente, se ha notificado una incidencia en aumento en los países desarrollados, por lo que el gastroenterólogo pediatra debe estar familiarizado con su diagnóstico y tratamiento, además de considerar las manifestaciones extradigestivas, en particular las de afectación del tejido conectivo y las digestivas menos frecuentes, entre ellas la gastroparesia, que podrían beneficiarse de la alimentación pospilórica como complemento de la atención habitual. En casos resistentes al tratamiento se deben considerar los antialérgicos, inmunodepresores o anticuerpos monoclonales, que se individualizarán dado su amplio espectro clínico.

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

## Dom083

### BAJA TASA DE EVENTOS ADVERSOS CON EL USO DE INFLIXIMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

R. Vázquez-Frias, M. D. Montiel-Moreno, A. Consuelo-Sánchez, Instituto Nacional de Salud Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en la edad pediátrica se considera una entidad grave, de difícil control, con una notable heterogeneidad clínica. Es frecuente necesitar corticosteroides e inmunomoduladores como tratamiento convencional. Se han utilizado los anticuerpos monoclonales quiméricos antifactor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF- $\alpha$ ) para su tratamiento, incluso de forma inicial. El primer fármaco anti-TNF que demostró su eficacia en la EII fue el infliximab (IFX). En esta institución se ha administrado en la última década con aparentemente buenos resultados y sin efectos adversos graves.

**Objetivo:** Determinar las características clínicas de pacientes pediátricos con EII que recibieron IFX, su indicación, proporción de éxito y frecuencia de efectos adversos (EA).

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en un periodo comprendido entre los años 2010 y 2020. Se obtuvo información (características demográficas, tipo de EII, indicación de IFX, número de infusiones e informes de infusión) del expediente clínico de pacientes que cumplieron con los criterios de selección: pacientes pediátricos con diagnóstico de EII y tratados con IFX en esta institución de tercer nivel. No hubo criterios de eliminación o exclusión. Se realizó estadística descriptiva mediante frecuencias y proporciones para las variables cualitativas, y mediana y rango intercuartílico para las variables cuantitativas. Dada su naturaleza retrospectiva, y puesto que sólo se revisaron expedientes y sin posibilidad de publicar información sensible que permitiera identificar a los pacientes, no fue necesaria la obtención de consentimiento informado.

**Resultados:** Se identificó e incluyó a 14 pacientes con diagnóstico de EII que se trataron con IFX en el periodo de estudio. La mediana de edad fue de siete años, con un predominio del sexo femenino (1.8:1), la mayoría de procedencia urbana y con algún grado de desnutrición. Predominó el subtipo de colitis ulcerosa ( $n = 12$ ) sobre la enfermedad de Crohn ( $n = 1$ ) y la colitis no clasificada ( $n = 1$ ). En 11 pacientes, el IFX estuvo indicado como medicamento de segunda línea y en tres como tratamiento de primera. De los 14 pacientes, sólo 2 (14%) no sufrieron recaída con el esquema convencional de infusión de IFX a los seis meses. Es decir, mostraron una, dos, tres y cuatro recaídas: 7, 3, 1 y 1 pacientes, respectivamente, por lo que exigieron incremento de la dosis o acortamiento del tiempo de administración. Se registraron 244 infusiones en total, de las cuales sólo en el 1.63% se presentaron episodios adversos, de manera

específica reacción de hipersensibilidad tipo I semejante a urticaria. Hoy en día sólo seis pacientes se hallan en seguimiento. Desde el punto de vista nutricional hubo mejoría notoria y todos los pacientes poseen adecuado estado nutricional.

**Conclusiones:** La tasa de eficacia del tratamiento con infliximab no es tan alta y se requiere incrementar dosis o acortar la frecuencia de administración. Se presentaron pocos efectos adversos, similar a lo comunicado en las publicaciones internacionales.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom084

### RECLASIFICACIÓN DE COLITIS ULCERATIVA A ENFERMEDAD DE CROHN MEDIANTE VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

L. Casas-Guzik, J. F. Cadena-León, K. R. Ignorosa-Arellano, E. Montijo-Barrios, F. E. Zárate-Mondragón, E. M. Toro-Monjaraz, A. Loredo-Mayer, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** La videocápsula endoscópica (VCE) es útil para identificar datos macroscópicos indicativos de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), en particular enfermedad de Crohn (EC), mediante imágenes de alta calidad, incluidos los segmentos inaccesibles por endoscopia convencional. Esto la convierte en una herramienta diagnóstica útil en niños con evolución atípica o resistente, ya que permite valorar actividad, gravedad y extensión de la EII, así como cambiar el diagnóstico y tratamiento, con mejoría de la evolución.

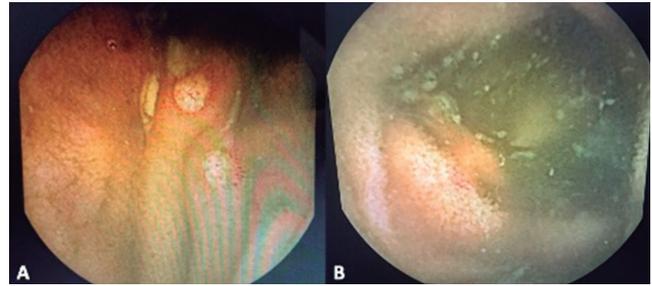
**Objetivo:** Describir dos casos de pacientes en edad pediátrica con colitis ulcerativa (CU) de cinco años de evolución a quienes, luego de la realización de VCE, se cambió el diagnóstico a EC.

**Informe de casos:** Caso 1. Paciente femenino de 16 años de edad con diagnóstico de CU y colangitis esclerosante desde los 11 años. Recibió oportunamente tratamiento con prednisona, azatioprina, mesalazina oral y rectal, pero experimentó cuadros de dolor abdominal recurrentes que produjeron múltiples hospitalizaciones, con persistencia del índice de actividad de colitis ulcerativa pediátrica (PUCAI) entre 25 y 40 puntos (brote leve-moderado). Debido a la mala evolución y pérdida de peso considerable, se efectuó una endoscopia alta y baja, con hallazgo sólo de reflujo duodenogástrico, por lo que se realizó VCE (PillCam SB3) con calificación de Lewis de 436. Se identificaron tres úlceras circulares con halo eritematoso en bulbo duodenal (Fig. 1A), vasos prominentes y erosiones de 2 mm en yeyuno; y cuatro úlceras aftoides con fondo blanquecino de 4 mm y sangrado filiforme activo en íleon terminal. Se reclasificó a EC y se inició tratamiento con infliximab, con buena evolución.

Caso 2. Paciente femenino de 17 años de edad con diagnóstico de CU de predominio en recto, sigmoides y colon descendente a los 12 años (Montreal E2). Se inició tratamiento con prednisona y azatioprina, pero tras una evolución tórpida y PUCAI persistente de 25-35 puntos (brote leve-moderado) se agregó metotrexato, con mejoría parcial. En la última colonoscopia se encontró proctocolitis y se realizó VCE (PillCam SB3), que identificó erosiones múltiples, aftoides (Fig. 1B), de 2 mm, eritema e incremento del patrón vascular en yeyuno, así como patrón vascular aumentado en ciego. Se reclasificó a EC y se inició terapéutica con infliximab, con buena evolución.

**Discusión:** Conocer el tipo de EII es imperativo para determinar el tratamiento médico y establecer el enfoque médico y quirúrgico en caso de resistencia. Se ha notificado una tasa de cambio de diagnóstico de CU a EC de 3% a 14%, demostrado en el estudio de Ouahed et al., en el cual 3 de cada 10 pacientes cumplieron criterios para EC luego de un diagnóstico inicial de CU. Este hallazgo permitió una mejor caracterización del tipo y extensión de la enfermedad.

**Figura 1. A.** Úlceras circulares con halo eritematoso en el bulbo duodenal. **B.** Erosiones múltiples, aftoides, de 2 mm y eritema en yeyuno. (Dom084)



**Conclusiones:** Establecer el tipo de EII es crucial para prever el curso de la enfermedad, así como para elegir las intervenciones terapéuticas adecuadas, por lo que la posibilidad de visualizar zonas inaccesibles por otros métodos endoscópicos hace de la VCE una excelente herramienta, sobre todo para la reclasificación de la enfermedad cuando haya dudas diagnósticas o evolución tórpida.

**Financiamiento:** Este trabajo no ha recibido financiamiento.

## Dom085

### COLESTASIS NEONATAL CON GAMMA-GLUTAMIL-TRANSFERASA NORMAL EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE JOHANSON-BLIZZARD

M. J. Mier-Prado, A. K. Aguayo-Elorriaga, J. A. Argüello-López, A. Zaragoza-Fernández, A. P. Reyes-De La Rosa, R. Vázquez-Frías, Instituto Nacional de Salud Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

**Introducción:** El síndrome de Johanson-Blizzard (SJB) es un trastorno autosómico recesivo extremadamente raro causado por la mutación en el gen que codifica a una ubiquitina E3 ligasa (*UBR1*). Se caracteriza por insuficiencia pancreática exocrina y otras características clínicas como aplasia/hipoplasia de alas nasales, oligodontia, hipoacusia neurosensorial, hipotiroidismo, defectos del cuero cabelludo y retraso del neurodesarrollo. Se han notificado menos de 100 casos en el mundo.

**Objetivo:** Presentar el caso de una lactante con SJB y diagnóstico molecular de mutación homocigota para el gen *UBR1*, que de forma excepcional sufrió compromiso hepático.

**Informe de casos:** Lactante femenino de 6 meses con antecedente de retraso de crecimiento intrauterino, con cuadro de oclusión secundaria a vólvulo intestinal desde el nacimiento. Permaneció en ayuno por 18 días con apoyo de nutrición parenteral total. Al reiniciar la vía enteral cursó con síndrome de malabsorción y falla de medro. La valoró el servicio de genética por hipoplasia de alas nasales y aplasia cutánea. Con el ecocardiograma se diagnosticaron persistencia del conducto arterioso, agujero oval y comunicación interventricular. Sufrió hipoglucemias intermitentes, con valores limítrofes de cortisol en muestra crítica, lo que sugirió un déficit parcial de hormona de crecimiento. En el día 13 apareció colestasis neonatal con gamma-glutamilttransferasa (GGT) normal; se descartaron causas anatómicas, infecciosas y metabólicas. Biopsia hepática con hepatitis neonatal de células gigantes. Se diagnosticó hipoacusia congénita izquierda. El estudio molecular identificó la mutación del gen *UBR1*: mutación homocigota para el exón 2c86G>A; p. (Trp29) y la versión heterocigota en ambos padres.

**Discusión:** El SJB es una enfermedad rara de índole hereditaria, que se caracteriza en especial por la triada de insuficiencia pancreática exocrina, aplasia o hipoplasia nasal y ausencia de la dentición

secundaria. Forma parte de las displasias ectodérmicas y es secundaria a la mutación del gen *UBR1*. En esta paciente, la traducción clínica fue un síndrome de malabsorción caracterizado por diarrea crónica, pobre ganancia ponderal y pruebas cualitativas de inadecuada absorción de grasas. Entre las características faciales, la aplasia o la hipoplasia de las alas nasales se consideran un dato casi patognomónico y fue el signo clínico inicial para sospechar este síndrome. Otras manifestaciones documentadas que se presentaron en la paciente fueron la aplasia cutánea de la piel cabelluda, la hipoacusia congénita izquierda, la cardiopatía congénita, el antecedente de retraso del crecimiento intrauterino y la sospecha de deficiencia de la hormona de crecimiento por el antecedente de hipoglucemias y valores limítrofes de esta hormona. En las publicaciones médicas sólo se han comunicado dos casos con afectación hepática, sin poder establecer si la alteración de la mutación del gen *UBR1* tiene además expresión hepática. Sólo se ha descrito de forma ambigua en un caso previo, referido como síndrome colestásico y hepatitis neonatal de células gigantes.

**Conclusiones:** El SJB es una entidad rara, que cursa con insuficiencia pancreática y puede tener compromiso hepático; por lo tanto, debe considerarse como uno de los diagnósticos diferenciales del síndrome colestásico con GGT normal. Muy pocos pacientes con SJB muestran afectación hepática, pero ésta debe evaluarse en estos enfermos. Aún falta por esclarecerse el papel que tiene la mutación del gen *UBR1* sobre la afectación hepática.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom086

### FRECUENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, NUTRICIONALES Y TIEMPO DE REINICIO DE LA VÍA ENTERAL EN NIÑOS CON PANCREATITIS AGUDA: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

S. M. Imbett-Yépez, K. R. Ignorosa-Arellano, A. Loredó-Mayer, E. M. Toro-Monjaraz, J. F. Cadena-León, E. Montijo-Barríos, F. E. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** La pancreatitis en pediatría es un trastorno cada vez más reconocido y en las últimas dos décadas ha experimentado un aumento de su frecuencia. Aunque existen criterios diagnósticos definidos, sus complejidades merecen una atención especial.

**Objetivo:** Describir la frecuencia, características clínicas y nutricionales, clasificación y tiempo de reinicio de la vía enteral de pacientes de 0 a 18 años con pancreatitis aguda en el Instituto Nacional de Pediatría del año 2010 a 2021.

**Material y métodos:** Se incluyeron todos los expedientes de los pacientes de 0 a 18 años con diagnóstico de pancreatitis aguda de enero de 2010 a enero de 2021; base de datos en el programa SPSS y análisis estadístico con medidas de tendencia central, dispersión (media/desviación estándar) y porcentajes.

**Resultados:** Se identificaron 96 expedientes de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda y aguda recurrente, con código CIE-10-K 85.9. De éstos, 76 fueron casos de pancreatitis aguda, con un ingreso promedio por año de 9.9 casos. Variables demográficas: sexo femenino con 59% (n = 45) y masculino con 41% (n = 31). La mediana de edad fue de 12 años. Del estado nutricional se encontró que el 53% de los pacientes se clasificó con peso normal, 29% con obesidad, 9% con sobrepeso y 9% con desnutrición. En un 64.5% de los casos, los pacientes fueron previamente sanos, 17.1% tuvo neoplasia hematológica, 5.3% cardiopatía congénita, 3.9% síndrome metabólico, 2.6% enfermedad renal y, en menor porcentaje, enfermedad autoinmunitaria, quiste del colédoco o inmunodeficiencia

por virus de inmunodeficiencia humana. El principal síntoma fue dolor abdominal en 63.2%, seguido de vómito en 28.9%, epigastralgia en 2.6% e ictericia en 1.3%. La clasificación clínica fue leve en el 71.1%, con 14.5% moderadamente grave y 14.5% grave. El ingreso al área crítica fue del 31.6% de los casos con un promedio de estancia de 13.8 días. En cuanto a la etiología, la causa biliar (colecistitis/coledocolitiasis) predominó en el 30.3% de los casos, seguido de 17.1% medicamentosa, 14.5% obstructiva congénita, 11.8% metabólica y 3.9% traumática. El promedio de días de ayuno fue de 6.1, con un mínimo de 0 y un máximo de 20; el criterio médico para la indicación de ayuno fue dolor abdominal en el 34.2%, posquirúrgico en el 18.4%, elevación de enzimas pancreáticas en las primeras 72 h en el 11.8%, criterio por médico tratante en el 7.9% de tiempo de ayuno mínimo obligatorio, espera de tiempo quirúrgico en 5.3% y pseudoquiste/colección pancreática en 5.3%. El tiempo de ayuno tuvo una relación estadísticamente significativa con el ingreso al área crítica con p = 0.023 (prueba de K-W) con media de reinicio de ocho días y de cinco días para los no críticos. La dieta indicada al reinicio de la vía oral/enteral fue de líquidos claros en el 53.9%, seguida de dieta blanda en el 15.8%, dieta normal en el 10.5%, hipograsa en el 5.3% y sin colecistocinéticos en el 3.9%.

**Conclusiones:** La nutrición en el tratamiento de la pancreatitis aguda está poco estudiada en pediatría; las GPC indican un reinicio de vía oral/enteral desde el primer día de estancia en ausencia de dolor abdominal y, en los casos graves, dentro de las 72 h de lograda la estabilidad. Los datos mostraron que la mayoría de los pacientes se halla previamente sana con causa biliar y enfermedad leve; sin embargo, el tiempo de ayuno fue de cinco días en promedio y el criterio médico para decidirlo fue el dolor abdominal en los pacientes, seguido de ayuno posquirúrgico y elevación de enzimas pancreáticas. En cuanto al tipo de alimento y su contenido de grasa, no parece relacionarse con aumento de los grados de dolor o que sea motivo para suspensión.

**Financiamiento:** Los autores declaran no haber recibido financiamiento.

## Dom087

### ACTINOMICOSIS HEPÁTICA. INFORME DE CASO

M. J. Cano-Larios, K. R. Ignorosa-Arellano, F. E. Zárate-Mondragón, E. M. Toro-Monjaraz, J. F. Cadena-León, A. Loredó-Mayer, E. Montijo-Barríos, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** La actinomicosis es una infección causada por bacterias grampositivas anaerobias de la especie *Actinomyces*, que afecta en particular a la población adulta. La actinomicosis en pediatría supone un reto diagnóstico, ya que tiene una presentación inespecífica y se considera, además de rara, una gran simuladora.

**Objetivo:** Presentar un caso de un niño con actinomicosis hepática que se presenta con cuadro de tumoración hepática y desnutrición profunda.

**Informe de casos:** Paciente masculino de 11 años proveniente del estado de Guerrero, previamente sano, referido por sospecha de tumor hepático; antecedente de un mes de evolución de masa abdominal, hepatomegalia e ictericia; al interrogatorio refirió vacunación completa, zoonosis positiva (perros, cerdos, cucarachas) y consumo de agua de pozo hervida; negó fiebre, traumatismos o pérdida de peso. Tiene signos vitales normales al ingreso y desnutrición moderada (z -2.39); la exploración física mostró ictericia, tórax hipoventilado en región basal izquierda, abdomen con hepatomegalia (5 cm por debajo de borde costal), y una masa palpable en región epigástrica de 3 cm de diámetro, redonda, blanda, bien delimitada y no dolorosa. Dentro del abordaje inicial, el hemograma muestra anemia microcítica, sin leucocitosis, PCR negativa, enzimas hepáticas

normales; marcadores tumorales, alfafetoproteína y gonadotropina coriónica humana B negativos. Se sospecha proceso infeccioso amebiano, pero CPS seriado y antígeno de *Entamoeba histolytica* son negativos. El ultrasonido revela una lesión hepática en lóbulo izquierdo y la tomografía toracoabdominal muestra atelectasia de lóbulo izquierdo, múltiples nódulos pulmonares y lesión irregular tumoral en región hepática en segmentos III a V. Se drena líquido purulento escaso de absceso cuyo informe histológico indica tejido fibroso con inflamación crónica leve. Se descarta proceso neoplásico y se decide seguimiento ambulatorio. A los 10 meses de seguimiento el paciente presenta ictericia y pérdida de peso de 5 kg en tres meses; se realiza búsqueda de tuberculosis (cuantiferón negativo); PCR: equinococo y *E. histolytica* negativos. Otro ultrasonido demuestra imagen hipoecoica en lóbulo izquierdo y una resonancia magnética produjo una imagen heterogénea con contornos lobulados de 7 x 4.6 x 5.6 cm y colección perihepática (Fig. 1); se practicó biopsia de colección que muestra un exudado con múltiples gránulos de azufre de tipo actinomicótico. Por lo tanto, se establece el diagnóstico de actinomycosis hepática y se instituye tratamiento con penicilina G intravenosa por 28 días; se obtiene remisión de colección perihepática por ultrasonido y luego de administra amoxicilina oral ambulatoria.

**Figura 1.** Resonancia magnética nuclear de abdomen que muestra los segmentos I, II, III y IV con áreas heterogéneas y contornos lobulados; se identifican la pérdida de la configuración vascular, de 70 x 46 x 56 mm, y una colección perihepática. (Dom087)



**Discusión:** La actinomycosis en la edad pediátrica es rara; se presenta en < 3% de los casos informados en el mundo. Afecta a cabeza y cuello (50%), tórax y pulmón (20%) y abdomen (20%), de acuerdo con las publicaciones médicas. El paciente inició con una masa abdominal que es, junto con el dolor abdominal, uno de los síntomas principales que se manifiestan en esta enfermedad. Tenía un retraso diagnóstico de más de 10 meses, debido a las escasas manifestaciones clínicas que presentaba el paciente (los diagnósticos erróneos señalados son tumor maligno, apendicitis, ameboma o tuberculosis), además de la rareza de la enfermedad y su dificultad para su aislamiento (la norma de referencia es el cultivo de *Actinomyces*, el cual debe realizarse en un medio anaeróbico específico, con mayor tiempo para su crecimiento). A pesar de estas eventualidades, una vez diagnosticada la enfermedad, el tratamiento de elección con betalactámicos es eficaz.

**Conclusiones:** Para disminuir los retrasos del tratamiento es necesario incluir la actinomycosis como parte del diagnóstico diferencial de neoplasias o lesiones ocupativas de hígado, infecciones hepáticas o piógenas en todo niño que se presente con masa hepática y dolor abdominal e incluso en aquéllos con sospecha de inmunosupresión o inmunodeficiencia.

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

## Dom088

### FIBROSIS QUÍSTICA Y ENFERMEDAD HEPATOBILIAR. INFORME DE CASO

A. Salas-Herrera, M. Cervantes-Garduño, UMAE, Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", CMN La Raza

**Introducción:** El gen *CFTR* (*cystic fibrosis transmembrane regulation*) se expresa en las membranas apicales de los colangiocitos y las células epiteliales de la vesícula biliar, y se encarga de la secreción de cloruro y agua en la formación y flujo de bilis. La mutación del gen *CFTR* produce secreciones viscosas y ácidas, lo que causa obstrucción ductular y hepatotoxicidad, lo cual lleva al daño de los colangiocitos e inflamación periductal, proliferación de los conductos biliares y fibrosis periportal. La tasa de prevalencia de la enfermedad hepática relacionada con fibrosis quística es del 2% a 37% en niños y adultos jóvenes; es la tercera causa de muerte (2%-4%) en pacientes con fibrosis quística. En niños, los síntomas aparecen sobre todo en la pubertad y cuando el daño del sistema hepatobiliar está avanzado. En niños mayores y adultos incluye tres estadios: esteatosis hepática (23%-75%), cirrosis biliar focal (20%-30%) y cirrosis hepática multilobulillar.

**Objetivo:** Describir el caso clínico de enfermedad hepatobiliar temprana en un paciente pediátrico con fibrosis quística.

**Informe de casos:** Paciente masculino de 5 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inició 18 meses antes del ingreso con falla de medro, hiporexia, dolor abdominal generalizado intermitente, distensión, diarrea sin moco ni sangre, evacuaciones Bristol 5-6, de 6 a 8 al día, malolientes, lentería, esteatorrea, abordaje y tratamiento nutricional con empeoramiento sintomático. Es referido a un hospital de tercer nivel. La exploración física revela abdomen distendido, blando, depresible, timpánico, no doloroso, sin megalias ni tumoraciones, peristalsis aumentada, extremidades hipotróficas, peso de 15 kg y talla de 98 cm. Se concluyó diagnóstico de fibrosis quística con cloruro en sudor de 103 meq/L en dos muestras; se lo trata con enzimas pancreáticas, polivitaminas, sulfato de zinc y modificaciones dietéticas con mejoría clínica; se logra aumento de peso y talla. Llama la atención el incremento de enzimas hepáticas de más de cinco meses de evolución; se trató con ácido ursodesoxicólico con mejoría, pero persistencia de citólisis hepática (Tabla 1). El USG hepático reveló enfermedad parenquimatosa hepática de tipo fibroso-graso moderado y hepatomegalia; al año de evolución (abril de 2021) una biopsia hepática mostró hallazgos histológicos indicativos de fibrosis quística (esteatosis macrovesicular y microvesicular del 50%) y debido a la edad no se identifican tapones de moco en los conductos; la dilatación de sinusoides indicaba obstrucción al flujo venoso y cambios secundarios a hipertensión portal.

**Tabla 1.** Estudios de laboratorio por orden cronológico. (Dom088)

Laboratorio	22.04.2020	14.09.2020	03.11.2020
AST (U/L)	105	70	55.4
ALT (U/L)	118	89.4	68.4
LDH (U/L)	680	256	230
FA (U/L)	S/R	401	322
GGT (U/L)	S/R	23	31
Bilirrubina total (mg/dl)	0.38	0.48	0.44

**Discusión:** Este paciente tiene una presentación temprana de la enfermedad hepatobiliar relacionada con la fibrosis quística, ade-

más de que los síntomas predominantes son gastrointestinales. Los niños con fibrosis quística desarrollan cirrosis biliar en el curso de su enfermedad y de forma secundaria presentan hipertensión portal y várices esofágicas.

**Conclusiones:** El diagnóstico temprano es muy importante porque los síntomas clínicos aparecen en fase tardía, cuando el daño del sistema hepatobiliar ya está muy avanzado. Durante las primeras etapas, los cambios histopatológicos son reversibles, por lo cual se recomienda un seguimiento con estudios de laboratorio e imagen desde edades tempranas en todos los pacientes con fibrosis quística.

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

## Dom089

### ENFERMEDAD DE NIEMANN-PICK TIPO A. INFORME DE UN CASO

J. N. Rodríguez-Villa, Y. A. Castillo-De León, J. C. Córdova-Muñoz, S. Pacheco-Sotelo, G. Razo-Jiménez, L. E. Figuera, UMAE, Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS

**Introducción:** La enfermedad de Niemann-Pick tipo A (ENPA) es una anomalía de depósito lisosomal, autosómica recesiva, con una incidencia calculada de 1/120 000 nacimientos. Se debe a mutaciones en el gen *SMPD1* y también se conoce como deficiencia de esfingomielinasa ácida, ya que codifica a la enzima esfingomielinasa; se han descrito más de 180 mutaciones. Este defecto ocasiona acumulación de esfingomielina y otros lípidos en monocitos-macrófagos en las células del sistema reticuloendotelial y sistema nervioso central. Se presenta con ictericia, citopenias, hepatoesplenomegalia y retraso del neurodesarrollo. La afectación pulmonar provoca daño intersticial e hipoxemia, y con mucha frecuencia es la causa de fallecimiento.

**Objetivo:** Notificar un caso de ENPA y revisar las publicaciones médicas.

**Informe de casos:** Paciente femenina de un año de edad en quien se detectan a los seis meses hepatoesplenomegalia, ictericia, hipotonía y retraso del neurodesarrollo. Ingresó al servicio de los autores a la edad de un año con insuficiencia hepática; la exploración física muestra facies infiltrada, hepatoesplenomegalia y linfadenopatía, con datos antropométricos de desnutrición (TE: -5.06, PE: -3.83, PT: -0.96, CMB -5.6).

**Discusión:** El abordaje revela los siguientes parámetros: AST: 227 U/L, ALT: 80 U/L, GGT: 55 U/L, bilis tot: 5.7, BI: 3.3, BD: 2.4, albúmina: 3.2, TP: 23/11, TPT: 61.4/32, amonio 63 mg/dl. Hay anemia persistente con Hb de 7.1 g/dl y plaquetas de 123 000. AFP: 1 270 ng/dl, herpes virus 1 y 2, CMV, rubeola, toxoplasma negativo. La endoscopia revela várices esofágicas y gastropatía hipertensiva grave. La TAC de tórax identifica signos indicativos de neumopatía crónica. La biopsia hepática registra células histiocíticas pálidas con citoplasma "espumoso", que se acumulan entre cordones de hepatocitos dentro del parénquima hepático lobulillar. Quitotriosidasa 2 247.91 nmol/ml. A los 14 meses de edad fallece por sepsis con foco pulmonar. La secuenciación del gen *SMPD1* reconoce una variable probablemente patogénica [c.1148A>G (p. Asn-383Ser)] y otra de significado incierto [c.1637\_1639dup (p. Gly546\_Leu547insArg)]; éstas, junto con los datos clínicos y paraclínicos, llevan a proponer el diagnóstico de ENPA.

**Conclusiones:** En México se han comunicado 13 casos; puede tener presentaciones clínicas variables y, debido a la falta de disponibilidad de pruebas diagnósticas, esta baja incidencia quizá se deba a que la ENPA está subdiagnosticada ante falta de sospecha diagnóstica. Esta anomalía se debe considerar en todo paciente con una enfermedad neurodegenerativa, hepatoesplenomegalia y enfermedad pulmonar intersticial y en tales casos deben realizarse estudios

complementarios de manera dirigida con el fin de optimizar los recursos institucionales. Para confirmar el diagnóstico se requieren la demostración del déficit de la enzima esfingomielinasa ácida en leucocitos o fibroblasto o el análisis molecular del gen *SMPD1*.

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

## Dom090

### ALTERACIONES HISTOLÓGICAS HEPÁTICAS ASOCIADAS A COVID-19 EN NIÑOS. INFORME DE 2 CASOS

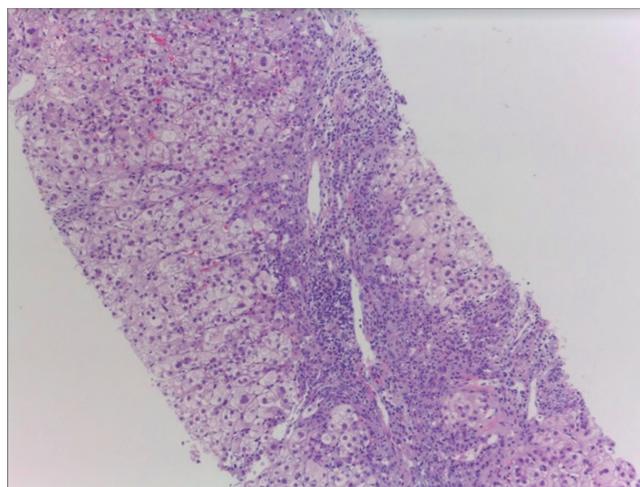
A. Salas-Herrera, M. Cervantes-Garduño, V. Álvarez-Banda, UMAE, Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", CMN, La Raza

**Introducción:** La infección por coronavirus se ha relacionado en algunos pacientes con daño hepático, a menudo en el síndrome multisistémico pediátrico y su tratamiento. Lagana et al. publicaron los hallazgos histológicos hepáticos en 40 enfermos fallecidos por COVID-19 con esteatosis macrovesicular (75%), necroinflamación lobulillar leve e inflamación portal (50%), y microtrombos sinusoidales (15%). Fasan et al. describieron los hallazgos histopatológicos de tres biopsias hepáticas de pacientes vivos con COVID-19 y alteraciones de las pruebas de función hepática y 25 hígados de necropsias con COVID-19: ausencia de daño en el árbol biliar o vascular, hepatitis linfocítica leve/ausente; activación de células de Kupffer, cambios regenerativos hepatocelulares, esteatosis y ectasia sinusoidal.

**Objetivo:** Describir dos casos de pacientes pediátricos con cambios histológicos hepáticos relacionados con COVID-19.

**Informe de casos:** Caso 1. Lactante masculino de dos meses de edad; antecedentes: madre con infección por COVID-19 (PCR +) y preeclampsia, interrupción del embarazo a las 30 SDG. Requirió reanimación avanzada, ventilación mecánica por 13 días, con sepsis y enterocolitis necrosante, tratado con ayuno y nutrición parenteral por 11 días. Inició el padecimiento con ictericia, acolia y coluria, además de bilirrubina directa elevada (5.3 mg/dl). Ultrasonido de hígado y vías biliares sin alteraciones. Se descartó atresia de vías biliares con colangiografía y toma de biopsia hepática. Informes normales: TORCH, hepatitis A, B, C, citomegalovirus, VIH, alfa<sub>1</sub>-antitripsina, ceruloplasmina y tamiz metabólico. Dos pruebas PCR para SARS-CoV-2 negativas. Sin alteraciones cardíacas, vertebrales y oculares. Anticuerpos anti-SARS-CoV-2 5.62 (positivo). Biopsia hepática: hepatitis intrahepática con actividad acentuada, fibrosis leve, colestasis intrahepática y hepatocelular, venas y sinusoides congestivos con inflamación y fibrina, y esteatosis microvesicular (Fig. 1).

Figura 1. Biopsia hepática del caso 1. (Dom090)



Caso 2. Preescolar masculino de dos años de edad, previamente sano, que inició su trastorno con fiebre, acolia, náusea y vómito, tratado con amikacina, nimesulida y difenidol. Dos semanas después aparece ictericia en escleras y prurito y es enviado a un hospital de tercer nivel. Ingresó con ictericia, hígado palpable 4 cm debajo del borde costal, hepatalgia y sin esplenomegalia. Estudios de laboratorio: AST 5 041, ALT 3 393.3, GGT 149, bilirrubina directa 15.29 mg/dl, bilirrubina indirecta 2.46 mg/dl y albúmina 3.53. Pruebas normales: hepatitis A, B y C, TORCH, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, ceruloplasmina, anticuerpos antinucleares, ac. anti-LKM, ac. anti-Smith, alfa<sub>1</sub>-antitripsina e inmunoglobulina G. IgG para SARS-CoV-2 positiva. El ultrasonido hepático revela hepatoesplenomegalia y la biopsia hepática hepatitis crónica leve con actividad intensa, áreas de necrosis y sinusoides dilatadas.

**Discusión:** El primer paciente presentó colestasis multifactorial y en el segundo se realizó abordaje por hepatitis aguda, con resulta-

dos negativos. La biopsia hepática en ambos pacientes reveló signos histopatológicos consistentes con lo notificado en las publicaciones médicas en pacientes positivos a COVID-19. En ambos pacientes se realizó determinación de anticuerpos contra COVID-19 con resultados positivos, por lo que se consideró como posibilidad etiológica relacionada en pacientes que no cursaron con clínica típica de SARS-CoV-2.

**Conclusiones:** Los datos actuales sugieren que el 1.6% a 2% de los recién nacidos de mujeres con SARS-CoV-2, cerca del momento del parto, es positivo en los primeros tres días del nacimiento; se ha notificado infección neonatal en < 3% de los nacimientos, parto prematuro (12.9%) y bajo peso al nacer. Los hallazgos en biopsias de hígado en paciente con COVID-19 son inespecíficos; es necesario continuar la investigación y comparar estos cambios con más pacientes para realizar una correlación causal.

**Financiamiento:** No se requirió financiamiento.