



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 15 de noviembre de 2021

Misceláneos

Lun117

NECROSIS ESOFÁGICA ASOCIADA A PANCREATITIS AGUDA

C. A. Téllez-Hinojosa, Y. P. Tolaque-Aldana, J. O. Jáquez-Quintana, C. A. Cortez-Hernández, M. J. Sánchez-Otero, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”

Introducción: La necrosis esofágica aguda (NEA) se caracteriza por la apariencia negra de la mucosa esofágica, con una prevalencia de 0.001% a 0.2%. La etiología es multifactorial: hipoperfusión tisular por compromiso hemodinámico, alteración de mecanismos protectores locales y lesión química directa por regurgitación gástrica.

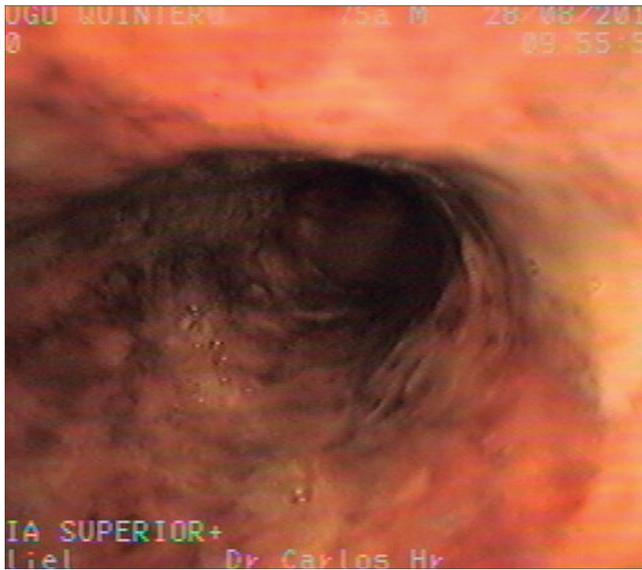
Objetivo: Describir dos casos de NEA relacionada con pancreatitis aguda.

Informe de casos: Caso 1. Paciente masculino de 27 años con alcoholismo de 100 g/sem. Inició con dolor abdominal intenso generalizado dos días previos y se agregó hematemesis. A su ingreso: PA 120/80 mmHg, FC 105 lpm, Hb 5.63 g/dl, Leu 31.2 K/ μ l, Plt 240 K/ μ l, BUN 113 mg/dl, Cr 7.8 mg/dl, amilasa 752 U/l, Lact 1.5 mmol/l, PaFIO₂ 300. Se inició reanimación hídrica y se indicó TAC de abdomen, que documentó pancreatitis necrosante > 30%, trombosis completa de la vena esplénica y trombosis parcial de la vena porta con infartos hepáticos. La endoscopia reveló tercios medio e inferior de la mucosa ulcerados, negros, con áreas de necrosis, friables y con sangrado en capa. La histopatología indicó proceso inflamatorio agudo relacionado con necrosis y tejido de granulación. Se inicia tratamiento con inhibidor de la bomba de protones (IBP). Hay falla multiorgánica y fallece a los tres días.

Caso 2. Paciente masculino de 75 años con antecedente de hipertensión arterial, DM2, alcoholismo de 100 g/sem inactivo y tabaquismo de 10 paq/año. Inició seis días antes con dolor epigástrico moderado transitorio y se añadieron hematemesis, melena y alteración del estado de alerta. En urgencias: PA 95/60 mmHg, FC 95 lpm, Hb12 g/dl, Plt 82.5 k/ μ l, Glu 327 mg/dl, BUN 102 mg/dl, Cr. 3.5 mg/dl, amilasa 625 U/l, lipasa 309 U/l, TG 189 mg/dl, pH 7.25, Lac 3.8 mmol/l. La endoscopia mostró que los tercios superior, medio e inferior tenían mucosa ulcerada, negruzca, con áreas de necrosis y exudado fribrinopurulento; antro con seis úlceras, una de ellas sobre el borde del píloro de base blanca con puntillero hemático. El bulbo y la segunda porción del duodeno se observan negros de manera circunferencial con material fibrinoide adherido (Fig. 1). El informe de patología revela datos de necrosis, en relación con depósitos de fibrina e infiltrado inflamatorio agudo. Se realiza angio-TAC de abdomen y se señalan hallazgos de pancreatitis aguda (Baltazar C). Se inició tratamiento con IBP, sucralfato y ayuno por dos semanas, más nutrición parenteral. Se reinició la dieta paulatinamente con adecuada tolerancia y se decidió el alta médica con seguimiento por la consulta.

Discusión: La NEA se describió por primera vez en 1990 y desde entonces se han publicado decenas de casos, pero sólo un par de ellos menciona la relación con pancreatitis aguda. Se presenta como hematemesis o melena y menos a menudo como dolor torácico, náusea, vómito, y disfagia. El origen isquémico es el más aceptado y la NEA puede desencadenarse por episodios inflamatorios, incluida la pancreatitis aguda, como sucedió en estos dos casos en los que la fuga de líquido al tercer espacio y la vasodilatación sistémica secundaria a la liberación de mediadores de respuesta inflamatoria pueden producir un estado de baja perfusión y necrosis isquémica esofágica.

Figura 1. Imagen endoscópica del tercio inferior del esófago con mucosa ulcerada, negruzca, y áreas de necrosis y exudado fribri-nopurulento. (Lun117)



El diagnóstico se establece mediante endoscopia al visualizar una coloración negra difusa circunferencial que progresa hacia el tercio distal del esófago, con una abrupta demarcación de la línea en z. El tratamiento se basa en medidas de apoyo y en la causa subyacente. Se usan los inhibidores de la bomba de protones como conducta principal. La mortalidad es del 30% a 50%.

Conclusiones: Se presentan dos casos con datos endoscópicos de NEA y biopsias que descartaron otras causas. En ambos se identificó una relación con pancreatitis aguda y existen pocos casos publicados que la describan como desencadenante.

Financiamiento: Sin ningún financiamiento.

Lun118

HALLAZGO ENDOSCÓPICO DE METAPLASIA INTESTINAL GÁSTRICA Y CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO

G. A. Peña-Arellano, A. L. Osorio-Núñez, A. A. Rosales-Solís, A. Bravo-Cabrera, M. S. González-Huezo, Centro Médico ISSEMyM

Introducción: La metaplasia intestinal gástrica (MIG) forma parte de una transición secuencial de un epitelio gástrico normal a un cáncer gástrico invasor (cascada de Correa), por lo que se considera una anomalía premaligna que requiere vigilancia endoscópica e histológica estricta. Actualmente, las recomendaciones de escrutinio endoscópico se han establecido en países con alta incidencia de cáncer gástrico; en el medio de los autores se limita a individualizar de acuerdo con los factores de riesgo presentados en cada individuo.

Objetivo: Conocer la incidencia de MIG endoscópica, su correlación histopatológica, y determinar las características de la MIG en relación con su localización, subtipo histológico y vinculación con *H. pylori*.

Material y métodos: Estudio retrospectivo-descriptivo llevado a cabo en el Centro Médico ISSEMYM Metepec en un periodo de 10 años (2010-2020). Se incluyeron informes endoscópicos con sospecha de MIG y se correlacionaron con el resultado histopatológico. Se obtuvieron el informe endoscópico y los siguientes datos: indicación

para su realización, localización y extensión de la probable MIG (limitada: 1 región de estómago; extensa: 2 o más regiones de estómago). Con respecto al resultado histopatológico se incluyó el subtipo histológico de MIG (completa, incompleta y grado de displasia) y la relación con infección por *H. pylori*. Por último, se incluyeron variables demográficas (edad y sexo) y se realizó un análisis descriptivo a través de medias, frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se revisaron 132 informes endoscópicos con sospecha de MIG, de los cuales 109 cumplieron criterios de inclusión, 61.4% (n = 67) correspondió a mujeres y 38.5% (n = 42) a hombres, con edad media de 65.7 años (intervalo, 30-94 años). La correlación de sospecha de MIG y confirmación histopatológica fue de 43.1% (n = 47). Las principales indicaciones de realización de endoscopia fueron: enfermedad por reflujo gastroesofágico 35.7% (n = 39), hemorragia digestiva alta 19.2% (n = 21) y dispepsia 16.5% (n = 18). La localización de MIG fue extensa en 57.4% (n = 27) y limitada en 42.5% (n = 20). En relación con el subtipo histopatológico de MIG, 70.2% (n = 33) mostró metaplasia completa, 25.5% (n = 12) metaplasia incompleta y 4.7% (n = 2) displasia; la relación de MIG con infección por *H. pylori* se identificó en 31.9% (n = 15).

Conclusiones: Se registró una tasa de correlación endoscópica/histológica baja, según lo notificado en la población hispana, como en el estudio de Rocha et al. con una correlación del 70%. Diversos factores intervienen en estos hallazgos, como la variabilidad inter-observador entre endoscopistas y patólogos. El uso de nuevas tecnologías en endoscopia, como las imágenes de banda estrecha, han mostrado una sensibilidad y especificidad del 70% a 90% para la detección de MIG en comparación con el 50% publicada con luz blanca de la endoscopia convencional. En el centro de los autores se realiza la mayor parte de los procedimientos endoscópicos con luz blanca convencional, por lo que la correlación comunicada es cercana a lo encontrada en las publicaciones médicas. Este estudio confirma la necesidad de estudios epidemiológicos analíticos, prospectivos y multicéntricos con un protocolo endoscópico e histopatológico definido, para una correcta identificación de MIG y, de esta manera, mejorar la sobrevida al tratarse de una anomalía premaligna.

Financiamiento: Ninguno.

Lun119

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS, CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS DE PACIENTES JÓVENES CON CÁNCER GÁSTRICO EN MÉXICO

E. O. Ceballos-Romero, M. C. Manzano-Robleda, A. I. Hernández-Guerrero, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: El cáncer gástrico es el segundo cáncer gastrointestinal más frecuente después del cáncer de colon. Los estudios recientes han notificado un gran incremento en personas de 40 años o menos con una evolución más agresiva y menor supervivencia.

Objetivo: Determinar las características endoscópicas, clínicas y patológicas de los pacientes de 40 años o menos con cáncer gástrico en el Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan).

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo y se incluyó a los pacientes con adenocarcinoma gástrico de 18 a 40 años de enero de 2010 a diciembre de 2015. Se excluyó a los pacientes con expediente incompleto. Se describieron síntomas de alarma, tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera endoscopia y características endoscópicas de acuerdo con localización, Borrmann y tamaño del tumor. Por último, el servicio de patología subclasificó al adenocarcinoma como intestinal, difuso o mixto.

Resultados: Entre enero de 2010 y diciembre de 2015 se identificó a un total de 173 pacientes, 55% (n = 95) correspondió a mujeres y la media de edad fue de 34 años (DE, 5.17; intervalo, 18-40 años).

El 61% (n = 105) no tenía afectación a cardias. De acuerdo con la clasificación de Borrmann, el tipo IV representó el 50% (n = 87), el tipo III el 47% (n = 82) y el II el 2.31% (n = 4). Todos los pacientes presentaron síntomas de alarma al momento del diagnóstico (Tabla 1). El tiempo promedio desde el inicio de los síntomas del paciente hasta el momento de la primera endoscopia fue de 5.6 meses (DE, 5.08 meses; intervalo, 1-36 meses). El tipo histológico del adenocarcinoma, de acuerdo con la clasificación de Lauren, fue difuso en 86.12% (n = 149), intestinal en 10% (n = 18) y mixto en 3.4% (n = 6). En cuanto a la supervivencia, el 25% sobrevivió a un año, 13% a dos años y sólo 7% a cinco años.

Tabla 1. Localización y tamaño del cáncer gástrico por endoscopia (n = 173). (Lun119)

	n (173)	%
Afección a cardias	68	39.31
Sin afección a cardias	105	60.69
Cuerpo alto	85	49.13
Cuerpo medio	93	53.76
Cuerpo bajo	104	60.12
Fondo	59	34.10
Antro	97	56.07
Incisura	76	43.93
Curvatura mayor del estómago	69	39.88
Curvatura menor del estómago	83	47.98
Borrmann		
II	4	2.31
III	82	47.40
IV	87	50.29
Tamaño (172)		
< 5 CM	29	16.86
> 5 CM	143	83.14

Conclusiones: El adenocarcinoma gástrico en jóvenes mexicanos es frecuente. Se presenta en etapas clínicas avanzadas, como tumores de gran tamaño e histología difusa, con un retraso de casi seis meses desde el inicio de los síntomas hasta la primera endoscopia y baja supervivencia.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun120

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS DE UTILIDAD EN LA ESTADIFICACIÓN CLÍNICA DEL CÁNCER DE RECTO

R. Y. López-Pérez, E. Ornelas-Escobedo, M. A. Herrera-Servín, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción: La colonoscopia permite diagnosticar y caracterizar a los tumores colorrectales, pero existen pocos estudios que señalen la relación entre los hallazgos macroscópicos endoscópicos y la estadificación por imagen de los tumores rectales.

Objetivo: Describir las características endoscópicas de los tumores de recto y comparar estos hallazgos endoscópicos con los descritos en imágenes radiológicas (resonancia magnética/TAC) utilizados para estadificación clínica.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, transversal, relacional y analítico en el que se incluyó a 89 pacientes con diagnóstico de cáncer de recto (1 de junio de 2019 a 30 de

mayo de 2021) realizado por endoscopistas en entrenamiento en un hospital de referencia. Se recabaron las características clínicas y demográficas (edad, género, estadio clínico según TNM). Se realizó colonoscopia con un equipo PENTAX (serie EC36-110L HD + estándar). Se describieron nueve características endoscópicas: tamaño tumoral, obstrucción de la luz rectal, pérdida de lobulación, excavación, áreas deprimidas demarcadas, edema del tallo, edema tumoral, convergencia de pliegues y úlceras sangrantes, así como el patrón vascular y glandular con tecnología de cromoendoscopia. El análisis estadístico se llevó a cabo con el software SPSS 26. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias/porcentajes y las continuas en medias/desviación estándar. Las diferencias de las variables categóricas se analizaron con la prueba ji cuadrada. Se realizó un análisis ROC para determinar la exactitud diagnóstica de las variables estudiadas, así como tablas de 2 x 2 para calcular el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN). Los valores de $p < 0.05$ se consideraron estadísticamente significativos. **Resultados:** Se incluyó a 89 pacientes: 41 mujeres (46.1%) y 48 hombres (53.9%) con edad promedio de 56.3 años \pm 12.3 años. La distribución de la estadificación clínica por imagen se describió como sigue: estadio 0, 3.4% (3 pacientes); estadio I, 6 pacientes (6.7%). El estadio IIA se identificó en 4.5% de los pacientes y 9% en el estadio IIB. El informe para pacientes en estadio III señaló 13.5%, 25.8% y 11.2% para los estadios IIIA, IIIB, IIIC, respectivamente. Se reconoció una relación entre la presencia de áreas deprimidas del tumor ($p = 0.016$) y convergencia al tumor ($p = 0.011$) con un mayor riesgo de presentar estadios clínicos avanzados (Tabla 1). Las áreas deprimidas tuvieron sensibilidad (S) de 79%, especificidad (Sp) de 47%, VPP de 76% y VPN de 82% para determinar estadios avanzados de la tumoración rectal. Por su parte, la convergencia al tumor mostró una S de 75%, Sp de 55%, VPP de 83% y VPN de 40%.

Tabla 1. Hallazgos endoscópicos en pacientes con cáncer de recto al comparar por estadio clínico (tomografía/resonancia magnética). (Lun120)

Hallazgo endoscópico	EC		Valor de p	
	III - IV	I - II		
Tamaño del tumor	> 2 cm	46	13	0.41
	< 2 cm	21	9	
Obstrucción de la luz	> 50%	43	10	0.12
	< 50%	24	12	
Pérdida de lobulación	Presente	54	19	0.54
	Ausente	13	3	
Áreas deprimidas	Presente	53	11	0.16
	Ausente	14	10	
Excavación	Presente	45	12	0.28
	Ausente	22	10	
Edema del tallo	Presente	40	15	0.12
	Ausente	19	14	
Edema del tumor	Presente	53	15	0.29
	Ausente	14	7	
Convergencia al tumor	Presente	50	10	0.011
	Ausente	67	12	

Conclusiones: La descripción de áreas deprimidas y convergencia tumoral es una característica endoscópica obtenida con luz blanca y permite inferir los estadios clínicos más avanzados en los pacientes con cáncer de recto.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun121

TUBERCULOSIS GASTROINTESTINAL Y PERITONEAL: SIMULANDO LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA ERA DE LA TERAPIA BIOLÓGICA

J. Aguilar-Hernández, T. Cortés-Espinosa, H. Citalán-Poroj, L. L. de la Cruz-Gapiz, R. Ramírez-del Pilar, E. Goudet-Vértiz, M. Narváez-Méndez, K. C. Trujillo-de la Fuente, D. Bringas-Vásquez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La diferenciación entre la enfermedad de Crohn (EC) y la tuberculosis intestinal (TBI) es todavía un dilema para la mayoría de los médicos.

Objetivo: Conocer la presentación clínica de la tuberculosis gastrointestinal y peritoneal.

Informe de casos: Paciente femenina de 58 años con los antecedentes siguientes: HAS, AR tratada con adalimumab y FARME, osteopenia, síndrome de Sjögren e hipertransaminasemia por uso de metrotexato. Ingresa por presentar evacuaciones diarreicas con moco, sin sangre, explosivas, cinco por día de cuatro meses de evolución. Acude con un médico quien realiza colonoscopia, en la que se observa colitis aguda eritematosa. Se agrega fiebre intermitente, de predominio nocturno, y recibe múltiples esquemas de tratamiento con remisiones parciales; con posterioridad presenta malestar general, fatiga, debilidad, hiporexia, plenitud posprandial, tinte icterico y dolor abdominal. La exploración física muestra SPO₂ (76% al aire ambiente), palidez de mucosas, ictericia, red venosa colateral abdominal, matidez cambiante, signo de la ola positivo, sin visceromegalias palpables. Estudios de laboratorio: hipoalbuminemia, desequilibrio hidroelectrolítico, procalcitonina: 0.98 ng/ml, pruebas anormales de la función hepática, tiempos de coagulación prolongados, anemia leve y plaquetopenia. El examen general de orina es patológico. Durante su abordaje se realiza panel viral, perfil de vasculitis, perfil CBP y HA, marcadores tumorales, perfil TORCH y PPD negativo. Estudio coprológico con restos alimenticios, moco moderado, sangre oculta positivo. Cinética de hierro con deficiencia de hierro. Líquido de ascitis: índice GASA: 1.1. Durante su estancia hospitalaria adquirió una neumonía nosocomial, para la cual se inició tratamiento antimicrobiano. La TAC abdominopélvica revela derrame pleural y condensación basal derecha, signos de daño hepatocelular difuso, hipertensión portal compensada, ganglios linfáticos retroperitoneales y líquido de ascitis. La coloileoscopia (Fig. 1) evidencia pancolitis ulcerosa de predominio en

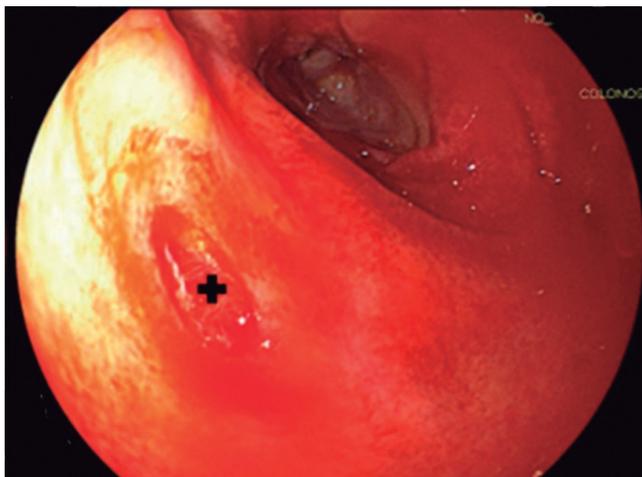


Figura 1. Coloileoscopia. (Lun121)

colon izquierdo. Durante la estancia se efectúa toracocentesis diagnóstica, pero sufre hemoneumotórax que ocasiona la muerte. Se envía el cuerpo a necropsia en la que se identifica tuberculosis gastrointestinal, visceral y peritoneal.

Discusión: En la actualidad, la mayoría de los países se encuentra en una transición epidemiológica con la disminución de la incidencia de enfermedades infecciosas y un incremento de las enfermedades crónicas no infecciosas. Las características clínicas de ambos trastornos son muy similares. Al igual que las características clínicas, las características endoscópicas tampoco son exclusivas. En cuanto a las características histopatológicas, el granuloma con contornos vagamente definidos se observa con mayor frecuencia en la TBI y es la característica más importante para diferenciar la TBI de la EC. En cuanto a las pruebas microbiológicas, la tinción de BAAR, el cultivo y gen-Xpert para MTB son diagnósticos de TBI, si bien estas pruebas poseen una sensibilidad diagnóstica muy pobre, lo que limita su papel en el diagnóstico diferencial de EC respecto de TBI. La enterografía por TC/IRM es la modalidad de imagen preferida para evaluar y diferenciar entre pacientes con EC y TBI.

Conclusiones: La tuberculosis aún es un reto diagnóstico para el médico clínico y en este caso es un diagnóstico diferencial que debe establecerse cuando se sospecha de ECII, ya que el cuadro clínico es similar y se necesita una amplia gama de estudios de laboratorio, gabinete y pruebas especiales para determinar el diagnóstico y es necesario aún recurrir a un estudio terapéutico con antituberculosos para confirmar la sospecha diagnóstica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun122

ABUSO DE COCAÍNA CRACK COMO CAUSA NO DESCRITA DE OBSTRUCCIÓN DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO

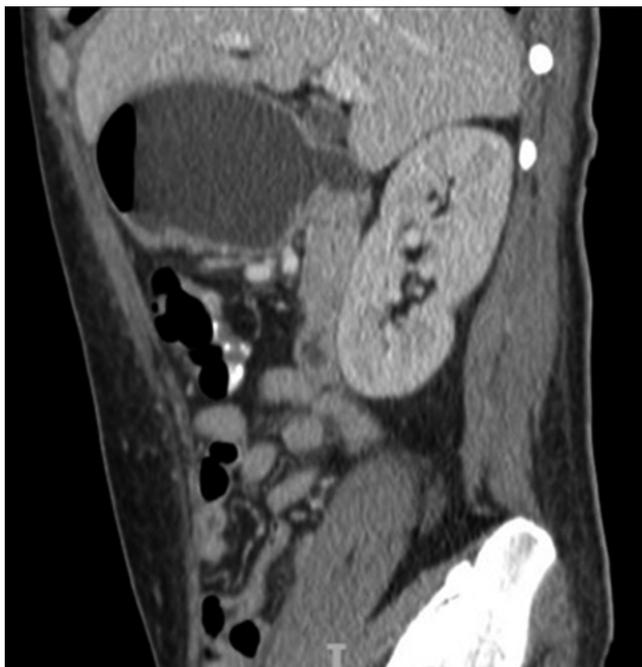
Y. P. Tolaque-Aldana, A. N. del Cueto-Aguilera, V. Hernández-Rodarte, G. Herrera-Quinones, O. Jáquez-Quintana, H. Maldonado-Garza, Hospital Universitario de Monterrey

Introducción: La obstrucción del vaciamiento gástrico (OVG) es el síndrome caracterizado por dolor abdominal epigástrico y vómito posprandial debido a una obstrucción mecánica y ésta se puede localizar en la región antropilórica, bulbar o posbulbar; entre las causas se encuentran tumores benignos, consumo de AINE, úlcera péptica, ingestión de cáusticos, inflamatorias, entre otras. A la fecha no se ha descrito el uso de crack como origen de OVG, pero sí están bien descritos los mecanismos fisiopatológicos causantes de isquemia intestinal, que podría llevar a la estenosis y la obstrucción secundaria.

Objetivo: Notificar el consumo de crack-cocaína como causa de OVG por estenosis duodenal.

Informe de casos: Paciente masculino de 32 años de edad con antecedentes de tabaquismo activo, consumo de alcohol de 200 g/sem, consumo de cocaína crack por 10 años de 300 g/día, sin otros antecedentes. Inicia padecimiento con dolor abdominal súbito en mesogastrio de intensidad 10/10, por lo que acude a otra unidad donde se sospechó úlcera perforada y se sometió a laparotomía exploradora, sin hallazgos. Después inició con intolerancia a la vía oral, vómito y pérdida de peso secundaria, sin mejoría, por lo que acude a este hospital. A su llegada se sospecha obstrucción intestinal, por lo que se realiza tomografía abdominal que revela crecimiento concéntrico duodenal de unos 6 cm de longitud (Fig. 1). Se practica una endoscopia superior en la que se observa estenosis a nivel del bulbo duodenal con úlcera Forrest III, estenosis no franqueable, además de esofagitis grado D de Los Ángeles; se tomaron

Figura 1. Imagen tomográfica de estenosis duodenal de 6 cm de longitud. (Lun122)



biopsias que señalaron duodenitis aguda y crónica, gastritis crónica con actividad moderada y atrofia antral leve. Con posterioridad se sometió a fluoroscopia y se identificó una estenosis compleja de 6 cm de longitud, no apta para dilatación.

Se practicó a anastomosis gastroyeyunal con Y de Roux y se identifica engrosamiento duodenal, sin datos indicativos de proceso maligno. Se toman biopsias y se realiza derivación. Se descartó proceso maligno en histopatología. En el seguimiento, el paciente no tiene signos clínicos de obstrucción, con ganancia ponderal y sin consumo de drogas.

Discusión: El *crack* es una forma de presentación de la cocaína; es un alcaloide insoluble en agua, que resulta de la combinación del clorhidrato de cocaína y bicarbonato. Su uso tiene manifestaciones en distintos órganos; a nivel gastrointestinal se han descrito isquemia intestinal, úlceras y perforaciones. Entre los mecanismos fisiopatológicos propuestos figura la actividad agonista intensa en los receptores alfa-adrenérgicos que causa vasoconstricción arterial grave de las arterias gástrica y mesentérica e isquemia consecuente. Existen pocos casos informados de isquemia intestinal y es una causa poco reconocida de úlceras gastroduodenales. Hasta la fecha no se ha comunicado el uso de cocaína *crack* como causa de estenosis duodenal y OVG, por lo que éste es el primer caso notificado.

Conclusiones: El abuso de cocaína *crack* puede provocar úlceras, isquemia, perforación intestinal y estenosis y conducir a la OVG, por lo que es importante el abordaje diagnóstico de estas lesiones en pacientes con antecedente de dolor abdominal y abuso de drogas y considerarla como posible origen.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun123

CUANDO EL ESTREÑIMIENTO SE COMPLICA: COLITIS ISQUÉMICA ESTERCORÁCEA

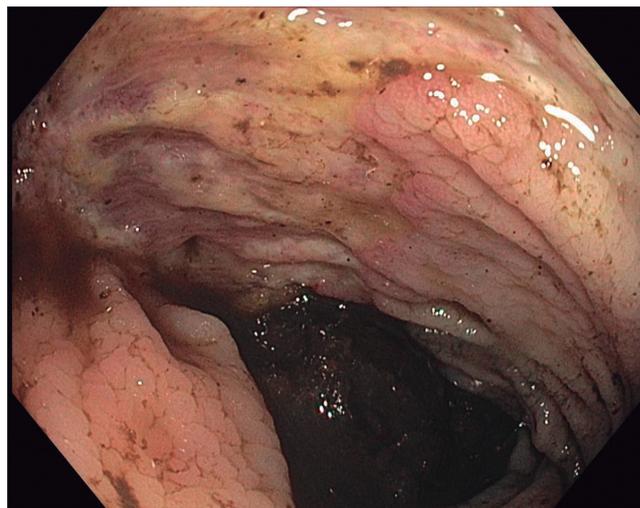
M. Figueroa-Palafox, J. A. Aquino-Matus, E. Sánchez-Cortés, Médica Sur

Introducción: La colitis estercorácea es el resultado de la presión ejercida por las masas fecales que llevan a la necrosis isquémica con potencial riesgo de perforación. Su incidencia es baja y entre los factores predisponentes destacan el estreñimiento crónico, consumo de opioides y alteraciones motoras intestinales; se observa en ancianos con demencia, casas de asistencia, hospitalizados o con condiciones psiquiátricas. Los sitios más frecuentes de úlceras son el recto y el sigmoides; cuando se complica por perforación, la mortalidad se eleva hasta el 60%.

Objetivo: Describir el caso clínico de una paciente con colitis isquémica estercorácea en relación con impacción fecal crónica.

Informe de casos: Mujer de 85 años con antecedentes de deterioro cognitivo leve y estreñimiento crónico con uso de laxantes de manera frecuente en últimos años; ingresa por antecedentes de exacerbación de estreñimiento de un mes de evolución, con requerimientos de enemas y maniobras digitales para conseguir defecar, dolor rectal y distensión abdominal. Se realiza tomografía abdominal simple, la cual muestra abundante materia fecal en todo el colon con datos de impacción fecal desde el ámpula rectal hasta el sigmoides. Se realiza colonoscopia para intento de desimpacción con abundantes restos de materia sólida hasta el colon transverso, ausencia de peristalsis y presencia de úlceras por isquemia; se identifica probable perforación en la base de una úlcera (Fig. 1) y ocurre neumoperitoneo corroborado por tomografía abdominal. Se practica laparotomía exploradora con resección de colon derecho y transverso y se reconoce una perforación a este nivel; colostomía en ciego e inicio de antibióticos. En su evolución, la paciente sufre complicaciones por sepsis y delirio hipoaactivo, y fallece cinco días después.

Figura 1. Colonoscopia que revela úlceras por isquemia a nivel del colon transverso. Se observa materia fecal sólida y probable sitio de perforación en la base de una úlcera. (Lun123)



Discusión: La impacción fecal es frecuente en el estreñimiento crónico; sin embargo, una complicación potencialmente letal es la colitis estercorácea. El mecanismo es la isquemia secundaria a la presión que ejerce el fecaloma sobre el colon, con formación de úlceras como se demostró en este caso. El tratamiento quirúrgico debe ser temprano ante la sospecha de perforación, ya que la mayoría de los pacientes muere debido a la peritonitis fecaloide.

Conclusiones: La colitis isquémica estercorácea es una entidad poco frecuente pero grave, que debe sospecharse en pacientes de edad avanzada con estreñimiento crónico.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Lun124

LA IMPORTANCIA DE LOS NIVELES DE VITAMINA B12: INFORME DE CUATRO CASOS DE ANEMIA PERNICIOSA Y GASTRITIS ATRÓFICA AUTOINMUNE

M. Figueroa-Palafox, E. Cerda-Contreras, Médica Sur

Introducción: La gastritis atrófica crónica autoinmunitaria constituye el sustento histológico de la anemia perniciosa y es la causa más frecuente de déficit de vitamina B₁₂ en los países occidentales, con una incidencia menor al 5%. No se ha comunicado una prevalencia en edad, género o raza. El cuadro clínico es poco específico hasta su fase tardía; de manera temprana se sospecha con la disminución progresiva de vitamina B₁₂ antes de la aparición de anemia megaloblástica. Los hallazgos de la endoscopia revelan atrofia marcada en cuerpo gástrico, con o sin extensión al antro, lo cual se relaciona con el proceso fisiopatológico de la pérdida de las células parietales y disminución del factor intrínseco, origen de la absorción de la vitamina B₁₂ en el íleon. El estudio histopatológico muestra la atrofia gástrica con metaplasia intestinal completa. El diagnóstico final se obtiene con la presencia de anticuerpos contra el factor intrínseco o las células parietales. Su incidencia y prevalencia aún se encuentran subestimadas debido a su curso silente y baja sospecha que llevan a un abordaje incompleto.

Objetivo: Describir cuatro casos de gastritis atrófica autoinmunitaria detectados en la consulta ambulatoria por cuadro inicial de deficiencia de vitamina B₁₂.

Informe de casos: Se describen cuatro casos de anemia perniciosa (Tabla 1), todos manifestados con síntomas gastrointestinales poco específicos, como distensión abdominal, epigastralgia, pérdida de peso inespecífica y diarrea intermitente. En todos se registraron valores bajos de vitamina B₁₂, elevación de cifras de gastrina y concentraciones bajas de vitamina D y hierro; ningún caso tuvo anemia. En 100% se documentó atrofia gástrica en cuerpo y antro con sospecha de metaplasia; las biopsias señalaron atrofia difusa con metaplasia intestinal completa. Dos pacientes presentaron un tumor carcinoide gástrico de grado 1. Los anticuerpos contra el factor intrínseco fueron positivos en el 100% y los anticuerpos contra células parietales en el 50%. El tratamiento se realizó en todos con complementación de vitamina B₁₂.

Discusión: La anemia perniciosa se manifiesta de manera inicial con valores bajos de vitamina B₁₂ (< 200 pg/ml) y clínica poco específica; la anemia de características macrocíticas sólo se observa en la fase tardía y hasta un 10% tiene déficit de hierro. La endoscopia documenta atrofia difusa del cuerpo gástrico y pérdida de pliegues acompañada de extensión al antro si hay infección por *H. pylori*. El hallazgo patológico de atrofia con metaplasia intestinal variable e hiperplasia de las glándulas endocrinas, junto con la presencia de anticuerpos contra el factor intrínseco y células parietales, establecen el diagnóstico. Se debe destacar que los anticuerpos contra el factor intrínseco sólo se encuentran en el 80% a 90% y se pierden de manera tardía, mientras que los anticuerpos para las células parietales tienen una especificidad de 100% pero sensibilidad del 40% y pueden encontrarse uno o ambos positivos. La hipergastrinemia reactiva > 300 pg/ml apoya el diagnóstico. La atrofia gástrica es un factor de alto riesgo para adenocarcinoma y tumor carcinoide gástrico, y exige un seguimiento endoscópico estrecho.

Conclusiones: La anemia perniciosa es un diagnóstico diferencial de deficiencia progresiva de vitamina B₁₂ y atrofia gástrica en endoscopia y patología; el diagnóstico final se complementa con la presencia de anticuerpos para células parietales o el factor intrínseco.

Financiamiento: Ninguno.

Lun125

HIPERPLASIA ADENOMATOIDE GÁSTRICA, INFORME DE CASO

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

Introducción: Las neoplasias endocrinas del tubo digestivo se identifican con frecuencia en intestino delgado, apéndice cecal, colon, estómago y esófago; tras el avance de las biopsias gástricas y las tinciones inmunohistoquímicas se calcula que la frecuencia de carcinoides gástricos se ha elevado hasta alcanzar cifras de 11% a 41% del total de carcinoides gastrointestinales.

Los carcinoides bien diferenciados son las neoplasias endocrinas gástricas más frecuentes y la evolución natural de la enfermedad

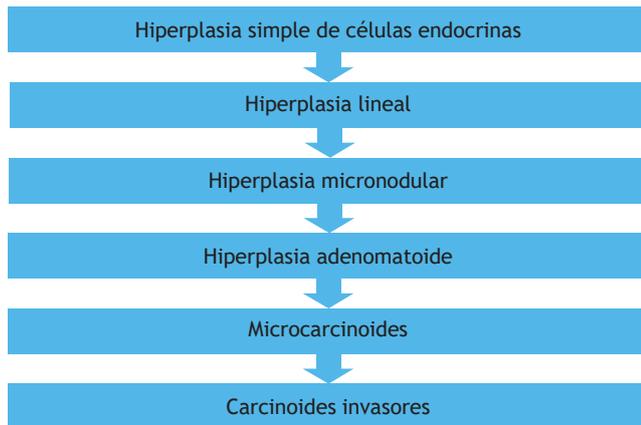
Tabla 1. Informe de cuatro casos de anemia perniciosa. (Lun124)

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
Edad	60	52	39	68
Género	Masculino	Femenino	Femenino	Masculino
Ac. células parietales	Sí	Sí	Sí	Sí
Ac. factor intrínseco	Sí	No	no	No
Cifras de gastrina	2 158 pg/ml	516 pg/ml	408 pg/ml	1 944 pg/ml
Cifras de HB	HB 13.0	HB 13.8	HB 13.7	HB 15.7
VCM	97	92	85	97
Vitamina B ₁₂	62	316	136	269
Endoscopia	Atrofia difusa en cuerpo	Atrofia en cuerpo y antro	Atrofia en cuerpo y antro	Atrofia difusa en cuerpo
<i>H. pylori</i>	Sí	No	Sí	No
Tumor carcinoide	No	TNE Ki67 < 2%	No	TNE ki67 < 2%
Patología				
Atrofia	Sí	Sí	Sí	Sí
Metaplasia intestinal C	Sí	Sí	Sí	Sí
Hiperplasia foveolar	Sí	No	No	Sí

se inicia con una gastritis superficial que evoluciona a gastritis atrófica (tipo I), en la cual puede demostrarse la relación con *H. pylori* o anemia perniciososa y luego con metaplasia intestinal; el ambiente hiperácido estimula a las células G del antro para producir gastrina que a su vez tiene efecto trófico en las células similares a las enterocromafines o célula ECL del cuerpo y fondo gástrico, cuya progresión es variable, desde la hiperplasia hasta neoplasia carcinóide; esta evolución es casi siempre muy lenta con múltiples lesiones de bajo potencial maligno que remiten con antrectomía (eliminación de la fuente de gastrina), en los casos raros con metástasis, que se limitan a ganglios linfáticos regionales e hígado con progresión muy lenta y mortalidad no vinculada con esta causa. Otras variantes de carcinoma bien diferenciado tienen como antecedente la neoplasia endocrina múltiple (tipo II) y las formas esporádicas (tipo III).

Objetivo: Identificar la importancia del diagnóstico de la hiperplasia adenomatoide como lesión precursora de neoplasia carcinóide.
Informe de casos: Paciente femenina de 47 de años de edad referida de servicio de hematología por anemia ferropénica sometida a primera panendoscopia en 2017, con toma de biopsias que señalaron gastritis crónica difusa con datos de actividad en antro y metaplasia incompleta de cuerpo gástrico, negativo para *Helicobacter pylori*; con posterioridad, la panendoscopia de control con toma de biopsias en 2020 reveló lesión en cuerpo gástrico de 5 mm de diámetro positiva a marcador Ki 67 y cromogranina interna. Se estableció el diagnóstico de hiperplasia adenomatoide y se solicitó tomografía simple y contrastada, que no encontró evidencia de lesiones metastásicas, con una cifra de gastrina de 340 pg/ml (valor normal < 90), por lo que se envía a valoración en el servicio de cirugía general para practicar antrectomía (Fig. 1).

Figura 1. Etapas evolutivas de las neoplasias carcinoides gástricas. (Lun125)



Discusión: La neoplasia carcinóide gástrica es una entidad relacionada con la gastritis atrófica que puede diagnosticarse como lesiones histopatológicamente distintas pertenecientes a diferentes etapas evolutivas y cuya conclusión puede ser un carcinóide invasor. La importancia del actual informe radica en que la hiperplasia adenomatoide forma parte de la progresión a una neoplasia con potencial invasor, cuya evolución incluye la hiperplasia simple de células endocrinas, hiperplasia lineal, hiperplasia micronodular, hiperplasia adenomatoide, microcarcinoides y carcinoides invasores; además, con el seguimiento endoscópico se demostró el carácter lento de la progresión sin infiltración más allá de la submucosa, lo que le confiere un buen pronóstico; la erradicación de *H. pylori* y la antrectomía forman parte de las opciones terapéuticas de esta entidad para reducir la hipergastrinemia e incluso conseguir la regresión del tumor.

Conclusiones: La identificación temprana y el estudio inmunohistoquímico de lesiones con posible progresión a neoplasias carcinoides gástricas deben realizarse en todos los casos, ya que si bien el curso de la enfermedad es lento, las opciones terapéuticas son definitivas y evitan el avance a la metástasis.

Financiamiento: Ninguno.

Lun126

CÁNCER PRIMARIO MÚLTIPLE EN PACIENTE JOVEN. INFORME DE CASO

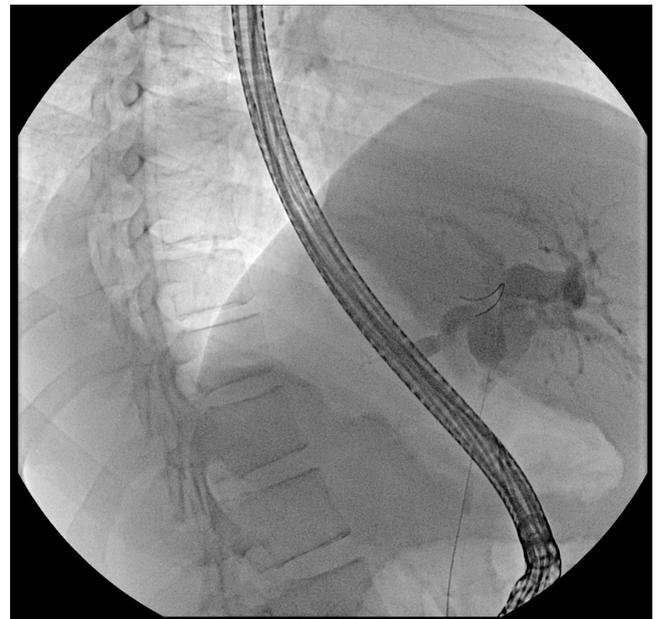
R. N. Carmona-Pichardo, N. Moreno-Aguilar, A. Alatorre-Moreno, V. H. García-García, Instituto Mexicano del Seguro Social Puebla

Introducción: Los tumores malignos primarios múltiples, según sea la fuente, se definen como tumoraciones únicas de órganos diferentes, o en colon como dos tumores separados al menos por 2 cm de mucosa sana, con diagnóstico al mismo tiempo (sincrónico) o con intervalo de tiempo de 2 a 5 meses (metacrónico).

Objetivo: Describir un caso raro de neoplasia maligna primaria múltiple sincrónica de adenocarcinoma gástrico y colangiocarcinoma hiliar en una paciente joven.

Informe de casos: Mujer de 19 años, sin antecedentes familiares de importancia, índice tabáquico de 1 suspendido dos años previos, alcoholismo negativo, resto negado. Padecimiento de dos años de evolución, con dolor abdominal de tipo punzante en mesogastrio con irradiación a epigastrio y flanco derecho, intensidad de 8-10 en la escala numérica del dolor, sin atenuantes ni desencadenantes, intermitente, con frecuencia de uno a dos días por semana. Tres meses antes se agrega ictericia, saciedad temprana y plenitud posprandial, así como pérdida de peso de 11 kg. La colangiorresonancia informa coledocolitiasis en la unión yuxtaduodenal y litiasis vesicular con tendencia al hidrocolecisto. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) demuestra estenosis probablemente maligna de colédoco y confluencia de hepáticos (Bismuth Corlette II) (Fig. 1), por lo que se colocó endoprótesis biliar hacia rama izquierda. Se identificó una neoplasia gástrica Bormann IV con extensión

Figura 1. Colangiografía que revela estenosis de confluencia de los conductos hepáticos. (Lun126)



desde el cardias hasta el píloro por toda la curvatura menor y extendida hacia la rodilla duodenal. El resultado histopatológico de biopsia gástrica demostró un adenocarcinoma poco cohesivo (difuso) y la biopsia de la mucosa duodenal reveló adenocarcinoma poco cohesivo (difuso) con células en anillo de sello. La citología de aspirado y cepillado del colédoco fue positiva para células neoplásicas. Se confirmó entonces adenocarcinoma difuso gástrico con extensión a duodeno como neoplasia primaria, así como colangiocarcinoma hiliar como neoplasia primaria múltiple sincrónica.

Discusión: Uno de los retos es definir si el caso presentado se trata de un doble primario o de un cáncer gástrico con metástasis atípicas. Lo anterior representa dificultad en las decisiones terapéuticas. Tras realizar una sesión multidisciplinaria, el grupo de trabajo consideró que el caso cumple con definiciones internacionalmente aceptadas para neoplasia primaria doble o múltiple y que, dada la extensión del cáncer gástrico y la localización del colangiocarcinoma, una resección multiorgánica tendría mayores riesgos que beneficios, por lo que actualmente la paciente se encuentra en valoración por el servicio de oncología para quimioterapia paliativa. En general, el 10% de los casos de cáncer gástrico se acompaña de antecedente familiar, sobre todo en la presentación de edad joven, y la forma mejor descrita del cáncer hereditario es la de tipo difuso por mutación de la línea germinal en el gen *CDH1*, que codifica a la molécula de adhesión celular E-cadherina; esto lo diferencia del colangiocarcinoma, en el que las alteraciones genómicas varían según sea el subtipo; en el colangiocarcinoma hiliar son las mutaciones de tipo ERBB2 o KRAS2.

Conclusiones: Se comunica el caso de una paciente con neoplasia primaria múltiple sincrónica porque representa un reto para las conclusiones diagnósticas y con ello la congruencia con su tratamiento. Debe destacarse la importancia del reconocimiento de los datos de alarma gastrointestinal para disminuir tal vez el diagnóstico tardío. También debe comunicarse un fenómeno observado mundialmente: la presencia de la pandemia actual por la COVID-19 ha llevado a los pacientes a acudir tardíamente a los servicios de salud y por tanto los pronósticos son más sombríos, como el caso presentado.

Financiamiento: Ninguno.

Lun127

REFLUJO ESOFÁGICO PROXIMAL POR pH-METRÍA CON IMPEDANCIA Y SU ASOCIACIÓN CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO REFRACTARIA

O. L. García-Rodas, N. Pérez-y-López, J. L. Aguilar-Álvarez, R. J. Chicas-López, L. J. Pinto-García, Hospital Juárez de México

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se debe al ascenso del contenido gástrico al esófago que da lugar a la presencia de síntomas o lesiones esofágicas. Cerca del 36% de los pacientes con ERGE persiste con síntomas luego del tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP); la mayoría se subclasifica como enfermedad no erosiva (ERNE). En 2021 se publicó el consenso de la ERGE resistente, en el que se establece que se trata de una anomalía que tiene evidencia objetiva de persistencia de ERGE por medio de pH-metría con impedancia o endoscopia, a pesar del tratamiento con IBP a dosis regular durante al menos ocho semanas. Se ha postulado que los episodios de reflujo que se extienden en sentido proximal con una composición mixta de líquido y gas se relacionan de modo significativo con síntomas al margen del pH del reflujo.

Objetivo: Establecer si el reflujo proximal influye en los síntomas resistentes de la ERGE. Determinar el tipo de reflujo más prevalente en pacientes con síntomas resistentes.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de cohorte y transversal realizado en pacientes sometidos a pH-metría con impedancia en el periodo del 2018 al 2020, con diagnóstico de ERGE resistente en el laboratorio de motilidad gastrointestinal del Hospital Juárez de México. Los datos se recolectaron de los expedientes clínicos y los informes digitales de pH-metría con impedancia. Los datos estadísticos se analizaron por medio del software SPSS V28. Se analizaron las características demográficas de la población, así como los valores obtenidos al analizar la pH-metría con impedancia y los síntomas referidos (pirosis, regurgitación, dolor torácico y tos). Se excluyó a los pacientes con otros diagnósticos (esofagitis eosinofílica, trastornos orgánicos, esófago de Barrett, trastornos de la motilidad y pirosis funcional) que podrían explicar los síntomas.

Resultados: Se incluyó a 59 pacientes, 67.8% del sexo femenino. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial sistémica (20.3%). La pirosis se presentó en el 84.7% de los casos, seguida por regurgitación en el 71.1%, dolor torácico en el 35.9% y tos en el 25.42%. El DeMeester promedio fue de 39.3%. Se registró un total de 1 558 episodios de reflujo, de los cuales 866 (55.5%) fueron ácidos, 409 (26.3%) débilmente ácidos y 283 (18.2%) ligeramente alcalinos. De acuerdo con su composición física, el tipo de reflujo que predominó fue el combinado con el 66%, el reflujo líquido en el 19.4% y el tipo de gas en 14.4%. En el 37.28% se encontró reflujo proximal y de éstos el 72% presentaba más síntomas en comparación con aquéllos con reflujo proximal < 75% ($p = 0.03$). Los pacientes con reflujo proximal > 75% y reflujo tipo gas tuvieron un nexo con síntomas de ERGE ($p = 0.045$), mientras que los pacientes con reflujo proximal y composición de tipo líquido o combinado no tuvieron esa vinculación ($p = 0.73$ y 0.1 , respectivamente; **Tabla 1**).

Tabla 1. Relación de síntomas entre reflujo proximal y composición física del reflujo. (Lun127)

	Valor p
Hombres	19 (32.20%)
Mujeres	40 (67.80%)
Pirosis	50 (84.75%)
Regurgitación	42 (71.19%)
Dolor torácico no cardíaco	21 (35.59%)
Tos	15 (25.42%)
Asma	9 (15.25%)
Promedio de la puntuación de DeMeester	39.3%
Episodios de reflujo	
Ácido	866 (55.5%)
Ligeramente ácido	409 (26.3%)
No ácido	283 (18.2%)
Reflujo según su composición física	
Líquido	906 (19.4%)
Gas	641 (14.4%)
Combinado	3062 (66%)
% de reflujo proximal > 75%	22 (37.28%)
Reflujo proximal > 75% tipo líquido	311 0.73
Reflujo proximal > 75% tipo gas	280 0.045
Reflujo proximal > 75% tipo combinado	712 0.1

Conclusiones: En este estudio, el tipo de reflujo más prevalente fue el combinado (líquido y gas). Los pacientes con un porcentaje

elevado de reflujo proximal o predominio de reflujo de tipo gas fueron los más sintomáticos.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun128

PREVALENCIA DE PÓLIPOS COLORRECTALES EN PACIENTES CON CIRROSIS DENTRO DE UN PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN UN CENTRO

O. Juárez-León, E. Barreda-Mecalco, L. C. Chávez-García, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: El cáncer colorrectal es una de las principales causas de mortalidad en el mundo. Las lesiones premalignas suelen originarse a partir de pólipos colónicos adenomatosos, los cuales pueden researse mediante colonoscopia. En los pacientes receptores de órgano sólido, la cirrosis y el tratamiento inmunosupresor se han sugerido como factores de riesgo independientes para cáncer colorrectal. Hay informes en los que la prevalencia de pólipos y adenomas en la población mexicana mayor de 50 años, asintomática, detectados a través de sigmoidoscopia flexible, fue de 8.9% y 4.8% respectivamente.

Objetivo: Determinar la prevalencia de pólipos en pacientes con cirrosis hepática en lista de espera para trasplante.

Informe de casos: Población y métodos: se realizó un estudio observacional, retrospectivo, de un sólo centro, en el periodo del 2000 al 2019, de la población evaluada en una clínica de trasplante hepático. Se incluyó a pacientes > 50 años, que contaran con colonoscopia pretrasplante; se excluyó a los pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal o cáncer colorrectal.

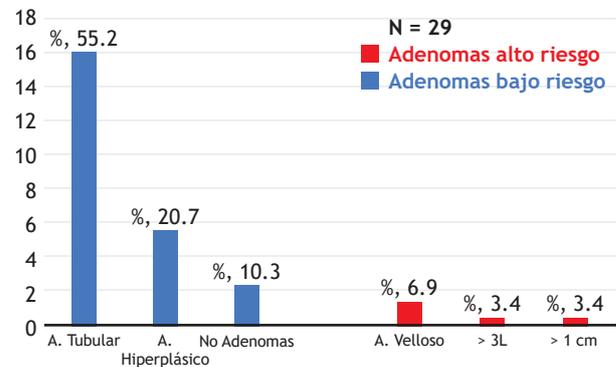
Se describió la causa de la cirrosis, así como el número, localización y hallazgos histopatológicos de las lesiones. Se consideraron como adenomas de alto riesgo la presencia de adenomas vellosos o tubulovellosos, los adenomas tubulares > 1 cm, la displasia de alto grado o la presencia > 3 adenomas. En un periodo de 20 años, 427 pacientes completaron el protocolo para trasplante hepático, de los cuales 221/427 fueron > 50 años y sólo 120/221 (54%) pacientes contaban con informe de colonoscopia. Las principales causas entre los pacientes sometidos a colonoscopia en esta cohorte fueron VHC (38.43%, 46/120), criptogénica (18.3%, 22/120), NASH (17.5%, 21/120), colangitis biliar primaria (15.8%, 19/120) y otras (10%, 12/120); la edad fue 59 años (IQ, 55-63.5). De las 120 colonoscopias pretrasplante, sólo en el 32% (n = 38/120) se identificaron lesiones polipoides y sólo en el 76% (n = 29/38) de los casos se obtuvo un diagnóstico histopatológico. Los pólipos de bajo riesgo (n = 19/29) correspondieron a adenomas tubulares (55%, n = 16/29), adenomas hiperplásicos (20.7%, n = 6/29) y lesiones diferentes de adenomas (10.3%, n = 3/29). Entre los pólipos de alto riesgo (4/29) se identificaron adenomas vellosos (6.9%, n = 2/29), 1 paciente con ≥ 3 adenomas (3.4%, n = 1/29) y 1 caso con lesión > 1 cm (3.4%, n = 1/29). (Fig. 1).

Discusión: Antes se ha descrito la prevalencia de lesiones a nivel del colon en población sana, como parte del tamizaje oncológico por edad. En los pacientes receptores de órgano sólido se encuentra incrementado el riesgo de neoplasias malignas. En este informe se identificó una mayor prevalencia de lesiones de alto riesgo, en comparación con el número de lesiones colónicas de cualquier tipo identificadas en población sana.

Conclusiones: La presencia de adenomas de alto riesgo en población > 50 años, elegibles para trasplante hepático, fue de 13.7%, lo cual justifica priorizar el escrutinio de cáncer colorrectal en esta población.

Financiamiento: Este trabajo recibió patrocinio parcial a través de los recursos personales de los investigadores.

Figura 1. Características histológicas de los pólipos. HP: hiperplásicos; AT: adenoma tubular; AV: adenoma veloso; % en relación con 29 lesiones con revisión histopatológica. (Lun128)



Lun129

COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DEL CÁNCER GÁSTRICO EN ADULTOS MAYORES Y JÓVENES INGRESADOS AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

B. A. Enríquez-Constantino, F. Higuera-de-la-Tijera, A. B. Moreno-Cobos, C. L. Dorantes-Nava, S. Teutli-Carrión, P. F. Domínguez-Cardoso, E. J. Medina-Ávalos, M. Y. Carmona-Castillo, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción: El cáncer gástrico (CG) es el quinto cáncer diagnosticado con más frecuencia en el mundo; se presenta principalmente en pacientes de edad avanzada, con predisposición 2.1:1 para el género masculino y una edad media que oscila entre los 50 y los 70 años; sólo el 2% a 15% de los casos se diagnostica en personas de 45 años o menores. Se ha descrito en las publicaciones médicas un aumento de la frecuencia de esta entidad en pacientes jóvenes con una prevalencia para el género masculino de 1.4:1, pero con un incremento del porcentaje de mujeres. Se informan como posibles factores de riesgo dietas ricas en alimentos salados, ahumados o mal conservados, tabaco, alcohol, infección por *H. pylori*, en especial cepas más virulentas, y antecedentes familiares positivos de cáncer gástrico.

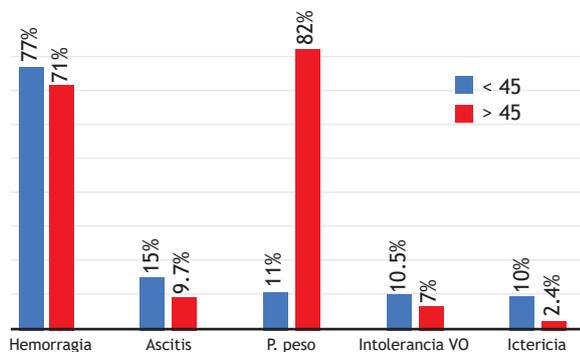
Objetivo: Comparar las características clínico-epidemiológicas del cáncer gástrico en adultos jóvenes y mayores para determinar si se relacionan con los informes publicados.

Material y métodos: Estudio analítico, observacional y transversal en pacientes diagnosticados con GC ingresados en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México realizado entre enero del 2018 y junio del 2021. Se estratificó en dos grupos con valor de corte < 45 o > 45 años y se compararon características clínicas epidemiológicas de los pacientes ingresados al servicio de gastroenterología.

Resultados: Se incluyó a 60 pacientes, de los cuales 19 eran menores de 45 años (31.6%) y 41 mayores de 45 años (68.3%); la edad media para jóvenes fue de 38.4 y para mayor de 65.5; el 67% de los pacientes correspondió a varones, sin diferencia estadística entre los grupos (63.0% ≤ 45 años vs. 70.7% > 45 años); proporción de sexos 1.23:1 en

jóvenes y 1.37:1 en adultos; el antecedente de cáncer en primer grado global fue del 16% (< 45 años 5% > 45 años 21%); la prevalencia global de DT2 en mayores fue de 63% (68% grupo > 45 y 33% grupo joven, $p = 0.038$); el principal motivo de ingreso fue la hemorragia gastrointestinal para ambos grupos (68%-80%), seguida de la pérdida de peso presente en 26% frente a 24%, respectivamente; la ascitis fue más frecuente en los pacientes jóvenes, sin diferencia estadística, $p = 0.50$ (Fig. 1).

Figura 1. Principal motivo de búsqueda de atención médica en pacientes menores y mayores de 45 años con diagnóstico de cáncer gástrico ingresados al servicio de gastroenterología del HGM. (Lun129)



Conclusiones: En este estudio, la prevalencia de cáncer gástrico fue mayor en varones, sin diferencia estadística entre grupos de edad; la proporción de sexos no tuvo variedad significativa como se notifica en las publicaciones médicas. No fue posible la evidencia de un factor de riesgo claro para ningún grupo y se encontró que el principal motivo de búsqueda de atención fue la hemorragia, sobre todo en los paciente jóvenes en quienes también se identificó que el tiempo de evolución que referían de este u otros síntomas no era > 3.3 meses en promedio (88%, $p = 0.031$), a diferencia de los adultos mayores en quienes la pérdida de peso es el primer síntoma referido (82% vs. 11%, grupo jóvenes); sin embargo, el principal motivo de búsqueda de atención médica fue la hemorragia gastrointestinal (77% vs. 71%, $p = 0.045$).

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno.

Lun130

VALOR CLÍNICO DE LA CALPROTECTINA FECAL EN LA EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)

J. L. De León-Rendón, O. M. Díaz-Espaillet, J. K. Yamamoto-Furucho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: Se han utilizado varios índices para evaluar la actividad de la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), que se diferencian entre sí por ser más subjetivos (clínicos), más objetivos (endoscópico-histológicos) o una combinación de ambos. A pesar de los diferentes índices disponibles, aún no existe consenso en las publicaciones médicas sobre cuál de ellos es el más válido. La calprotectina fecal (CF) ha demostrado ser un marcador útil para diferenciar la inflamación intestinal secundaria a la CUCI de otras enfermedades, así como para anticipar la recurrencia de la enfermedad a mediano y largo plazos.

Objetivo: Determinar el valor pronóstico de la CF en la evaluación de la actividad de la CUCI.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y observacional en el que se incluyó a 103 pacientes consecutivos con diagnóstico de CUCI. Se colectaron los datos demográficos, clínicos y bioquímicos (incluida la CF) de cada paciente. La gravedad clínica-bioquímica, endoscópica e histológica de la enfermedad se tomó en consideración según las escalas de Truelove y Witts (TW), subclasificación de Mayo (SCM) e índice de Riley (IR), respectivamente. Se calcularon también las escalas del *American College of Gastroenterology* (ACG), Escala de Mayo (EM) y el índice integral Yamamoto-Furucho (IIFY) para una evaluación global de la enfermedad desde los puntos de vista clínico, bioquímico, endoscópico e histológico. El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 26.0. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias/porcentajes y las continuas en medias/desviación estándar o medianas con rangos intercuartílicos acordes a su distribución. La comparación de las variables cuantitativas (niveles de CF) se realizó mediante la prueba de U de Mann-Whitney. Se efectuó un análisis ROC para determinar la exactitud diagnóstica de la variable estudiada, así como tablas de 2 x 2 para calcular el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo y determinar el riesgo mediante razón de momios. Los valores de $p < 0.05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Resultados: Las características clínicas y demográficas de los pacientes con CUCI se muestran en la **Tabla 1**. Se encontraron diferencias estadísticas entre los niveles de CF en pacientes con actividad moderada-grave en comparación con los pacientes en remisión o actividad leve, evaluados mediante las escalas de TW ($p = 0.001$), SCM ($p < 0.001$), IR ($p < 0.001$), ACG ($p < 0.001$), EM ($p < 0.001$) e IIFY ($p < 0.001$) (**Tabla 1**). Se determinó un punto de corte de 250 ng/g de calprotectina fecal para diferenciar entre una actividad moderada-grave de la CUCI en comparación con remisión o actividad leve evaluado por las diferentes escalas de gravedad: 1) TW (OR, 1.45; IC95%, 1.21-1.75; $p = 0.006$), sensibilidad (S) 95%, especificidad (Sp) 35%, valor predictivo positivo (VPP) 28%, valor predictivo negativo (VPN) 96%; 2) SCM (OR, 1.59; IC95%, 1.27-2.00; $p < 0.001$), S 92%, Sp 42%, VPP 51%, VPN 90%; 3) IR (OR, 1.28; IC95%, 1.02-1.61; $p = 0.04$), S 83%, Sp 35%, VPP 42%, VPN 79%; 4) ACG (OR, 1.6; IC95%, 1.3-1.97; $p < 0.001$), S 100%, Sp 40%, VPP 39%, VPN 100%; 5) EM (OR, 1.6; IC95%, 1.31-1.94; $p < 0.001$), S 96%, Sp 39%, VPP 42%, VPN 97%; 6) IIFY (OR, 1.4; IC95%, 1.17-1.78; $p = 0.004$), S 90%, Sp 37%, VPP 40%, VPN 90%.

Conclusiones: La CF en un punto de corte de 250 ng/g es una prueba sensible para poder diferenciar entre pacientes con CUCI en remisión o actividad leve y aquéllos con actividad moderada a grave en al menos seis distintas escalas de gravedad evaluadas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con CUCI. (Lun130)

Variable	Pacientes, n = 103
Sexo	
Femenino, n (%)	52 (50.5)
Edad actual (años ± DE)	47.05 ± 13.99
Edad al diagnóstico (años ± DE)	34.69 ± 12.62
Años de evolución (años ± DE)	12.41 ± 9.75
Extensión de la enfermedad, n (%)	
E1	14 (13.6)
E2	14 (13.6)
E3	75 (72.8)

Presencia de manifestaciones extraintestinales, n (%) 43 (41.7)	
Artralgias	23 (53.48)
Colangitis esclerosante primaria (CEP)	07 (16.27)
Espandilitis anquilosante	04 (09.30)
CEP + artralgias	03 (6.97)
Eritema nodoso (EN)	02 (4.65)
Uveítis/epiescleritis	01 (2.32)
CEP + EN	01 (2.32)
Hepatitis autoinmunitaria	01 (2.32)
Pioderma gangrenoso	01 (2.32)
Tratamiento médico, n (%)	
5-ASA	47 (45.6)
5-ASA + esteroides	16 (15.5)
5-ASA + esteroides + inmunomodulador	19 (18.4)
5-ASA + inmunomodulador	13 (12.6)
Tratamiento anti-TNF	03 (2.9)
5-ASA + esteroide + inmunomodulador + ciclosporina	02 (1.9)
Sin tratamiento médico	02 (1.9)
Tratamiento anti-TNF + inmunomodulador + 5-ASA	01 (1.0)
Respuesta al tratamiento, n (%)	
Favorable	83 (80.6)
Dependencia de esteroide	11 (10.7)
Resistencia a esteroide	03 (2.9)
Falta de recursos económicos	03 (2.9)
Intolerancia a cualquier tratamiento	01 (1.0)
Pérdida de respuesta anti-TNF	01 (1.0)
Eesteroide + tiopurina resistente	01 (1.0)
Necesidad de tratamiento quirúrgico	03 (2.9)
Gravedad clínica-bioquímica (Truelove y Witts), n (%)	
Remisión	59 (57.3)
Leve	22 (21.4)
Moderada	14 (13.6)
Grave	08 (07.8)
Gravedad endoscópica (Subcalificación de Mayo), n (%)	
Remisión	36 (35.0)
Leve	26 (25.2)
Moderada	23 (22.3)
Grave	18 (17.5)
Gravedad histológica (Índice de Riley), n (%)	
Remisión	30 (29.1)
Leve	36 (35.0)
Moderada	16 (15.5)
Grave	21 (20.4)
Índice integral de Yamamoto-Furusho, n (%)	
Remisión	45 (43.7)
Leve	25 (24.3)
Moderada	29 (28.2)
Grave	04 (03.9)
Calprotectina fecal *	1432 (164 - 4417)
CF* - actividad TW	
Remisión-leve	70.23
Moderada-grave	47.05
	**P = 0.001
CF* - Actividad SEM	
Remisión-leve	71.09
Moderada-grave	39.38
	**P < 0.001

CF* - actividad IR

Remisión-leve 65.20

Moderada-grave 44.60

**P < 0.001

CF* - actividad ACG

Remisión-leve 72.84

Moderada-grave 43.83

**P < 0.001

CF* - actividad EM

Remisión-leve 71.41

Moderada-grave 43.25

**P < 0.001

CUCI: colitis ulcerosa crónica idiopática; E1: colitis distal; E2: colitis izquierda; E3: colitis extensa; CF: calprotectina fecal; CEP: colangitis esclerosante primaria; EN: eritema nodoso; 5-ASA: 5-aminosalicilatos; anti-TNF: antifactor de necrosis tumoral; TW: escala de Truelove y Witts; SCM: subcalificación de Mayo; IR: índice de Riley; ACG: Escala del *American College of Gastroenterology*; EM: Escala de Mayo; IIFY: índice integral de Yamamoto-Furusho; CF: calprotectina fecal. *Los niveles de calprotectina fecal se encuentran expresados en medianas y rangos intercuartílicos. Su unidad de medida se expresa en ng/g. **Valor de p (Prueba de U de Mann-Whitney).

Lun131

PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE

K. C. Trujillo-De La Fuente, J. G. López-Gómez, T. Cortés-Espinosa, R. Pérez-Cabeza de Vaca, C. Paredes-Amenábar, J. A. Romero-Lozania, J. Aguilar-Hernández, M. V. Ramos-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE

Introducción: A finales del 2019 surgió una serie de casos de neumonía de causa desconocida en Wuhan (Hubei, China). En enero de 2020, un análisis de secuenciación profunda de muestras del tracto respiratorio inferior identificó un nuevo virus, el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) como agente causante del grupo de neumonía observado y el trastorno se denominó enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), es una alteración crónica remitente y recidivante con manifestaciones intestinal y extraintestinal. Existe la hipótesis de que los pacientes con EII tienen más riesgo de infección por SARS-CoV-2 y sus complicaciones que la población general debido a que la mayoría presenta estados de desnutrición, consumo de fármacos inmunomoduladores y medicamentos inmunosupresores.

Objetivo: Describir la prevalencia de infección por SARS-CoV-2 y el apego al tratamiento de los pacientes en este centro de enfermedad inflamatoria intestinal durante el periodo de 2020 a 2021.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico de EII del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE, durante los años 2020 y 2021. Tipo de estudio: observacional, transversal y retrospectivo. Variables analizadas: edad, sexo, tratamiento utilizado para EII, cambios en el patrón evacuatorio, necesidad de hospitalización y apego al tratamiento para la EII. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medias de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

Resultados: Se incluyó a un total de 70 pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, de los cuales el 68.5% correspondió a colitis ulcerosa. La edad promedio fue de 53.5 ± 17.24 años. El 51.5% de los casos analizados correspondió al sexo femenino. La prevalencia de infección por SARS-CoV-2 en esta población fue del 18.6%, en la cual predominó la colitis ulcerosa con el 61.5% de los casos. De los pacientes infectados, el 31% se encontraba en tratamiento convencional y el 69% en tratamiento biológico; el 61.5% de los casos presentó cambio en su hábito evacuatorio (incremento de 2 puntos en la escala de Bristol). El 15.38% cursó con COVID-19 moderada y el 100% no requirió hospitalización. En cuanto al apego al tratamiento durante época de pandemia, el 7% omitió dosis de su tratamiento. El 100% de los pacientes no experimentó exacerbación de la enfermedad (Tabla 1).

Conclusiones: La prevalencia de infección por SARS-CoV-2 en pacientes con EII del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre fue del 18.6%, de la cual el 84.6% cursó con COVID-19 leve. Durante la pandemia, el 93% de los pacientes con EII tuvo un buen apego al tratamiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Demografía y características generales de la población. (Lun131)

Variable	Total de la población n = 70 (%)	EII	
		CUCI n = 48 (68.5)	EC n = 22 (31.5)
Edad \pm DE	53.5 ± 17.24	55.5 ± 18	50.5 ± 15.41
Sexo			
· Hombres	34 (48.5)	25 (73.5)	9 (26.5)
· Mujeres	36 (51.5)	23 (64)	13 (36)
Tratamiento			
Biológico	52 (74)	33 (63)	19 (37)
Convencional	18 (26)	15 (83)	3 (17)
Infección por SARS-CoV-2			
Presente	13 (18.6)	8 (61.5)	5 (38.5)
Ausente	57 (81.4)	40 (70)	7 (30)
Modificación de patrón evacuatorio en pacientes infectados			
· Sí	8 (61.5)	5 (62.5)	3 (37.5)
· No	5 (38.5)	3 (60)	2 (40)
Hospitalización por COVID			
· Sí	0 (0)	0 (0)	0 (0)
· No	13 (100)	8 (61.5)	5 (38.5)
Apego al tratamiento durante la pandemia			
· Sí	65 (93)	44 (68)	21 (32)
· No	5 (7)	3 (60)	2 (40)

DE, desviación estándar; CU, colitis ulcerativa; EC, enfermedad de Crohn; EII, enfermedad inflamatoria intestinal; NA, no aplica, Fuente: Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Lun132

PREVALENCIA DE USO DE MEDICINA ALTERNATIVA/COMPLEMENTARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

J. A. Romero-Lozanía, J. G. López-Gómez, T. Cortés-Espinosa, K. C. Trujillo-De la Fuente, C. Paredes-Amenábar, R. Pérez-Cabeza

de Vaca, M. V. Ramos-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una afección cuya etiología precisa se desconoce y por lo tanto la cura definitiva aún no está disponible. Los tratamientos existentes logran un control incompleto de la enfermedad y muchas veces se relacionan con efectos adversos. Dado lo anterior, es común que los pacientes recurran a la medicina alternativa o complementaria (MAC). Los estudios realizados en el plano mundial en población que padece EII registran una frecuencia de uso de MAC que oscila entre 21% y 60%. En la actualidad no existe estadística de uso de MAC en la población mexicana con EII.

Objetivo: Determinar la prevalencia y caracterización del uso de MAC en la población con EII en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre (CMN-20N).

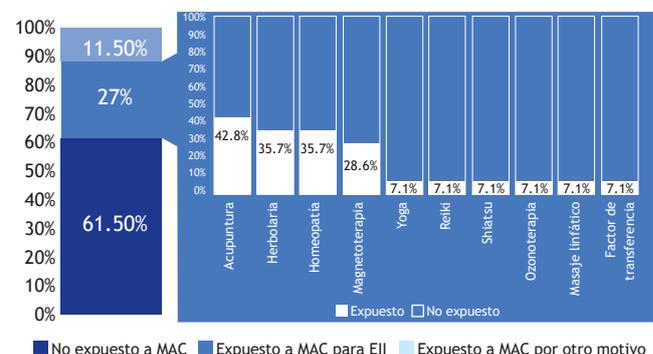
Material y métodos: Estudio observacional, transversal y retrospectivo en pacientes con diagnóstico de EII pertenecientes al centro de EII del CMN-20N. Se analizaron las variables: edad, género, escolaridad, tipo de EII y presencia de remisión según la puntuación de Mayo y el índice de Harvey-Bradshaw. Variables relacionadas con MAC: tipo, motivo de uso, tiempo de exposición, percepción de mejoría, persona que prescribió, consumo de medicamentos alópatas para tratamiento de la EII al momento de la exposición, y consumo actual de MAC. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas, tendencia central (media y mediana) y dispersión (desviación estándar y rango intercuartílico). Se realizó análisis inferencial mediante ji cuadrada y Kruskal-Wallis.

Resultados: Se incluyó a 52 pacientes con EII (78% con colitis ulcerosa y 22% con enfermedad de Crohn). El 38.5% se expuso a MAC: un 27% lo hizo de modo específico como auxiliar en el tratamiento de EII, mientras que el 11.5% restante lo hizo por algún otro motivo diferente de la EII (Fig. 1).

Los pacientes expuestos a MAC para EII tenían en promedio una edad de 51 ± 19 años, 64% pertenecía al sexo femenino y 71% concluyó el nivel universitario. Los tipos de MAC más empleados fueron: acupuntura (42.8%), herbolaria (35.7%) y homeopatía (35.7%). La mitad de los pacientes utilizó dos o más modalidades de MAC de forma concomitante. En el momento en que se recurrió a la MAC, el 91.6% de los pacientes conocía su diagnóstico y la exposición mediana a MAC fue de 4.5 ± 40.7 meses.

Los principales motivos de uso de MAC para EII fueron como tratamiento complementario en un 58.3% y falta de percepción de mejoría en un 33.3% de los pacientes. En el 25% de los casos, los enfermos recurrieron a la MAC luego de la recomendación de un profesional de la salud. Al momento de iniciar la MAC, el 83.2% se encontraba bajo tratamiento convencional (mesalazina: 74.6%, mesalazina + azatioprina: 8.3%) y sólo un 16.5% se hallaba en tratamiento con fármacos biológicos. Del total de individuos expuestos a

Figura 1. Prevalencia de exposición a la medicina alternativa complementaria y principales modalidades de uso para la enfermedad inflamatoria intestinal. (Lun132)



MAC para EII, un 58.3% percibió mejoría de los síntomas. Del total de pacientes que recurrió al principio a la MAC para EII, un 25% consume aún alguna modalidad de ésta.

Al comparar el grupo expuesto a MAC para EII con el no expuesto, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas en variables sociodemográficas y desenlaces clínicos.

Conclusiones: La exposición a MAC para el tratamiento de EII fue del 27%. Las principales modalidades de MAC para EII fueron acupuntura, herbolaria y homeopatía. No se demostró relación entre uso de MAC para EII y desenlaces clínicos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun133

USO DEL ÍNDICE NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS COMO PREDICTOR DE ACTIVIDAD EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

F. I. García-Juárez, E. G. Salgado-Parra, M. Gutiérrez-Velasco, A. Rodríguez-Guajardo, Hospital Regional "Licenciado Adolfo López Mateos"

Introducción: El índice neutrófilos/linfocitos (INL) es un marcador inflamatorio en algunas enfermedades cardiovasculares y puede tener algún valor en el pronóstico de éstas. Algunos estudios han comparado este índice en las enfermedades cardiovasculares, con base en la fisiopatología y con énfasis en el proceso inflamatorio. El cociente entre el número absoluto de neutrófilos y el número absoluto de linfocitos guarda relación con los valores de citocinas proinflamatorias.

Objetivo: Establecer una relación entre el índice neutrófilos/linfocitos y el nivel de actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn, CU, indeterminada) en pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos.

Material y métodos: El estudio se realizó en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, en el servicio de gastroenterología donde se tomó al total de pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal. La muestra se conformó con pacientes mayores de 18 años que formaban parte de la base de datos de enfermedad inflamatoria intestinal (CU, enfermedad de Crohn o colitis indeterminada); no se consideró a los pacientes sin un diagnóstico claro. Para la recolección de datos se incluyó un formulario con las siguientes variables: nombre, edad, sexo, tipo de EII, escalas de actividad (True Love, SCAII, CDAI), valores de laboratorios como hemoglobina, neutrófilos totales, linfocitos totales, VSG, PCR, tratamiento actual, cifras de calprotectina, y se realizaron interrogatorios para establecer escalas de actividad de la enfermedad y exploración física.

Resultados: Se realizó un análisis multivariado de regresión logística para delimitar las relaciones del índice neutrófilos/linfocitos, cifras de leucocitos, PCR y VSG con EII activa; este análisis reveló que el INL podría ser un parámetro de utilidad para determinar actividad o no en la enfermedad inflamatoria intestinal. A través de la

curva ROC se determinó que el punto de corte para establecer actividad de la enfermedad era igual a 2, con una sensibilidad que alcanzaba hasta el 85% y especificidad de 85%, con VPP 85% y VPN 85%. El punto de corte de VSG para poder determinar enfermedad activa fue de 25 (mm/h), pero la sensibilidad y especificidad fueron bajas, de 40% y 50% respectivamente. El valor de corte de PCR para determinar la enfermedad activa fue 0.45 con una sensibilidad del 70% y una especificidad del 75% (Tabla 1).

Conclusiones: El INL es una herramienta fácil de usar por su disponibilidad; siempre debe tomarse en cuenta que algunos factores, como procesos infecciosos, neoplasias y consumo de fármacos, pueden influir en el resultado. Existen pocos informes que avalen el INL; este estudio puede servir como antecedente de respaldo de estudios posteriores. En esta investigación no se realizó el índice linfocitos-monocitos, el cual puede servir también como marcador independiente para diferenciar la actividad de la enfermedad.

Financiamiento: Propio.

Lun134

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 110 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

C. Jaramillo-Buendía, E. W. Rojo-Contreras, G. Ochoa-Guerrero, Hospital General Regional 110 IMSS Jalisco

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno inflamatorio crónico del tracto gastrointestinal representado por colitis ulcerativa crónica idiopática y enfermedad de Crohn. Existe terapéutica diversa, desde la farmacológica convencional hasta la biológica con diferentes mecanismos de acción; la adherencia farmacológica es fundamental para obtener una respuesta al tratamiento; existen escalas de medición de aceptación internacional, como MMAS-8, para evaluar el grado de apego farmacológico.

Objetivo: Conocer la adherencia al tratamiento farmacológico en el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General Regional 110 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo realizado por el servicio de gastroenterología de un hospital de segundo nivel de atención a pacientes con diagnóstico de EII que asistieron al servicio de la consulta externa. Se incluyó al 100% de los pacientes atendidos durante el periodo de 11 meses de estudio que cumplieron los criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos, mayores 18 años con diagnóstico de EII que cumplieran los criterios de Lennard-Jones, con diagnóstico y tratamiento convencional > 6 meses, a los cuales se les aplicó el cuestionario MMAS-8 como control y seguimiento del tratamiento. Se realizó un análisis estadístico con frecuencias y proporciones en variables cualitativas; en las cuantitativas se usaron media, mediana, moda, desviación estándar.

Tabla 1. Índice neutrófilos/linfocitos (INL). EII, enfermedad inflamatoria intestinal; VPP, valor predictivo positivo; VPN, valor predictivo negativo. (Lun133)

	Inactiva (n = 23)	Activa (n = 11)	Área bajo la curva	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPP	VPN
INL	< 1.9	≥ 2	0.90	85	85	85%	85%
PCR	0.31	0.45	0.7	70%	75%	60	65%
VSG	≤ 24	> 25	0.52	40	50	56%	50%

dar, χ^2 para la diferencia de proporciones y t de Student para medias entre grupos; se utilizó el programa SPSS v22.

Resultados: Del total de la base de datos de 198 pacientes, 172 padecían colitis ulcerosa crónica idiopática (86.8%), que según la clasificación de Montreal por extensión fueron: E1 (42), E2 (58) y E3 (72); 72 eran hombres y 100 mujeres; 26 tenían enfermedad de Crohn (13.2%), 16 hombres y 10 mujeres. En tratamiento convencional se hallaban 185 y en el biológico 13 (todos anti-TNF). Se obtuvieron 80 evaluaciones mediante el cuestionario MMAS-8 (Tabla 1): el 55% ha olvidado alguna vez tomar sus medicamentos; el 65% olvidó tomar los fármacos al menos alguna vez en las últimas dos semanas; un 80% ha interrumpido el fármaco de vez en cuando o reducido la dosis sin comentarlo con el médico por sentirse peor al tomarlo. Al salir de viaje, 16.3% ha olvidado llevar sus medicamentos. Sólo el 8% olvidó tomar los fármacos el día anterior a la consulta; el 85% ha dejado de tomar algunas veces los medicamentos cuando siente que la enfermedad está controlada. Un 68.8% siente de vez en cuando presión

para continuar los fármacos y el 74% nunca ha tenido dificultad para recordar la toma de sus medicamentos.

Conclusiones: Es importante contar con un método objetivo para conocer la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. En este estudio, el 55% de los pacientes ha suspendido en alguna ocasión sus tratamientos y un 85% ha dejado de tomar algunas veces los fármacos por sentirse bien, por lo que es importante lograr una adecuada adherencia para evitar complicaciones y progresión de la enfermedad y mantener la remisión.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Lun135

GRADO DE CONOCIMIENTO ACERCA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE EN MÉDICOS DE PRIMER CONTACTO EN MÉXICO

R. Contreras-Omaña, E. P. Nieto-Correa, G. Navarro-Bustamante, G. Vázquez-Elizondo, P. C. Gómez-Castaños, O. Gómez-Escudero, S. Téllez-Jaén, Centro de Estudio e Investigación en Enfermedades Hepáticas y Toxicológicas, Pachuca, Hgo

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es una de las principales causas de consulta para el médico de primer contacto. Sin embargo, en México aún no se han conducido estudios para determinar el grado de conocimiento que el clínico posee acerca de él.

Objetivo: Evaluar el grado de conocimiento acerca del diagnóstico y tratamiento del síndrome del intestino irritable en médicos de primer contacto en México.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, epidemiológico y transversal, entre los meses de abril y julio de 2021. Se llevó a cabo mediante la aplicación de una encuesta a médicos de primer contacto que laboran en hospitales públicos y privados de distintas áreas del país. Dicha encuesta constó de 22 preguntas que fueron previamente validadas mediante estudio piloto llevado a cabo de enero a febrero del 2021, y que revisaron cuatro expertos nacionales en el tema (GNB, GVE, PCGC y OGE); la aplicación se efectuó mediante distribución a través de redes sociales y los resultados se evaluaron con medidas de tendencia central y dispersión; el análisis se realizó en el programa estadístico SPSS versión 23. El porcentaje mínimo a tomar en cuenta para considerar un conocimiento adecuado se calculó en un 70% de respuestas correctas.

Resultados: Se encuestó a un total de 117 médicos de primer contacto, 52.1% del sexo femenino, 52.1% en el grupo de edad de 25 a 34 años y 49.6% con 5 a 20 años de práctica médica. Hasta 41.9% trabaja en el IMSS, seguido de 39.3% en la práctica privada. Dentro de las áreas con mejor calificación se observó que 94% de los médicos conoce la definición actual del SII según los criterios de Roma IV, 73% conoce que las alteraciones motoras, la disbiosis y los FODMAP son parte de la fisiopatología; 81.2% sabe lo que son los FODMAP y los identifica, 58% utiliza la escala de Bristol en el abordaje de sus pacientes, 91.5% emplea los criterios de Roma IV en el diagnóstico inicial del SII, 80.3% conoce los fármacos antiespasmódicos, 53.7% identifica la amitriptilina como un neuromodulador intestinal, 75.2% complementa el tratamiento con apoyo psicológico, 67.5% utiliza probióticos en el tratamiento de estos pacientes y 95% considera importante reconfortar al paciente (*reassurance*). Entre las áreas con menor calificación se observó que 40.2% aún considera la distensión abdominal como parte integral del diagnóstico, 44% no identifica todos los componentes fisiopatológicos de la enfermedad, 63.3% no conoce los subtipos clínicos del SII, 94.9% desconoce los efectos a largo plazo de una dieta estricta sin FODMAP, 53.8% desconoce que el SII con estreñimiento es el subtipo más frecuente en

Tabla 1. Escala MMAS-8 ítems. (Lun134)

Escala de adherencia al tratamiento de Morisky 8 ítems (MMAS-8)	Opciones de respuesta	
	Sí = 0	No = 1
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su enfermedad inflamatoria intestinal?	Sí = 0	No = 1
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones a un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día que se le olvidó tomar la medicina para su enfermedad inflamatoria intestinal?	Sí = 0	No = 1
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejó de tomar la medicina sin decirselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	Sí = 0	No = 1
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar su medicina para su enfermedad inflamatoria intestinal?	Sí = 0	No = 1
5. ¿Tomó la medicina para su enfermedad inflamatoria intestinal ayer?	Sí = 1	No = 0
6. Cuando siente que su enfermedad inflamatoria intestinal está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	Sí = 0	No = 1
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas, ¿se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su enfermedad inflamatoria intestinal?	Sí = 0	No = 1
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Nunca/casi nunca Rara vez Algunas veces Habitualmente Siempre	1 0.75 0.5 0.25 0

México, 65% no reconoce adecuadamente los datos de alarma, 78.8% desconoce la existencia y utilidad de fármacos como la prucaloprida y la lubiprostona, y hasta 35% considera todavía de utilidad la metoclopramida y la butilioscina en el tratamiento del SII con estreñimiento. El promedio general de respuestas correctas a la encuesta fue de 56.2% (insuficiente).

Conclusiones: En esta fase inicial del estudio se identificó que el grado de conocimiento acerca del diagnóstico y tratamiento del SII en médicos mexicanos de primer contacto se considera insuficiente; las principales áreas de oportunidad fueron una mayor enseñanza sobre la fisiopatología, los distintos subtipos de la enfermedad, el reconocimiento de datos de alarma y el tratamiento farmacológico.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun136

DESENLACE DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON COLITIS INESPECÍFICA

A. R. Guzmán-Cárcamo, C. Navarro-Gerrard, I. Severino-Ferreras, G. López-Gómez, E. Goudet-Vértiz, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La colitis describe la inflamación en el colon y se clasifica en enfermedades definidas: enfermedad inflamatoria intestinal (EII), colitis microscópica, colitis yatrogénica, colitis isquémica y colitis infecciosa. La colitis inespecífica, también conocida como colitis atípica, describe los casos que no muestran los rasgos característicos de una colitis específica. La falta de datos clínicos suficientes o de características patológicas distintivas impide una clasificación adicional en tipos etiológicos específicos de colitis. La importancia clínica de la colitis inespecífica no es clara, ya que existen estudios limitados. Notteghem et al. mostraron en 1993 que de 104 pacientes con colitis inespecífica, el 52.3% tuvo otro episodio en los tres años y el 54% se diagnosticó con colitis ulcerosa, el 33% con enfermedad de Crohn y el 13% permaneció sin clasificar, lo que sugiere que la colitis inespecífica podría ser una EII no diagnosticada.

Objetivo: Determinar el curso clínico de la colitis inespecífica a través de las colonoscopias con biopsias.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes sometidos a colonoscopias con biopsias durante el periodo de 2009 a 2019, cuyas biopsias determinaron colitis inespecífica. Los criterios de inclusión son biopsias de colonoscopias que muestren colitis inespecífica y seguimiento por consulta externa de gastroenterología. Se realizó una revisión de la historia clínica del registro electrónico desde el momento de la colonoscopia hasta la última consulta médica.

Resultados: Se incluyó en el estudio a 24 pacientes (18 mujeres y 6 hombres) en seguimiento por consulta externa de gastroenterología. Las indicaciones más frecuentes de colonoscopia fueron dolor abdominal (43.7%), sangre en heces (26.8%), diarrea (21.6%) y anemia (7.9%). De los pacientes sometidos a estudio, las mujeres y hombres tenían edad media de 59 y 54 años, respectivamente. Después de un promedio de cuatro biopsias en el tiempo de seguimiento se establecieron diagnósticos definitivos. Con respecto al sexo masculino, el 16.7% se diagnosticó con cáncer de colon ascendente, el 16.7% con colitis ulcerativa crónica inespecífica, el 33.3% con colitis eosinofílica y el resto de los pacientes continuó con diagnóstico de colitis inespecífica. Del grupo del sexo femenino, en 5.6% se concluyó colitis linfocítica, en 5.6% colitis eosinofílica, en 5.6% colitis colagenosa, en 5.6% enfermedad de Crohn, en 5.6% síndrome de intestino irritable mixto, y el resto de las pacientes (72%) tuvo colitis inespecífica en las biopsias.

Conclusiones: El 100% de los pacientes que tenían biopsias con colitis inespecífica se sometió a una colonoscopia posterior. De los resultados obtenidos de biopsias, en el grupo del sexo femenino se determinó un diagnóstico definitivo en 28%, pero sólo en el 5.6% se confirmó enfermedad de Crohn. Por su parte, en el grupo del sexo masculino se obtuvo diagnóstico definitivo en el 66.7% y sólo el 16.7% tuvo diagnóstico de colitis ulcerativa crónica inespecífica. Por lo tanto, aunque la colitis inespecífica más común es la colitis autolimitada, existe una parte que es enfermedad inflamatoria intestinal no diagnosticada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.