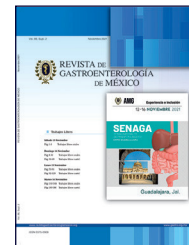




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 15 de noviembre de 2021

Endoscopia II

Lun100

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE KYOTO POR ENDOSCOPISTAS EN ENTRENAMIENTO, EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

A. Flores-Torres, M. A. Herrera-Servín, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es un problema de salud pública en países subdesarrollados; algunos cálculos sugieren que el 50% de la población en el mundo tiene esta enfermedad. En México, más del 70% de la población se encuentra afectada; esta infección se ha calificado como carcinógeno tipo I, ya que promueve el desarrollo de adenocarcinoma gástrico, que es la tercera causa de muerte en este país. Los estudios son una herramienta diagnóstica y terapéutica de gran utilidad y permiten detectar afecciones premalignas y malignas, por lo que son esenciales para la identificación y el tratamiento oportunos. La clasificación de Kyoto es un modelo de gran utilidad y fácil aplicación por endoscopistas expertos para valorar diversas características, como atrofia, metaplasia, engrosamiento de pliegues, eritema difuso y nodularidad en la mucosa y su relación por medio de una puntuación para anticipar infección por *H. pylori*. La precisión diagnóstica de la clasificación de Kyoto para detectar *H. pylori* en pacientes sin tratamientos previos es de 88.6%.

Objetivo: Aplicar la clasificación de Kyoto a los residentes de endoscopia y evaluar si pueden detectar infección por *H. pylori* basados en los hallazgos endoscópicos.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y analítico. Se aplicó la clasificación de Kyoto en pacientes del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga que acudieron a un estudio de endoscopia electiva. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación inicial de las variables y para conocer su distribución. La distribución de las variables se determinó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se usaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medias, desviación estándar y medianas, según fuera la distribución de las variables cuantitativas, y para determinar la sensibilidad y especificidad razones de verosimilitud, valores predictivos positivos y negativos por medio de tablas de contingencia, así como prevalencia de la enfermedad.

Discusión: Se evaluó a un total de 13 residentes de primer año de endoscopia, quienes realizaron 62 esofagogastroduodenoscopias con equipo PENTAX HD (EG 29-110). Del total de los 62 pacientes, 35 fueron mujeres (56.5%) y 27 (43.5%) hombres. Al comparar los resultados de las biopsias con el diagnóstico endoscópico de los residentes en formación, al momento de aplicar los criterios de Kyoto, se encontró en la población una prevalencia de enfermedad del 40%, la sensibilidad fue del 64% (IC95%, 42.5-82.04) y especificidad del 62.16% (IC95%, 44.76-77.54); también se registró un valor predictivo positivo de 53% y un valor predictivo negativo de 72.15%, con una exactitud de 63%, razón de verosimilitud positiva (RVP) de 1.69 y razón de verosimilitud negativa (RVN) de 0.58.

Conclusiones: Aunque los resultados fueron bajos para lo esperado es factible la aplicación de Kyoto para los residentes en formación asesorada por un endoscopista experto. Los hallazgos observados señalan que es fundamental el tiempo de práctica-revisión para mejorar el grado de precisión, lo cual podría lograrse quizás con un mayor número de pacientes. Es necesaria una segunda fase que

consistirá en repetir el estudio después de seis meses más de entrenamiento, para determinar si luego de un año de educación visual se incrementa la precisión diagnóstica.

Financiamiento: ninguno.

Lun101

ROL DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN LA URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

J. L. Aguilar-Álvarez, E. I. Juárez-Valdés, S. M. I. Mejía-Loza, O. L. García-Rodas, J. C. Valle-Gonzales, C. P. Jaén-Villanueva, Hospital Juárez de México

Introducción: La urticaria crónica es una alergia dermatológica común, de presentación heterogénea, caracterizada por el desarrollo de ronchas o habones junto con prurito; su incidencia mundial es de 0.1% a 3% en la población general y la prevalencia en el sexo femenino de 1.4:1. Las guías de EAACI indican explícitamente la relación de HP desde el 2003 y la integran en la guía de 2018 como un agente etiológico que debe considerarse. Existen al menos ocho mecanismos que intervienen en la patogenia de la urticaria: a) reacción autoinmunitaria anti-IgE en UC, por reacción cruzada con células de la pared gástrica que aumenta la absorción antigénica; b) activación de mastocitos y basófilos, con liberación de histamina para producir manifestaciones típicas de urticaria; c) infiltración local de eosinófilos, lo que exacerba los síntomas; d) toxina vacuolar A y PC17, que estimulan los mastocitos para sintetizar y secretar de manera continua marcadores inflamatorios; e) mayor permeabilidad gástrica que incrementa la entrada de alérgenos alimentarios; f) HP SS1, que aumenta la permeabilidad paracelular por alteración de las uniones estrechas, claudina-4 y 5; g) VacA, con mayor permeabilidad de las uniones estrechas hacia iones o moléculas pequeñas; h) Cag A, que aumenta en esta región la permeabilidad paracelular al atraer proteínas de la zónula ocluyente 1.

Objetivo: Investigar el papel de la erradicación de *Helicobacter pylori* (HP) como tratamiento para la urticaria crónica espontánea.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, transversal y analítico. Se analizó a 74 pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE) diagnosticada por el servicio de alergología, a quienes se realizó la prueba de antígeno fecal en heces para *Helicobacter pylori* (SD BIOLINE *H. pylori* antigen, Standard Diagnostics) en el Hospital Juárez de México entre enero de 2016 y marzo de 2020. Se evaluó la respuesta sintomática posterior al tratamiento de erradicación para HP y se realizó una subestratificación de los síntomas como remisión completa, parcial o sin mejoría dos semanas después del tratamiento y tres meses. Los efectos terapéuticos se compararon mediante ji cuadrada y se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. La escala de gravedad se valoró en los pacientes con la calificación de la actividad de la urticaria 7 de acuerdo con los datos obtenidos del expediente clínico.

Resultados: El total de pacientes evaluados fue de 74.61 y 82.3% correspondió a mujeres, con edad media de 47 ± 15.9 años. Un número de 40 pacientes contaba con UCE y HP positivo; 72.5% ($p = 0.006$) experimentó remisión (completa o parcial) a tres meses posterior al tratamiento de erradicación (con prueba confirmatoria de erradicación). Al comparar respuesta completa, respuesta parcial y sin respuesta ($p = 0.015$), no hubo diferencia estadísticamente significativa al valorar respuesta a dos semanas contra tres meses ($p = 0.88$). El tratamiento de erradicación en conjunto con el tratamiento de primera línea puede ser efectivo para conseguir remisión (completa o parcial) en el control de los síntomas de urticaria en el 72.5% de los casos. El uso actual de la terapia AOCx14d presentó un fallo en 33% de los pacientes, concordante con lo descrito por el IV

Consenso Mexicano de *Helicobacter pylori*. Asimismo, a pesar de la pequeña muestra en tratamientos de segunda línea, se observó un fallo del 60% en los pacientes que recibieron AOCx14d, con tratamiento previo de AOCx14d. Esto coincide con los consensos actuales vigentes ACG, IV Consenso Mexicano y IV Consenso Español, que siempre recomiendan valorar los antecedentes de uso de antibióticos para disminuir los fracasos terapéuticos (Tabla 1).

Tabla 1. Adaptada *The urticaria activity score* (UAS7). (Lun101)

Puntuación	Número de habones	Prurito
0	Ninguno	Ninguno
1	Leve (< 20 habones)	Leve (no afecta la actividad diaria)
2	Moderado (20-50 habones)	Moderado (afecta la vida diaria)
3	Intenso (> 50 habones o áreas largas confluentes)	Intenso (modifica la vida diaria y las actividades)

Conclusiones: La erradicación de la infección por HP, en conjunto con los antihistamínicos, ayuda a la mejoría sintomática de UCE a tres meses.

Financiamiento: No hubo financiamiento externo para realizar este estudio.

Lun102

DIAGNÓSTICO POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO DE NEOPLASIAS BILIOPANCREÁTICAS Y GASTROINTESTINALES: ROSE + FNB VS. FNB

C. I. Díaz-Valencia, J. A. Gutiérrez-Ochoa, M. Muñoz-Ravell, V. H. Fúnez-Madrid, G. López Arce-Ángeles, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción: En la actualidad, el ultrasonido endoscópico es la técnica de elección para la toma de biopsias en neoplasias gastrointestinales y biliopancreáticas, además de que permite la evaluación de la invasión locorregional. La obtención de tejido con esta modalidad alcanza una sensibilidad con biopsias por aspiración (FNA, *fine needle aspiration*) hasta de 89%, mientras que en el caso de las biopsias por punción (FNB, *fine needle biopsy*) se alcanza una sensibilidad del 90%. Hoy día son varios los estudios enfocados en evaluar el uso de FNB respecto de FNA, con el propósito de precisar las ventajas y el rendimiento diagnóstico de estas técnicas. Sin embargo, con la técnica ROSE (*rapid on site evaluation*) se ha mejorado el rendimiento diagnóstico, si bien ésta es una técnica poco disponible; en consecuencia, en este estudio se explora la necesidad de dicha técnica aunada a la toma de biopsias por FNB para establecer diagnósticos concluyentes y determinar si existe correlación entre ambas en el diagnóstico final.

Objetivo: Comparar el uso de la técnica con FNB sola y FNB + ROSE en la evaluación diagnóstica de lesiones gastrointestinales, pancreáticas y biliares en un centro de tercer nivel.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con indicación para realizar biopsia por ultrasonido endoscópico, ya sea por diagnóstico de neoplasia pancreática, sospecha de neoplasia biliar, engrosamiento de pliegues gástricos o lesiones subepiteliales confirmados por alguna otra modalidad diagnóstica. Se realizó rastreo convencional por ultrasonido y una vez localizada la lesión se delimitó y se valoró la presencia de ganglios adyacentes; a continuación se realizó rastreo

de la lesión con Doppler a color para excluir los vasos adyacentes y se llevó a cabo la biopsia. En la mayor parte de los casos se empleó la técnica ROSE y además se envió muestra en un frasco separado para estudio histopatológico.

Resultados: Se analizó un total de 16 pacientes, de los cuales 11 (68.8%) fueron masculinos y 5 (31.1%) femeninos; la edad media para el sexo masculino fue de 53.8 ± 14.4 y en mujeres de 47.4 ± 26.8 . En su mayoría, las lesiones fueron dependientes del páncreas en un 37.5%, seguidas de tumores gástricos en un 31.3%, biliares en un 25% y perihepáticos en un 6.3%. El número de pases en promedio fue de dos con un mínimo de uno y un máximo de cuatro y se incluyó a 13 pacientes de los que se obtuvieron resultados positivos para proceso maligno en un 37.5%, sin datos de neoplasia maligna en un 37.5% (un paciente mostró un resultado no concluyente). De éstos, los diagnósticos identificados fueron de colangiocarcinoma (3), adenocarcinoma de páncreas (2) y hepatocarcinoma (1). En el bloque celular se obtuvo positividad para cáncer maligno en un 31.3%, sin neoplasia maligna en un 37.5% y en dos pacientes el resultado no fue concluyente.

Conclusiones: Al momento, con la muestra analizada, se ha identificado una pobre correlación entre los resultados obtenidos por citología y biopsias en bloque celular, por lo que la técnica ROSE es todavía útil para mejorar el rendimiento diagnóstico de las biopsias por ultrasonido endoscópico.

Financiamiento: Este estudio no tuvo ningún tipo de financiamiento externo.

Lun103

EFICACIA DE LA TOMA DE BIOPSIA GUIADA POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN LESIONES SÓLIDAS DEL PÁNCREAS CON AGUJAS DE CORTE CALIBRE 22 Y 25 GAUGE

D. M. Escobedo-Paredes, J. O. Alonso-Lárraga, J. G. De la Mora-Levy, M. C. Manzano-Robleda, C. Jaurrieta-Rico, K. Picazo-Ferrera, A. I. Hernández-Guerrero, D. A. Barraza-Ortiz, D. M. Xolocotzi-Esco-bar, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: La toma de biopsia con aguja fina guiada por ultrasonido endoscópico (USE) es la norma de referencia para el diagnóstico de las lesiones sólidas del páncreas (LSP). La evidencia demuestra que las agujas para biopsia fina (FNB, *fine needle biopsy*) tienen mayor rendimiento diagnóstico (RD) comparadas con las agujas para

aspiración (97% vs. 82%, $p = 0.03$, respectivamente). Las FNB varían tanto en la configuración de la punta como en sus calibres. Un estudio reciente demostró una tendencia a un mejor RD del calibre 25 Gauge (G) respecto del 22G (98% vs. 88%, $p = 0.105$), aunque la evidencia es escasa y no permite emitir recomendaciones al respecto.

Objetivo: Describir el RD de las FNB de 22G y 25G en biopsias guiadas por USE para LSP. De manera secundaria se analizó el éxito técnico y los efectos adversos adjuntos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de enero del 2019 a junio del 2021. Se incluyó a los pacientes > 18 años, referidos para USE + FNB con agujas de calibres 22G o 25G, con sospecha o diagnóstico de LSP. Se excluyó a los pacientes con alteraciones anatómicas que impidieran el estudio, lesiones quísticas o expediente incompleto. Se analizaron las siguientes variables: edad (años), género (hombre/mujer), localización de la LSP (cabeza, uncinado, cuello, cuerpo o cola), tamaño (mm), configuración de la aguja (corona u horquilla), éxito técnico (capacidad de obtener muestra para análisis), número de pases (introducción y retiro total de la aguja del interior de la LSP), RD (proporción de pacientes con resultado concluyente/total de procedimientos), diagnósticos específicos y efectos adversos. Se utilizó estadística descriptiva para las variables de interés. Para diferencias de proporciones en variables no paramétricas se utilizó ji cuadrada y para las paramétricas t de Student con significancia de $p < 0.05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v22.

Resultados: Se incluyó a 202 pacientes con LSP en quienes se realizó USE + FNB. Se realizaron 158 biopsias con agujas 22G y 44 con 25G. No hubo diferencias entre los grupos 22G contra 25G en cuanto a edad (60 ± 13 vs. 62 ± 11 años, $p = 0.27$), género femenino (58.2% vs. 52.3%, $p = 0.29$), localización de las LSP (fueron más frecuentes en la cabeza pancreática) y tamaño de la LSP (38.3 ± 17 mm vs. 39.6 ± 20 mm, $p = 0.65$). El éxito técnico fue del 100% con ambos calibres. El RD fue mayor en las agujas 25G contra 22G (97.7% vs. 92.4%, $p = 0.180$), sin diferencia significativa. El OR del uso de las agujas 25G para el diagnóstico de LSP fue de 2.2 (IC95%, 0.44-27.9). No se encontró diferencia en el número de pases (22G = 2.05 ± 0.5 vs. 25G = 2.06 ± 0.52 , $p = 0.84$). La mayoría de las LSP correspondió a adenocarcinomas en ambos grupos. Tres pacientes del grupo de aguja 22G presentaron efectos adversos menores (dos sangrados autolimitados, un paciente con dolor abdominal), tratados de modo conservador (Tabla 1).

Conclusiones: Se observó una tendencia a un mejor RD con la aguja 25G respecto de la 22G para la toma de biopsias en LSP, pero esto no alcanzó una diferencia estadísticamente significativa. Este hallazgo concuerda con informes previos publicados y se ha conjeturado que

Tabla 1. Características iniciales y de las lesiones sólidas del páncreas (LSP) en 202 pacientes con USE + FNB. (Lun103)

	Calibre 25G (n = 44)	Calibre 22G (n = 158)	Valor de p
Edad en años*	62.8 ± 11.7	60.3 ± 13.7	0.272
Género femenino (%)	52.3	58.2	0.296
Localización de la lesión en páncreas (%)			
• Cabeza	54.5	68.4	0.129
• Cuerpo	27.3	12	
• Uncinado	9.1	8.2	
• Cola	6.8	5.7	
• Cuello	2.3	5.7	
Tamaño de la lesión (mm)	39.6 ± 20	38.3 ± 17.7	0.657
Configuración de la punta de la aguja (%)			
• Forma de corona	79.5	67.7	0.089
• Forma de horquilla	20.5	32.3	
Éxito técnico (%)	100	100	1
Rendimiento diagnóstico (%)	97.7	92.4	0.180
Número de pases*	2.06 ± 0.52	2.05 ± 0.5	0.844
Uso de aspiración (%)	100	100	1

Diagnósticos específicos			
• Adenocarcinoma	81.8	71.5	
• Pancreatitis crónica	6.8	2.5	
• Tumor neuroendocrino	4.5	7.6	0.133
• Neoplasia sólida pseudopapilar	2.3	1.9	
• Metástasis	0	3.8	
Efectos adversos (%)			
• Sangrado autolimitado	0	1.3	
• Dolor abdominal	0	0.6	0.664
• Pancreatitis	0	0	

USE: ultrasonido endoscópico; FNB (*fine needle biopsy*), aguja fina para biopsia. G, Gauge. *Media $\pm$ DE.

esta tendencia se debe a una mejor calidad del tejido obtenido, así como una mejor maniobrabilidad con la aguja de menor calibre. En este estudio no se hallaron diferencias en el éxito técnico (100%) ni en el número de pases realizados (media de 2), independientemente de las características morfológicas y topográficas de las LSP; debe resaltarse que ecoendoscopistas expertos llevaron a cabo los procedimientos. La tasa global de complicaciones fue de 1.9%. Se requieren estudios prospectivos asignados al azar que confirmen o descarten esta tendencia en favor de la aguja de 25G.

Financiamiento: No se contó con financiamiento para este estudio.

Lun104

PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EN PACIENTES CON NECROSIS PANCREÁTICA RESUELTA

E. Obregón-Moreno, J. P. Hernández-Bonilla, E. E. Lozada-Hernández, J. C. Zavala-Castillo, L. Montiel-Hinojosa, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción: La pancreatitis aguda es la causa mundial más común de enfermedad pancreática. De acuerdo con van Dijk et al., un 20% presenta necrosis pancreática o falla orgánica múltiple. En el plano internacional, y de modo específico en la población latinoamericana, existe muy poca evidencia de la prevalencia de insuficiencia pancreática endocrina y exocrina en pacientes posnecrosectomizados, además de nula relación del páncreas residual con el grado de insuficiencia pancreática. El páncreas endocrino se encuentra en los islotes de Langerhans que constituyen tan sólo el 2% de la masa pancreática y el 98% restante consiste en metabolismo exocrino. La insuficiencia pancreática exocrina se define como la deficiencia de enzimas pancreáticas exocrinas que resulta en una incapacidad para mantener una digestión normal. La insuficiencia pancreática endocrina se define como la disregulación metabólica de glucosa ya sea como prediabetes o DM, definida por la ADA como DM T3c.

Objetivo: Definir la prevalencia de insuficiencia pancreática exocrina, endocrina o mixta, en pacientes mexicanos con necrosis pancreática resuelta, y reconocer si existe un nexo entre el páncreas residual y el grado de insuficiencia pancreática.

Informe de casos: Tras la búsqueda en el sistema de expediente electrónico de enero del 2010 a enero del 2020 se localizó un total de 20 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de necrosis pancreática resuelta en alguna de sus modalidades. Se completó el protocolo en 10 pacientes (Tabla 1), el cual consiste en: a) toma de curva de tolerancia a la glucosa 75 g y HbA1C para insuficiencia pancreática endocrina; y b) toma de elastasa fecal para insuficiencia pancreática exocrina.

Discusión: La muestra tuvo predominio del sexo masculino (60% vs. 40%), con una edad promedio de 36 años ($\pm$ 14.5); la causa de la pancreatitis fue en un 40% biliar, 30% etílico y 30% mixto. La mortalidad fue de tres pacientes, con características muy similares a las

que notificó Van Dijk en el 2017. Se completó el protocolo de estudio en un total de 10 pacientes (Tabla 1). El remanente pancreático fue de 45.8% ($\pm$ 16.9%). La prevalencia de insuficiencia pancreática endocrina (IPEEn) fue del 20%, exocrina (IPEEx) del 10% y mixta (endocrina y exocrina) del 40%. La gran capacidad funcional del páncreas exocrino hace que la función digestiva se mantenga hasta que se pierde al menos el 90% de la secreción de enzimas. Sin embargo, en este estudio, el 100% de los pacientes tuvo una preservación > 30%, con una prevalencia de IPEEx del 50%. En el 2016, Sabater informó una prevalencia de IPEEx del 25% y en el 2014 Dass comunicó una prevalencia de IPEEn a los 12 meses de 15% a 24% con incremento hasta del 40% a los 60 meses. Un porcentaje de 40% de la muestra de los autores tiene prediabetes y 20% DMT3c con promedio de seguimiento de 33 meses. Mediante la prueba χ^2 se llevó a cabo una correlación del procedimiento quirúrgico practicado, necrosectomía pancreática videoasistida retroperitoneal (VARDS) o necrosectomía (abierto y laparoscópica), y se encontró una $p = 0.008$ para IPEEx mediante VARDS. No existe correlación entre la presencia o el grado de insuficiencia pancreática relacionada con el porcentaje o localización del páncreas residual.

Tabla 1. (Lun104)

S	Edad	Causa	A	B	P	RI	IPEEn	IPEEx	%PR	Localización PR
F	20	O	S	A	VARDS	Sí	0	0	-	Cabeza
F	49	B	S	A	NRGL	Sí	3	1	-	Cabeza Cuerpo
M	49	E	S	A	NTGA	Sí	3	2	45	Cabeza
M	19	B	S	M	NRGL	Sí	0	1	39.8	Cabeza Cola
F	46	O	S	M	VARDS	Sí	1	0	46.7	Cabeza Cuerpo
M	28	B	M	M	NTGL	-	2	2	31.3	Cabeza
F	36	O	S	A	VARDS	Sí	2	0	65.1	Cabeza Cuerpo
M	46	B	S	M	RI	Sí	2	0	43.4	Cuerpo Cola
M	29	E	M	A	NTGA	-	0	0	58.4	Cabeza Cuerpo
M	40	E	M	A	RI	Sí	2	2	36.5	Cabeza Cola

S, sexo; Causa (B, biliar; E, etílico; O, otros); A, Atlanta (S, severo; M, moderado); B, Balthazar (A, alto; M, medio); P = procedimiento (VARDS, necrosectomía retroperitoneal video asistida; NRG, necrosectomía retrogástrica laparoscópica; NTGA, necrosectomía transgástrica abierta; NTGL, necrosectomía transgástrica laparoscópica; RI, radiología intervencionista); RI, radiología intervencionista; IPEEn, insuficiencia pancreática endocrina (0, no; 1, DM previa; 2, prediabetes; 3, DM T3C); IPEEx, insuficiencia pancreática exocrina (0, no; 1, moderada; 2, grave); %PR, porcentaje de páncreas residual.

Conclusiones: La prevalencia de DMT3c en este estudio es similar a la de Dass del 2014. La prevalencia de insuficiencia pancreática exocrina es del doble en comparación con la de Sabater del 2016. Se requiere mayor número de pacientes para establecer una relación de la insuficiencia pancreática con el porcentaje de páncreas

residual o su localización anatómica residual. Se recomienda el uso de VARDS como procedimiento de mínima invasión para reducir el riesgo de insuficiencia pancreática exocrina ($p = 0.008$).

Financiamiento: Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, CCINSHAE, Secretaría de Salud.