



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 15 de noviembre de 2021

Hígado, páncreas

Lun137

TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PROGRAMAS DE PROFILAXIS ENDOSCÓPICA Y TRATAMIENTO DEL SANGRADO DIGESTIVO DE ORIGEN VARICEAL DURANTE EL 2019 Y 2020

H. M. Delgado-Cortés, A. I. Reyna-Aréchiga, J. A. González-González, J. O. Jáquez-Quintana, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario de Monterrey

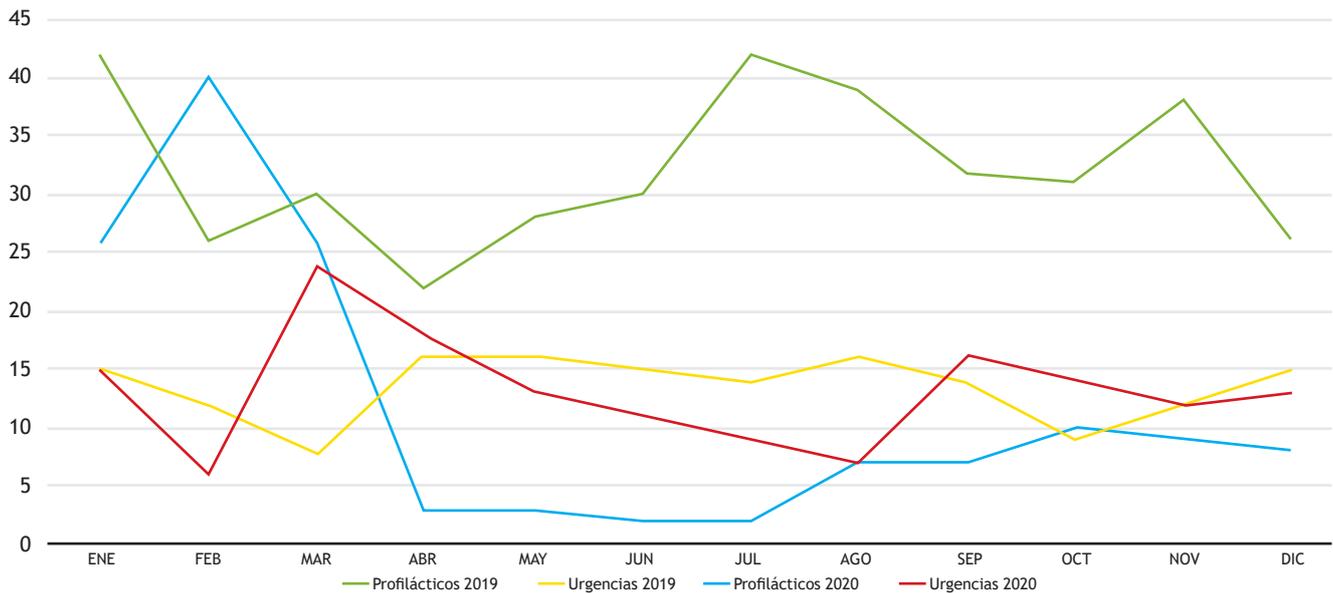
Introducción: El sangrado digestivo de origen variceal es una de las principales causas de mortalidad de los pacientes con hepatopatía crónica, por lo cual su prevención y tratamiento endoscópico, en caso de ocurrir, son uno de los principales objetivos a seguir en la atención de estos pacientes. En 2020, la epidemia por COVID-19, con las consecuentes medidas de reconversión hospitalaria y distanciamiento social, modificaron indirectamente la atención de los pacientes hepatópatas.

Objetivo: Determinar la tendencia epidemiológica en el Hospital Universitario de Monterrey de los estudios endoscópicos realizados con indicación de profilaxis (primaria y secundaria) y sangrado variceal en urgencias en el 2020, y realizar una comparación con el año anterior al inicio de la pandemia por COVID-19.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda retrospectiva de todos los estudios endoscópicos efectuados durante los años 2019 y 2020 de pacientes con diagnóstico de hepatopatía crónica, y se documentó la información con respecto a la indicación, el tratamiento ofrecido y el estadio de Child-Pugh.

Resultados: Se encontraron registros de 584 pacientes diferentes atendidos durante el periodo de 2019 y 2020. En 2019 se realizó un total de 548 estudios (profilaxis primaria 117, profilaxis secundaria 267, sangrado 164) comparado con 307 (profilaxis primaria 34, profilaxis secundaria 111 y sangrado 162) en 2020. En 2019, el número de endoscopias profilácticas y de urgencias se mantuvo estable durante todo el año con una cifra por mes de 22 a 44 para las profilácticas y de 8 a 16 para las de urgencias. En el 2020, y en relación con el inicio de la pandemia en México, en el mes de abril se presentó una drástica caída del número de pacientes ambulatorios referidos para endoscopia profiláctica y que se mantuvo durante todo el año, sin volver a pasar de los 10 estudios por mes; sin embargo, el número de endoscopias efectuadas por sangrado no observó un cambio significativo con respecto al año previo; los cambios mayores se identificaron por mes entre febrero (antes del inicio de la pandemia) con 6 estudios y marzo con 24 (Fig. 1). Durante el 2019, de las 548 endoscopias practicadas, 328 (59%) resultaban en alguna intervención, ligadura de varices (292) o aplicación de cianoacrilato (36); en 2020 de las 307, 218 (71%) concluyeron en intervención, 198 en ligadura y 20 en aplicación de cianoacrilato.

Conclusiones: Durante 2020, la reconversión hospitalaria tuvo un efecto significativo en los programas de atención de los pacientes hepatópatas, algo más evidente durante los primeros meses de la pandemia, momento en el cual se presentó un incremento máximo de los pacientes que acudían por sangrado al área de urgencias, quizá por el mayor flujo de pacientes derivado de la reconversión de otro hospital público en la región. Sin embargo, en los meses subsiguientes, la atención de estos pacientes no tuvo cambios significativos con respecto al año previo. Los programas de profilaxis

Figura 1. Estudios endoscópicos por mes realizados con indicación de profilaxis y sangrado: comparación de los años 2019 y 2020. (Lun137)

endoscópica han resultado los más afectados, por lo cual es probable que en los próximos meses se registre un nuevo ascenso del número de casos de sangrado.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun138

PREVALENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA, ESTEATOSIS HEPÁTICA POR ALCOHOL Y DAÑO DUAL EN POBLACIÓN MEXICANA

J. L. Pérez-Hernández, J. E. Lira-Vera, O. Morales-Gutiérrez, F. Higuera-de-la-Tijera, Y. L. Béjar-Ramírez, G. Gutiérrez-Reyes, P. Alagón-Fernández del Campo, F. Y. Vargas-Durán, A. K. Soto-Martínez, M. Martínez-Castillo, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción: El síndrome metabólico y el consumo de alcohol son las dos causas principales de hepatopatía crónica. A menudo predomina una de las dos anomalías para desarrollar hígado graso y la otra actúa como cofactor de la morbimortalidad. Hasta la fecha no se conoce con certeza el efecto de estas entidades por separado y su daño en sinergia en la población mexicana.

Objetivo: Determinar por elastografía transitoria la prevalencia de esteatosis hepática no alcohólica, esteatosis hepática por alcohol y daño dual en donadores del banco de sangre del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Material y métodos: Estudio piloto. Se estudió a los donadores del banco de sangre del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga que acudieron del 8 al 29 de junio de 2021. Se incluyó a los donadores ≥ 18 años, de cualquier género, con índice de masa corporal (IMC) ≥ 18.5 . Se excluyó a los donadores con hepatitis aguda de cualquier origen, que cursaran con otras causas de hepatopatía y con carcinoma hepatocelular o cualquier otra neoplasia hepática. Se eliminó a los donadores con serología positiva para hepatitis B o C y a aquellos que no acudieron a realización de elastografía. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyó a 30 donadores del 8 al 29 de junio y se eliminó a cuatro por no acudir a realización de elastografía. Hasta

7 (26.92%) de los 26 donadores cumplieron con niveles de parámetro de atenuación controlada (CAP) consistente con enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA)/esteatohepatitis no alcohólica (EHNA); el promedio de CAP (S3) fue de 339 dB/m y de 8.8 kPa el de la dureza hepática promedio (F2); cabe mencionar que un donador fue hallado con 25 kPa (F4). La edad promedio fue de 41.42 ± 11.57 años, con predominio del género femenino (57.14%). De estos 7 donadores, 3 tenían sobrepeso (IMC promedio: 28.56) y 4 obesidad (IMC promedio: 39.42); el donador con F4 era obeso grado II (38.67). Cuatro de estos donadores mostraban glucosa alterada en ayuno (promedio 109.5), sólo 1 (14.28%) tenía colesterol elevado y 2 (28.57%) hipertrigliceridemia. Ninguno presentó consumo riesgo de alcohol ni por patrón de consumo ni por AUDIT. Por otro lado, 2 (7.69%) de los 26 donadores cumplieron con CAP consistente con enfermedad por hígado graso alcohólico (EHGA)/esteatohepatitis alcohólica (EHA), con 260 dB/m de promedio de CAP (S1) y 13.3 kPa de dureza hepática promedio (F3); un donador registró una medición de 21.8 kPa (F4). La edad promedio fue de 31.5 ± 6 años, sin predominio de género. El donador tuvo puntuación AUDIT de 17 y patrón de riesgo de consumo excesivo de alcohol (117 g, 2 a 4 veces al mes), mientras que la donadora tuvo puntuación AUDIT de 7 y patrón de riesgo de consumo excesivo (208 g, 2 a 4 veces por mes) y fue quien tuvo F4 en la elastografía; ambos consumían cerveza. Por último, 1 donador (3.84%) masculino de 63 años refirió esteatosis hepática por daño dual, con CAP de 349 dB/m (S3 para daño metabólico y para alcohol) y 27.4 kPa (F4 para ambas causas). Este donador tenía obesidad de grado III (IMC 44.41), puntuación AUDIT de 4 y patrón de consumo excesivo (78 g, 2 a 4 veces al mes) a expensas de los destilados.

Conclusiones: Este estudio piloto demuestra que la esteatosis hepática en población mexicana es predominantemente no alcohólica, y todos los donadores con esta característica tienen, al menos, sobrepeso. En la población con esteatosis relacionada con alcohol, el consumo de riesgo excesivo es el prevalente, con frecuencia de 2 a 4 veces por mes y la cerveza es la bebida más frecuente. El daño dual, la obesidad y el consumo excesivo de destilados parecen ser la causa de la esteatosis grave; el único paciente de este grupo ya mostraba fibrosis avanzada, lo que hace sospechar que el daño dual acelera la progresión de la fibrosis.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun139

ELIMINACIÓN DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN USUARIOS DE DROGAS INTRAVENOSAS EN EL ESTADO FRONTERIZO DE SONORA CON ARIZONA

G. E. Castro-Narro, J. S. Pérez-Escobar, G. Aceves-Tavares, M. S. Medécigo-Vite, J. M. Tong-Payan, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Introducción: La microeliminación se recomienda como el enfoque de elección para poblaciones seleccionadas (es decir, prisioneros, consumidores de drogas intravenosas [CDI] bajo tratamiento de sustitución de opioides), en el marco de la estrategia de la Organización Mundial de la Salud para la eliminación del virus de la hepatitis C (VHC). Los estudios epidemiológicos indican una alta prevalencia del consumo de drogas en el norte de México. Según algunos cálculos de dos ciudades del norte (Tijuana y Ciudad Juárez), la prevalencia del VHC es del 96.0% y la mayoría de los CDI (87.5%) compartió su equipo de inyección usado con otras personas. No hay datos estadísticos disponibles en el estado de Sonora, que limita con el estado de Arizona.

Objetivo: Conocer la prevalencia del VHC en la población de CDI en los centros de rehabilitación de Sonora como programa piloto. Desarrollar un algoritmo de atención en pacientes con CDI de centros de rehabilitación.

Material y métodos: Se organizó un equipo de trabajo y se presentaron el programa de eliminación y la propuesta de valor a las autoridades locales, el coordinador de la comisión nacional contra las dependencias y los médicos de los centros de rehabilitación. Se diseñó un algoritmo para el diagnóstico de primer paso del VHC en CDI mediante el diagnóstico con pruebas rápidas, más estudios adicionales (carga viral) posteriores complementarios, evaluación del grado de fibrosis y complicaciones. También se definieron los centros clave de tamizaje y vinculación con la atención y se creó el programa de implementación (tamizaje y vinculación, tratamiento, seguimiento con atención en salud mental) y reducción de daños para prevenir la reinfección.

Resultados: Estudio descriptivo y transversal. Se incluyeron en el proyecto 94 centros en nueve ciudades del estado de Sonora entre noviembre del 2020 y el 21 de marzo del 2021. Se analizó a 3,173 CDI, 769 dieron positivo y 610 (19.2%) se confirmaron con carga viral positiva. El 90.9% correspondió a hombres y el intervalo de edad incluido fue de 19 a 79 años; más del 50% de la población estudiada tenía entre 20 y 39 años. De los pacientes con VHC positivo, el 90% consumía medicamentos inyectables, el 8% inhalados y el 2% orales. Actualmente, 120 pacientes se hallan bajo tratamiento con antivirales de acción directa y los pacientes restantes están vinculados para comenzar el tratamiento pronto. El proyecto de eliminación del VHC en el estado de Sonora está en curso.

Conclusiones: El primer paso del proyecto de eliminación del VHC se llevó a cabo con esta población específica en el estado de Sonora con el fin de desarrollar un modelo integral de detección y vinculación con un equipo multidisciplinario, y se logró tamizar a la mayoría de la población, que se adaptó a las necesidades actuales.

Financiamiento: Ninguno.

Lun140

ANGIOSARCOMA EPITELIOIDE PRIMARIO DE HÍGADO

P. Vidal-Cevallos, L. A. Manzo-Francisco, J. Aquino-Matus, N. Aguilar-Olivos, Fundación Clínica Médica Sur

Introducción: El angiosarcoma (AS) primario de hígado es un tumor raro y agresivo, compuesto de células fusiformes o pleomórficas en la luz de los espacios vasculares hepáticos (sinusoides y vénulas terminales). Cada año se registran 200 casos en todo el mundo y representan el 2% de todas las neoplasias hepáticas primarias. Se ha correlacionado con hemocromatosis y enfermedad de von Recklinghausen. La presentación clínica es inespecífica (dolor abdominal, pérdida de peso, fatiga o masa abdominal palpable).

Objetivo: Describir un caso de angiosarcoma epiteliode primario de hígado.

Informe de casos: Hombre de 47 años sin antecedentes de importancia. Inicio un año previo con lumbalgia, un mes antes de la revisión se agrega pérdida de peso de 5 kg, cefalea, astenia e ictericia. Estudio de laboratorio de importancia: BT 4.13 mg/dl, BD 2.56 mg/dl, AST 349 UI/L, ALT 361 UI/L, GGT 1191 UI/L, FA 735 UI/L y DHL 319 UI/L. El ultrasonido hepático señaló colédoco normal y ecogenicidad heterogénea. La tomografía abdominal contrastada indicó hígado con densidad heterogénea con múltiples lesiones (entre 5 y 20 mm) que afectaban a todos los segmentos. Se realizó biopsia hepática que reveló angiosarcoma epiteliode con fibrosis extensa. La TEP-TC mostró proceso infiltrativo de hígado y bazo, así como lesiones óseas escleróticas y mixtas con componente lítico y fractura por aplastamiento en T2. La enfermedad progresó rápidamente que culminó en el fallecimiento del paciente.

Discusión: El AS primario de hígado representa < 5% de los sarcomas de tejidos blandos y se ha vinculado con carcinógenos químicos, si bien en 75% no se encuentran factores de riesgo. El dolor abdominal aparece en 60% de los pacientes, seguido de lumbalgia (12.5%). Los sitios más comunes de metástasis son los pulmones y los nódulos linfáticos y de modo ocasional bazo y hueso. El AS es casi siempre multicéntrico y daña a los dos lóbulos. Por lo general, el curso clínico es tórpido con una mortalidad sin tratamiento de 100% a los seis meses; con tratamiento tiene una supervivencia a dos años de 3%.

Conclusiones: El AS primario de hígado posee baja incidencia, pero actualmente es la tercera neoplasia primaria de hígado más común. Aunque la biopsia hepática no se recomienda de manera regular, su principal indicación e importancia radica en los pacientes con alteración de las pruebas de función hepática cuando existe duda diagnóstica, sobre todo ante la sospecha de una neoplasia hepática, ya sea primaria o con depósitos metastásicos.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Lun141

COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA DE CONDUCTOS PEQUEÑOS ASOCIADA A ENFERMEDAD DE CROHN. INFORME DE UN CASO

M. O. Santana-Montes, F. Higuera-de-la-Tijera, J. L. Montenegro-Tablada, P. F. Domínguez-Cardoso, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

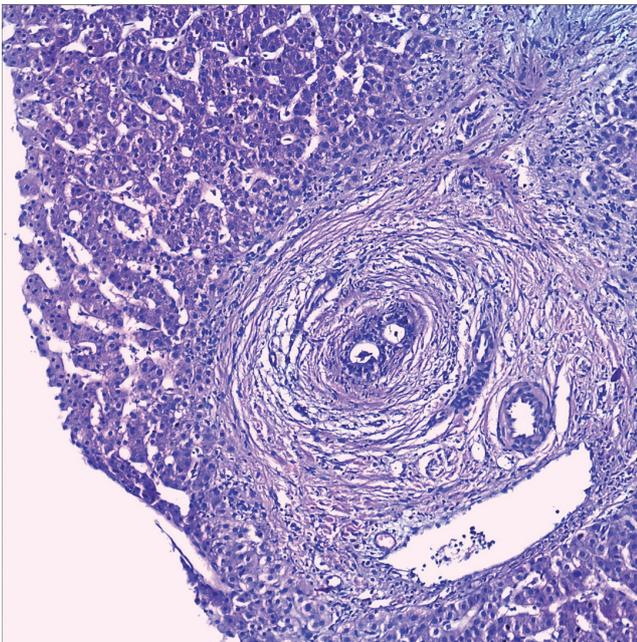
Introducción: La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una enfermedad hepática crónica colestásica caracterizada por daño de los conductos biliares intrahepáticos o extrahepáticos. Con una prevalencia en Estados Unidos y Europa < 50 casos por cada 100,000 habitantes, la CEP cumple los criterios de una enfermedad rara. Asimismo es la manifestación hepatobiliar más común de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), ya que hasta el 75% de los pacientes con CEP se diagnostica con EII.

Objetivo: Describir el caso de una relación rara entre dos anomalías, cuya prevalencia es de 0.7% a 1.2%.

Informe de casos: Paciente masculino de 25 años con antecedentes de EII, múltiples transfusiones y consumo ocasional de 150 g de alcohol/día. Ingresa en noviembre de 2020 por infección en el miembro

torácico derecho a nivel de la tercera falange de la mano ipsilateral. Durante el internamiento se realizó colonoscopia de control con biopsias y se identificó pancolitis ulcerada; el estudio histopatológico indicó enfermedad de Crohn con actividad inflamatoria crónica grave. En los estudios se observó anemia microcítica hipocrómica y un patrón colestásico en las pruebas de funcionamiento hepático. Egresó por mejoría clínica. Reingresó en enero del 2021 por astenia y pérdida de peso de 8 kg en tres meses. Los estudios de laboratorio reconocieron de nueva cuenta anemia microcítica hipocrómica y persistencia de la colestasis, por lo que se transfundieron hemoderivados y, debido a la alteración en las pruebas de funcionamiento hepático, se realizó ultrasonido de hígado y vías biliares que señaló hígado de características normales, sin dilatación de la vía biliar intrahepática o extrahepática. La colangiopancreatografía por resonancia magnética (1.5 teslas) confirmó esplenomegalia sin alteraciones en el hígado ni en la vía biliar. Se registró una determinación negativa de pANCA. Una biopsia hepática percutánea con aguja *tru-cut* (16 F), con informe histopatológico del parénquima hepático, reveló alteración de la arquitectura por ensanchamiento de espacios portales a expensas de fibrosis periductal concéntrica en tela de cebolla con epitelio ductal cúbico; se estableció el diagnóstico de colangitis esclerosante primaria (Fig. 1).

Figura 1. Fibrosis periductal concéntrica en tela de cebolla con epitelio ductal cúbico, elementos histológicos consistentes con colangitis esclerosante primaria. (Lun141)



Discusión: La presentación clínica en la CEP refleja la secuencia de daño a los conductos biliares que causa estenosis, colestasis y cirrosis biliar, con disfunción hepática progresiva. La CEP de conductos pequeños representa menos del 5% de los casos y la biopsia hepática es todavía indispensable para confirmar el diagnóstico. No es claro si la CEP de conductos pequeños es una etapa temprana, una variante leve o una entidad patológica separada con una causa distinta de la CEP de conductos grandes. La estrecha relación con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un sello distintivo de la anomalía. La prevalencia de CEP en la colitis ulcerativa (CU) es de 2.4% a 7.4%, en comparación con la enfermedad de Crohn cuya prevalencia es 0.7% a 1.2%. Estos datos apoyan que la CEP es predominantemente una enfermedad vinculada con la CU y no con la enfermedad de Crohn. También ha sido evidente un

marcado predominio masculino en pacientes con CU y CEP (prevalencia del 3% en hombres con CEP-CU y 1% en mujeres; 0.4% en hombres con CEP-enfermedad de Crohn) en comparación con aquellos que tienen CU sin colangitis esclerosante primaria.

Conclusiones: La CEP y sobre todo la presentación con afectación de conductos pequeños se consideran todavía un reto diagnóstico en hepatología. Se desconoce su prevalencia en México y Latinoamérica y más aún la prevalencia de la vinculación de la variante de pequeños conductos y la enfermedad de Crohn; de ahí la importancia del informe de este caso.

Financiamiento: Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiamiento.

Lun142

ENFERMEDAD DE LYME DISEMINADA CON HEPATITIS AGUDA Y ENDOCARDITIS: INFORME DE CASO

A. Larios-Rojas, G. J. Parra-Torres, Hospital General de Zona 1 Tepic, Nay.

Introducción: La enfermedad de Lyme (EL) es un proceso multisistémico, provocado por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*. Es un problema de salud pública en Estados Unidos, con 300,000 casos por año. Tiene tres etapas, una localizada inicial que se manifiesta como eritema migrante, ausente en el 10% a 15%; una segunda diseminada temprana, con artralgias migratorias (60%), meningitis y neuropatías radicales (15%); y una tercera etapa tardía. En un 5% hay cardiopatía con insuficiencia cardíaca o arritmias y algunos informes de caso de endocarditis; asimismo anorexia (23%), dolor abdominal (8%), hepatomegalia (5%), síntomas de hepatitis (10%) y hepatitis subclínica (27%). La hepatitis como complicación de la EL se observa en pocos informes de caso como hepatitis granulomatosa o hepatitis secundaria a EL recurrente, en la cual el diagnóstico se establece por títulos séricos de *B. burgdorferi* y respuesta al tratamiento antibiótico.

Objetivo: Presentar el primer caso de hepatitis aguda y endocarditis con lesión bivalvular por EL sistémica con respuesta al tratamiento antibiótico.

Informe de casos: Hombre de 34 años que presenta fatiga, fiebre, artralgias, hiporexia de un mes de evolución y pérdida de peso. Estudios de laboratorio normales al inicio de los síntomas, con proteína C reactiva elevada. Tratado inicialmente con azatioprina (50 mg al día) y deflazacort (6 mg día) en las últimas dos semanas por sospecha de enfermedad autoinmunitaria. En el reintrogatorio refirió picadura de *Ixodoide*, dos semanas antes del inicio de los síntomas y con posterioridad se detectan ALT > 5,000 U/l, AST > 1,200 U/l, daño renal agudo AKI 2, hiperbillirrubinemia y coagulopatía; se inició ceftriaxona (2 g por día), vitamina K (10 mg c/24 h), y se solicitan anticuerpos IgM *B. burgdorferi* 82.2 UA/ml (positivo > 22), anticuerpos antinúcleo, mitocondria y músculo liso negativos, gammaglobulinas normales, virus hepatotrofos y TORCH negativos. Experimenta mejoría clínica y bioquímica a los cinco días (ALT 2 028 U/l, AST 325 U/l), creatinina (1 mg/dl), INR 1.4. Se realizó ecocardiograma que mostró disfunción bivalvular (mitral y aórtica); se realizó reemplazo de ambas válvulas con prótesis metálicas y resección de vegetaciones (diagnóstico transoperatorio) y se continuó tratamiento con ceftriaxona por 21 días y doxiciclina por 21 días. Muestra mejoría clínica posterior.

Discusión: Existe poca evidencia científica de hepatitis aguda en la EL, lo que hace difícil la sospecha diagnóstica cuando se presenta; se han informado dos casos relacionados con la EL sistémica sin antibióticoterapia previa y uso de corticoesteroide. En este caso se

presenta un caso de EL con hepatitis aguda (presentación atípica) posterior al uso de deflazacort, con lesión bivalvular y endocarditis y mejoría total al concluir el tratamiento antibiótico, tal y como lo refieren las publicaciones médicas.

Conclusiones: La baja prevalencia de EL hace difícil la sospecha y abordaje de estos pacientes en la región, además de que las manifestaciones atípicas de la enfermedad sólo se han documentado en algunos informes de caso y sin un precedente de transaminasemia tan elevada, lo que descarta otras causas; puede considerarse en un futuro una manifestación de EL en pacientes con diagnóstico o sospecha de esta enfermedad, aun sin síntomas cutáneos.

Financiamiento: No.

Lun143

FALLA HEPÁTICA SUBAGUDA COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE WILSON. INFORME DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Bravo-Cabrera, M. A. Sicsik-Aragón, A. Navarro-Sánchez, A. L. Osorio-Núñez, M. S. González-Huezo, Centro médico ISSEMyM Metepec

Introducción: La enfermedad de Wilson es un padecimiento autosómico recesivo ocasionado por una mutación en el gen *ATP7B* (ATP-asa transportadora de cobre) y caracterizado por acumulación tóxica sistémica del cobre. Afecta sobre todo a hígado, sistema nervioso central y glóbulos rojos. Es poco frecuente (1 en 40,000 personas) y la edad de presentación fluctúa entre los 5 y 35 años. Más del 65% se presenta como cirrosis y sólo un 5% inicia como falla hepática.

Objetivo: Describir el caso de una mujer de 35 años con falla hepática subaguda secundaria a enfermedad de Wilson.

Informe de casos: Mujer de 35 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de dos años de diagnóstico y consumo ocasional de herbolaria. Inició padecimiento en febrero del 2021 con astenia, adinamia y dolor epigástrico, con adición de ictericia ocho días después. Acudió a valoración médica, en la que se realizaron estudios de laboratorio: Hb 11.5 mg/dl, QS, ES y tiempos de coagulación normales. La serología de hepatitis (A, B, C), TORCH, AMA y ANA es negativa, sólo con elevación de ASMA (1:320). El ultrasonido reveló hígado pequeño, parénquima homogéneo, con aumento de la ecogenicidad y bazo de 10.2 mm. Se inició tratamiento con prednisona y azatioprina ante la sospecha de hepatitis autoinmunitaria. Cuatro semanas después hay deterioro en los estudios de laboratorio, por lo que se incrementó la dosis de azatioprina y prednisona. En mayo del 2021 se agregó encefalopatía hepática y ascitis e incremento de ictericia; se hospitalizó en la unidad de referencia. Durante la hospitalización presentó alucinaciones, distonías y deterioro sistémico y se la trasladó a esta unidad el 16 de junio del 2021. Al tratarse de una paciente joven con falla hepática subaguda, síntomas neurológicos y anemia se sospechó enfermedad de Wilson por lo que se solicitaron estudios dirigidos. Los resultados fueron los siguientes: anemia hemolítica Coombs (-), anillos de Kayser-Fleischer presentes mediante exploración con lámpara de hendidura, ceruloplasmina 11 mg/dl (nl: 18-53 mg/dl) y cobre urinario 70 µg/24 h (nl: 40-60 µg/día). Se estableció el diagnóstico de enfermedad de Wilson. Durante su hospitalización avanzó el deterioro clínico y bioquímico, caracterizado por coagulopatía y encefalopatía. El 28 de junio se realizó enlace a centro especializado en trasplante.

Discusión: Se presenta el caso de una mujer joven con falla hepática subaguda, sin respuesta al tratamiento para hepatitis autoinmunitaria, pero con anemia hemolítica y manifestaciones neuropsiquiátricas. El diagnóstico de enfermedad de Wilson se realiza con los criterios de Leipzig y una puntuación de 4 o más establece el diagnóstico. Los criterios incluyen datos clínicos, bioquímicos y genéticos; esta paciente tuvo 7 puntos: anillos de

Kayser-Fleischer (2 puntos), manifestaciones neurológicas (2), anemia hemolítica Coombs negativo (1), ceruloplasmina sérica disminuida (1) y cobre sérico elevado (1). Además, la relación FA/BT < 4 (2.53), AST/ALT > 2.2 (2.7) es frecuente en estos casos y debe suscitar sospecha diagnóstica, como en esta paciente. Por lo general se presenta en mujeres en su segunda o tercera décadas de vida y el único tratamiento efectivo en presencia de falla hepática es el trasplante hepático, ya que la mortalidad en ausencia de éste alcanza el 100%.

Conclusiones: La enfermedad de Wilson puede iniciar con manifestaciones clínicas variadas y es necesario tener el diagnóstico en mente para poder sospecharla y encaminar el abordaje hacia su diagnóstico, sobre todo en adultos jóvenes que tienen falla hepática aguda o crónica, y buscar de forma intencionada hallazgos indicativos de esta entidad.

Financiamiento: Ninguno.

Lun144

HAMARTOMATOSIS BILIAR MÚLTIPLE (COMPLEJO DE VON MEYENBURG) A PROPÓSITO DE UN CASO

X. García-León, D. García-Domínguez, A. L. Osorio-Núñez, M. S. González-Huezo, Centro médico ISSEMyM Metepec

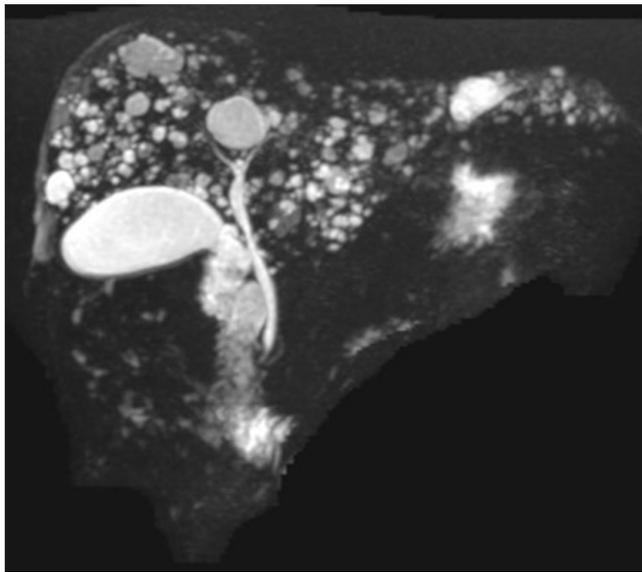
Introducción: La hamartomatosis biliar múltiple o complejo de von Meyenburg (CVM) consiste en malformaciones congénitas benignas originadas en conductos biliares intrahepáticos; Von Meyenburg la describió por primera vez en 1918. En la mayoría de los casos se encuentran de forma incidental en laparotomías, necropsias o estudios de imagen. Tiene una prevalencia de 0.6% a 5.6% en necropsias y 1% en estudios de imagen. Su hallazgo es más frecuente en mayores de 35 años, mujeres y pacientes con enfermedad poliquística hepática o renal. Por lo regular es asintomática, en ocasiones genera colangitis e hipertensión portal y su progresión a un proceso maligno es rara (0.18%). La biopsia puede realizarse en caso de duda diagnóstica y en ella se revelan conductos biliares con dilatación quística revestidos por una sola capa de epitelio cuboidal regular incrustado en un estroma de colágeno.

Objetivo: Describir la presentación clínica, abordaje diagnóstico y revisión de las publicaciones médicas de un paciente con hamartomatosis biliar múltiple.

Informe de casos: Paciente masculino de 51 años que inicia con mialgias, artralgiyas y febrícula; se diagnostica faringoamigdalitis y se inicia ceftriaxona y amikacina. Persiste la fiebre y dos días después se agrega ictericia que exige hospitalización por sospecha de colangitis. Es enviado a este hospital y a su ingreso sólo hay ictericia, sin otros datos relevantes; los resultados de laboratorio de ingreso fueron: leucocitos 6.8 x 103/µL, HB 13.2 g/dl, plaquetas 177 x 103/µL, Cr 0.96 mg/dl, BT 4.9 mg/dl, BD 3.9 mg/dl, FA 303 U/L, AST 93 U/L, ALT 96 U/L, albúmina 6.1 g/dl, INR normal. La bioquímica hepática se normalizó al suspender los antibióticos. El ultrasonido reconoció múltiples lesiones quísticas sin vascularidad en su interior en el modo Doppler y la TAC identificó múltiples lesiones quísticas en fases simple y contrastada, sin comunicación con vía biliar. La RMN (Fig. 1) revela enfermedad poliquística sin obstrucción de vía biliar. Se consideraron como diagnósticos diferenciales enfermedad poliquística hepática, enfermedad de Caroli y hamartomatosis biliar múltiple. Se realizó biopsia hepática que mostró múltiples conductos de tamaño pequeño a moderado, dilatados y separados por estroma fibrocolágeno, con epitelio de revestimiento formado por células cuboidales aplanadas.

Discusión: La hamartomatosis biliar múltiple plantea un desafío diagnóstico debido a sus características superpuestas con otras anomalías, entre ellas enfermedad de Caroli la cual se descartó al no existir continuidad de los hamartomas con el árbol biliar y una edad

Figura 1. RMN que muestra múltiples imágenes ovoides y redondas, de bordes definidos, distribuidas en el parénquima hepático que no se comunican con el árbol biliar; vía biliar sin obstrucción. (Lun144)



de presentación más temprana; enfermedad poliquística del adulto, descartada ante la falta de antecedente familiar y quistes renales (con estas enfermedades comparte su origen embriológico caracterizado por el defecto en el desarrollo de la placa ductal); y también lesiones malignas del hígado, que presentan característicamente realce con medio de contraste en el estudio de imagen. Al existir duda diagnóstica, siempre es necesario realizar biopsia como en el caso de este paciente.

Conclusiones: El CVM es una malformación infrecuente; en este caso particular, las alteraciones de la bioquímica hepática permitieron realizar un abordaje por imagen e histología para determinar el diagnóstico; sin embargo, no requiere tratamiento ni seguimiento.

Financiamiento: Ninguno.

Lun145

ESCRUTINIO DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

L. M. Cruz-Rodríguez, I. Cervantes-Contreras, D. A. Ortiz-Hernández, E. S. García-Jiménez, R. Virgen-Montelongo, D. K. Tapia-Calderón, M. Lazcano-Becerra, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”

Introducción: La depresión es una anomalía multifactorial con alta incidencia y prevalencia en el plano mundial. Los pacientes cirróticos, en virtud de su alteración subyacente, descompensaciones, ingresos hospitalarios y apoyo socioeconómico, tienen múltiples factores de riesgo para esa anomalía. La escala de Kessler es un instrumento breve de escrutinio potencialmente útil y de fácil aplicación, cuya puntuación permite identificar el grado de riesgo de depresión en el paciente. Es importante en este grupo de pacientes realizar este escrutinio ya que en ocasiones se abordan otras descompensaciones de forma inicial y la depresión se subdiagnostica o se trata de modo inapropiado, lo que compromete la evolución, recuperación y calidad de vida.

Objetivo: Determinar la frecuencia de riesgo de depresión en pacientes con cirrosis hepática.

Material y métodos: Estudio prospectivo y descriptivo. Se incluyó a pacientes consecutivos con diagnóstico de cirrosis hepática (CH) de mayo a junio del 2021 del servicio de gastroenterología del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde; estos individuos fueron objeto de la escala Kessler para escrutinio de riesgo de depresión y se determinó un riesgo > 21 puntos en el cuestionario. Se realizaron tablas de frecuencias para sus características demográficas y análisis univariado. Se analizaron tablas cruzadas para el análisis bivariado, así como la prueba χ^2 para determinar diferencia porcentual y significancia estadística entre las variables relevantes.

Resultados: Se incluyó a 38 pacientes ($n = 38$). La media de edad fue de 50 años ($DE \pm 11.082$) y la mayoría de estos correspondió a hombres con 78.9%. Las principales causas de la CH fueron alcohol (52.6%) y hepatitis C (23.6%), seguidos por otros factores como hepatitis autoinmunitaria (5.2%) y hepatitis B (5.2%). De estos pacientes, la mayoría tenía Child-Pugh (CP) B (42.1%). La media de MELD fue de 17.64 ($DE \pm 8.167$). El 100% de la población presentó criterios de riesgo de depresión de acuerdo con el cuestionario de Kessler y del total sólo el 39.4% tuvo riesgo de depresión alto o muy alto (Kessler > 21). La diferencia porcentual según el CP para el riesgo de depresión fue de 3.7% ($p = 0.8$). El mayor grupo con riesgo de depresión fue el de Child-Pugh B con 43.75%. El riesgo fue mayor en los pacientes cuya causa era el alcohol (40%) respecto del 33.3% por hepatitis C como los dos principales factores etiológicos, con una diferencia porcentual de 6.7% entre ambos ($p = 0.7$).

Conclusiones: El riesgo de depresión en los pacientes cirróticos es independiente del estadio de la enfermedad y se observa mayor relación con su causa; este problema se identifica en una proporción de pacientes con necesidad de valoración por salud mental y en éstos es importante dar seguimiento al riesgo moderado con fines de vigilancia y prevención de la progresión.

Financiamiento: Propio.

Lun146

EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN MEXICANA CON MAFLD: ¿EXISTE UN SISTEMA IDEAL?

U. García-Mora, I. G. A. Salgado-Álvarez, S. M. Pinto-Gálvez, A. D. Cano-Contreras, C. Durán-Rosas, B. A. Priego-Parra, A. Triana-Romero, M. Amieva-Balmori, F. Roesch-Dietlen, Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares representan una de las principales causas de mortalidad en el mundo. En fecha reciente surgió la definición de enfermedad por hígado graso relacionado con disfunción metabólica (MAFLD, *metabolic associated fatty liver disease*), que considera como parte de los criterios diagnósticos la disfunción metabólica, por lo que no es de sorprender que los pacientes con esta anomalía hepática cursen además con un mayor riesgo cardiovascular (RCV). Aunque existen ahora múltiples sistemas para evaluar el RCV, se desconoce cuál de estos sistemas es mejor en pacientes con MAFLD.

Objetivo: Determinar y evaluar el RCV con los sistemas de Framingham, Globorisk y OMS 2019 en pacientes con MAFLD y diabetes mellitus en población mexicana.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y descriptivo realizado en una cohorte de 585 pacientes evaluados en el Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana y el Centro de Servicios en Salud (CESS) durante el

periodo de febrero a marzo del 2020. Tras un muestreo dirigido, se conformó una cohorte de sujetos residentes de los municipios de Veracruz y Boca del Río en el estado de Veracruz, de quienes se obtuvo previo consentimiento informado y evaluación médica integral, la cual consistió en antecedentes personales, antropometría, perfil bioquímico y ultrasonido hepático. Para el análisis se incluyó a mayores de 40 años con criterios de MAFLD y se determinó su RCV de acuerdo con los sistemas de Framingham, Globorisk y OMS 2019. Con base en los sistemas de RCV, se clasificaron tres categorías: riesgo leve, moderado y grave, que se subanalizaron tras considerar la presencia y ausencia de diabetes mellitus (DM). Las variables cualitativas se describieron por frecuencia absoluta y relativa y las cuantitativas por medidas de tendencia central y dispersión. La comparación entre grupos se evaluó mediante ji cuadrada.

Resultados: De la cohorte epidemiológica se evaluó a 125 pacientes con MAFLD, con edad media de 54.4 ± 8.8 años, 63% de mujeres y IMC de 32.3 ± 5.3 kg/m². Por Globorisk se encontró a 83 pacientes (65.4%) en RCV leve, 31 (24.4%) moderado y 11 (8.7%) grave; con el sistema de Framingham a 46 pacientes (36.2%) leve, 36 (28.3%) moderado y 43 (33.9%) grave; y con el sistema de la OMS 2020 se encontró a 99 (78%) leve, 24 (18.9%) moderado y 43 (33.9%) grave. La mayoría de los pacientes con RCV grave tenía antecedente de DM. Mediante el sistema de Framingham, todos los pacientes con MAFLD más DM se consideraron como RCV grave (22.4%), mientras que más de la mitad de la población sin DM se concentró en el grado leve de Globorisk y OMS 2019 ($p = 0.000$). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Clasificación de pacientes con MAFLD de acuerdo con el riesgo cardiovascular ($n = 125$). (Lun146)

Riesgo cardiovascular	DM	Grado			P
		Leve	Moderado	Grave	
Globorisk	Sí	6 (4.8)	11 (8.8)	11 (8.8)	0.000
	No	77 (61.6)	20 (16)	0	
Framingham	Sí	0	0	28 (22.4)	0.000
	No	46 (36.8)	36 (28.8)	15 (12)	
OMS 2019	Sí	13 (10.4)	13 (10.4)	2 (1.6)	0.000
	No	86 (68.8)	11 (8.8)	0	

Conclusiones: Los sistemas de RCV muestran distribución heterogénea entre las categorías en pacientes con MAFLD sin DM y el sistema de Framingham es el que posee mayor prevalencia de RCV grave. Por otro lado, al añadir MAFLD más DM se demuestra el incremento del RCV en todos los sistemas de RCV empleados. Aunque no se ha determinado cuál escala de RCV es la ideal en pacientes con MAFLD, puede aseverarse que el sistema de Framingham es superior a los sistemas de la OMS y Globorisk para RCV grave, aunque se recomienda realizar estudios de cohorte prospectivos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun147

HIPERURICEMIA COMO PREDICTOR DE LESIÓN RENAL AGUDA Y MUERTE EN HEPATITIS ALCOHÓLICA

D. K. Tapia-Calderón, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, A. I. Tornel-Avelar, V. A. Jiménez-Hernández, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Chávez, E. C. Morel-Cerda, E. S. García-Jiménez, F. A. Félix-Téllez, Hospital Civil de Guadalajara

Introducción: La hiperuricemia se ha vinculado con enfermedad renal crónica, enfermedades cardiovasculares, enfermedad vascular cerebral, nefropatía diabética, síndrome metabólico y lesión renal aguda (LRA) por sus efectos proinflamatorios y antiangiogénicos. Existe evidencia de que contribuye al desarrollo de esteatosis hepática al causar estrés oxidativo mitocondrial e intracelular y producir alteraciones en la oxidación de los ácidos grasos. La hiperuricemia se relaciona con la gravedad histológica del daño hepático en pacientes con NAFLD (*non-alcoholic fatty liver disease*). Los valores elevados de ácido úrico (AU) pueden inducir vasoconstricción renal, alteraciones en la autorregulación y activación de la cascada inflamatoria que lleva a la disminución de la tasa de filtración glomerular. Los pacientes con hiperuricemia podrían tener disfunción renal crónica subclínica y mayor predisposición al desarrollo de LRA. Se ha demostrado que la hiperuricemia es un factor de riesgo de LRA y mortalidad en pacientes hospitalizados. La relación entre hiperuricemia y riesgo de LRA no se ha descrito antes en pacientes con enfermedad hepática alcohólica (EHA).

Objetivo: Describir la relación que existe entre las concentraciones de AU elevadas y la presencia de LRA, sepsis y mortalidad en pacientes hospitalizados con EHA.

Material y métodos: Estudio analítico y retrospectivo que incluyó a 63 pacientes con EHA que ingresaron a un hospital de tercer nivel desde agosto del 2020 hasta junio del 2021. Se registraron las características demográficas, parámetros de laboratorio, presencia de cirrosis y escalas de pronóstico. Los pacientes se clasificaron en dos grupos: aquellos con hiperuricemia y pacientes con AU normal, con un punto de corte de AU > 6 mg/dl; con posterioridad se comparó la frecuencia de LRA, sepsis (de acuerdo con los criterios de Sepsis-3) ($qSOFA \geq 2$) y mortalidad en ambos grupos. Se realizó estadística descriptiva y se analizaron las variables cualitativas para determinar su nexo a través de la prueba ji cuadrada con el software SPSS versión 24.

Resultados: Se analizó a 42 pacientes con EHA, la mayoría hombres (88.1%), con una edad media de 45.31 años, casi todos con cirrosis hepática (90.4%) y más del 90% ($n = 36$) en estadio Child-Pugh C, con una media de MELD de 26.26 puntos y MELD-Na de 28.8 puntos. El 85.7% de los pacientes tenía hepatitis alcohólica grave según el índice de Maddrey > 32 puntos, con una media de ABIC de 7.7 puntos y Glasgow-HA de 7.9 puntos. Casi la mitad de los pacientes (47.6%) cumplió criterios de falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) de acuerdo con CLIF-C ACLF, de los cuales 7 (35%) fueron de grado I, 8 (40%) de grado II y 6 (30%) de grado 3. El 42.9% de los pacientes mostró hiperuricemia (AU > 6). La mayoría de los pacientes con hiperuricemia tuvo LRA a su ingreso (83.3%) en comparación

Tabla 1. Relación entre hiperuricemia y lesión renal en pacientes hospitalizados con hepatitis alcohólica. (Lun147)

	Hiperuricemia (AU \geq 6) (n = 18)	Sin hiperuricemia (AU < 6) (n = 24)	
Lesión renal aguda	15 (83.3%)	6 (25%)	($p = 0.000$)
Hepatitis alcohólica grave (Maddrey > 32 puntos)	18 (100%)	18 (75%)	($p = 0.02$)
Sepsis ($qSOFA \geq 2$)	10 (55.5%)	7 (29.1%)	($p = 0.18$)
Mortalidad	7 (38.8%)	4 (16.6%)	($p = 0.1$)

con 25% del grupo con AU normal ($p = 0.000$); todos los pacientes del grupo con hiperuricemia tuvieron hepatitis alcohólica grave en comparación con 18 (75%) del grupo con AU normal ($p = 0.02$); 10 (55.5%) de los pacientes del grupo de hiperuricemia y 7 (29.1%) del grupo con AU normal desarrollaron sepsis ($p = 0.18$); la frecuencia de mortalidad fue mayor en los pacientes con hiperuricemia; 7 (38.8%) enfermos del grupo con hiperuricemia y 4 (16.6%) del grupo con AU normal fallecieron ($p = 0.1$) (Tabla 1).

Conclusiones: Los pacientes con hiperuricemia tuvieron significativamente mayor riesgo de lesión renal aguda en comparación con pacientes con AU normal; la frecuencia de hepatitis alcohólica grave, sepsis y mortalidad también fue mayor en el grupo de pacientes con AU sérico > 6 mg/dl. Al margen de que el AU sea un factor predictor de LRA, se le debe conceder atención, aunque ningún estudio ha demostrado que la disminución de los valores de AU con medicamentos reduzca el riesgo de LRA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para la realización de este estudio.

Lun148

UTILIDAD DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON HEPATITIS ALCOHÓLICA

D. K. Tapia-Calderón, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, A. I. Tornel-Avelar, V. A. Jiménez-Hernández, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Chávez, L. A. Mercado-Jáuregui, E. S. García-Jiménez, M. Lazcano-Becerra, Hospital Civil de Guadalajara

Introducción: Los pacientes con cirrosis hepática (CH) sufren alteraciones en la barrera intestinal, translocación bacteriana y endotoxemia. Como consecuencia de estas alteraciones existe un aumento de las citocinas inflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa e IL-6, cambios hemodinámicos y respuesta inflamatoria sistémica. El índice neutrófilo-linfocito (INL) es un marcador simple de inflamación subclínica relacionado con incremento de granulocitos y monocitos, que en pacientes con CH es una herramienta del pronóstico que prevé el desarrollo de infecciones bacterianas hospitalarias y mortalidad. El síndrome de respuesta inflamatoria sistémica es un determinante mayor de falla orgánica múltiple y mortalidad en hepatitis alcohólica (HA), incluso en ausencia de infección. Pocos estudios han señalado la utilidad del INL en HA.

Objetivo: Describir la relación que existe entre el índice neutrófilo/linfocito elevado y desenlaces desfavorables (infecciones, sepsis y mortalidad) en pacientes con HA.

Material y métodos: Estudio retrospectivo analítico que incluyó a 63 casos consecutivos ingresados con diagnóstico de HA en un hospital de tercer nivel desde agosto del 2020 hasta junio del 2021. Se registraron las características demográficas, parámetros de laboratorio, cirrosis, escalas del pronóstico y desenlaces desfavorables, como infección, sepsis (de acuerdo con los criterios de Sepsis-3) y muerte. Se calculó el INL al dividir la cantidad de neutrófilos totales entre los linfocitos totales. Los pacientes se clasificaron en dos grupos: aquellos con INL elevado y pacientes con INL normal, con un punto de corte de $\text{INL} \geq 8$ y se comparó la frecuencia de desenlaces desfavorables (infecciones, sepsis y mortalidad) en ambos grupos. Se realizó estadística descriptiva y se analizaron los datos en software SPSS versión 24.

Resultados: Se analizó a 63 pacientes con diagnóstico de HA, de los cuales la mayor parte correspondió a hombres (87.3%), con una edad media de 45.3 años, de los cuales el 84.1% tuvo HA grave (índice de Maddrey > 32 puntos). La mayoría tenía CH (90.4%) y de ellos 52 (91.2%) eran Child-Pugh C y 5 (8.7%) Child-Pugh B, con una

media de MELD de 27.49 puntos. Sólo cinco pacientes tenían infección por VHC. El 74.6% presentó infección documentada al ingreso. La infección de foco único más frecuente fue la infección de vías urinarias (65.9%), seguida de neumonía (55.3%) y peritonitis bacteriana espontánea (10.6%). Respecto al INL, el 59.5% tuvo una puntuación ≥ 8 . Se documentó sepsis en 36.5% de los pacientes ($\text{qSOFA} \geq 2$), de los cuales 18 (78.2%) tenían $\text{INL} \geq 8$. Las diferencias en infección al ingreso y sitio de infección (neumonía, IVU y PBE) no fueron estadísticamente significativas. El hallazgo de un $\text{INL} \geq 8$ fue significativamente más elevado en pacientes con sepsis que en sujetos sin sepsis, y se observó una diferencia porcentual del 33.6% ($p = 0.006$). En cuanto a la mortalidad hospitalaria, una cuarta parte de los pacientes falleció (25.3%) y más de la mitad (68.7%) de los pacientes que fallecieron tenía un $\text{INL} \geq 8$. El porcentaje de pacientes con $\text{INL} \geq 8$ que fallecieron fue significativamente mayor que los pacientes con $\text{INL} < 8$ ($p = 0.0094$) (Tabla 1).

Tabla 1. (Lun148)

Desenlace	INL ≥ 8 (n = 35)	INL < 8 (n = 28)	Total	
Con infección al ingreso	28 (80%)	19 (67.8%)	47	
Neumonía	16 (45.7%)	10 (35.7%)	26	
Infección de vías urinarias	20 (57.1%)	11 (39.2%)	31	
Peritonitis bacteriana espontánea	3 (8.5%)	2 (7.1%)	5	
Infección de tejidos blandos	1 (2.8%)	2 (7.1%)	3	
Sepsis ($\text{qSOFA} \geq 2$)	18 (51.4%)	5 (17.8%)	23	($p = 0.006$)
Mortalidad	11 (31.4%)	5 (17.8%)	16	($p = 0.0094$)

Conclusiones: EL $\text{INL} \geq 8$ se vinculó con mayor frecuencia de sepsis ($\text{qSOFA} \geq 2$) y mortalidad. En pacientes con HA grave y sospecha de infección podría ser de utilidad, en conjunto con otros marcadores como procalcitonina y PCR.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para la realización de este estudio.

Lun149

FACTORES ASOCIADOS A REINGRESO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON HEPATITIS ALCOHÓLICA

V. A. Jiménez-Hernández, J. A. Velarde-Chávez, L. M. Cruz-Rodríguez, J. I. Cervantes-Contreras, A. I. Tornel-Avelar, D. K. Tapia-Calderón, E. S. García-Jiménez, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara

Introducción: El abuso de alcohol y la enfermedad hepática crónica se relacionan con altas tasas de reingreso hospitalario en pacientes con hepatitis alcohólica (HA). Las crecientes tasas de hospitalizaciones recurrentes vinculadas con el trastorno por consumo de alcohol anticipan mayores costos de atención médica y crecientes dificultades económicas. Los factores que se relacionan con el reingreso en pacientes con hepatitis alcohólica (HA) están poco analizados.

Objetivo: Describir los factores demográficos, clínicos y de laboratorio relacionados con una mayor frecuencia de reingreso en pacientes hospitalizados con HA.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó 63 casos consecutivos con diagnóstico de HA en un hospital de tercer nivel desde agosto del 2020 hasta junio del 2021. Se registraron las características demográficas, parámetros de laboratorio, presencia de cirrosis hepática (CH) y sus descompensaciones y escalas para el pronóstico. Se excluyó a los enfermos que fallecieron; los pacientes se clasificaron en dos grupos: aquéllos con al menos un reingreso y pacientes que no reingresaron. Se describieron las características de ambos grupos, incluidas las escalas del pronóstico (Child-Pugh, MELD, MELD-Na, Maddrey, ABIC, Glasgow-HA y LACE), la descompensación (HTDA, encefalopatía, ascitis), la frecuencia de sepsis (de acuerdo con los criterios Sepsis-3) (qSOFA \geq 2), la frecuencia de infecciones bacterianas (neumonía, infección del tracto urinario y PBE), ACLF, índice neutrófilo/linfocito y parámetros de laboratorio como sodio sérico, bilirrubinas totales e INR. Se realizó estadística descriptiva y se analizaron los datos con el software SPSS versión 24.

Resultados: Se analizó a 63 pacientes con diagnóstico de HA, la mayoría hombres 55 (87.3%), con una edad media de 45.33 años, de los cuales 53 (84.1%) tenían HA grave con un índice de Maddrey $>$ 32 puntos. La mayor parte de los pacientes tenía CH (90.4%), más del 90% ($n = 52$) con Child-Pugh C y una media de MELD de 27.49 puntos. Una cuarta parte de los individuos (25.4%) falleció durante la hospitalización índice (HI) y 16 (25.4%) tuvieron al menos un reingreso, con una media de 31.94 días (4-152 días) desde el egreso de la HI hasta el primer reingreso. Otros 6 (9.5%) fallecieron en el primer reingreso. Se excluyó a los individuos que fallecieron en la HI ($n = 16$); los pacientes se clasificaron en dos grupos: aquéllos con al menos un reingreso ($n = 16$) y enfermos que no reingresaron ($n = 31$). La mitad de los pacientes que reingresaron presentó algún grado de encefalopatía hepática en la HI, en comparación con 14 (45.1%) de los que no reingresaron; la mitad de las personas con reingresos tuvo HTDA en la HI y sólo 8 (25.8%) de los que no reingresaron; la presencia de ascitis fue más frecuente en el grupo con reingresos que en el grupo sin reingresos (75% vs. 58%). La infección en la HI fue similar en ambos grupos (68.7% vs. 74.1%). No hubo diferencia en el valor de sodio o INR o en las escalas de pronóstico de Child-Pugh, MELD, MELD-Na, Maddrey, ABIC, Glasgow-HA o LACE. La frecuencia de ACLF fue mayor en el grupo con reingresos (43.7% vs. 38.7%).

Conclusiones: Las descompensaciones de la CH, como hemorragia, encefalopatía, ascitis y ACLF, fue más frecuentes en los pacientes con al menos un reingreso que en aquellos que no reingresaron, aunque ninguno de los factores analizados fue útil para anticipar reingresos hospitalarios. La mortalidad es aún alta incluso en los ingresos subsecuentes y las escalas de pronóstico actuales son útiles para determinar la gravedad de los pacientes con HA, pero no hubo diferencia entre las puntuaciones de los pacientes que reingresaron y los que no.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para la realización de este estudio.

Lun150

CORRELACIÓN DE PARÁMETROS BIOQUÍMICOS HEPÁTICOS: AMINOTRANSFERASAS, BILIRRUBINA TOTAL Y ALBÚMINA, COMO PREDICTORES DE SEVERIDAD Y FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA MORTALIDAD DE COVID-19 EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UMAE, IMSS PUEBLA

D. F. Negrete-Gómez, E. I. González-Bravo, D. E. Meléndez-Mena, A. J. Montiel-Jarquín, Unidad Médica de Alta Especialidad Aguascalientes, Aguascalientes

Introducción: En la actualidad, la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) ha alcanzado la condición de pandemia y toda la población del mundo se enfrenta a esta infección y por ello es un tema de interés común para las ciencias médicas, incluidas las especialidades. Algunos estudios publicados sugieren una relación positiva de la alteración de parámetros bioquímicos hepáticos, con gravedad y mortalidad de COVID-19.

Objetivo: Correlacionar los parámetros bioquímicos hepáticos alterados con la gravedad y mortalidad en pacientes hospitalizados con infección por SARS-CoV-2, en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio descriptivo, homodémico, unicéntrico, transversal y retrospectivo; se realizó la revisión de expedientes de pacientes hospitalizados con COVID-19, confirmada con prueba positiva por PCR RNA de SARS-CoV-2, que presentaran parámetros bioquímicos hepáticos alterados, de manera específica aminotransferasas (ALT y AST), bilirrubina total (BT) y albúmina, y se correlacionaron con la gravedad y mortalidad de COVID-19. Se realizó análisis estadístico de forma descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión; para demostrar la hipótesis se utilizaron ji cuadrada y Kaplan-Meier para determinar la mortalidad.

Resultados: Se incluyó a 179 pacientes con edad promedio de 54 años; predominaron el grupo etario de 55 a 63 años, el género masculino (59%), el sobrepeso y la obesidad (78%). Un 46% de los pacientes mostró elevación de glucosa en ayuno \geq 126 mg/dl y un 16.2% tuvo COVID-19 grave de acuerdo con FR. Un total de 136 pacientes presentó SDRa y de éstos 27 tenían SDRa grave (15%); se registró un 25.7% de defunciones por COVID-19. El promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 11.43 días y de los 179 pacientes se encontró una ALT \geq 40 U/l en 77, de los que 14 desarrollaron gravedad por COVID-19 de acuerdo con FR y 11 SDRa grave; se encontró una AST \geq 40 U/l en 93 pacientes, de los cuales 18 tuvieron COVID-19 grave de acuerdo con FR y 19 pacientes sufrieron SDRa grave (Tabla 1); se encontró una BT \geq 1 mg/dl en 20 pacientes, de los que 2 desarrollaron COVID-19 grave de acuerdo con FR y 1 tuvo SDRa grave; se encontró albúmina \leq 2.9 g/dl en 88 pacientes y de ello 15 tenían COVID-19 grave de acuerdo con FR y 15 SDRa grave. Los pacientes mostraron una supervivencia de 42% para ALT \geq 40 U/l contra una supervivencia de 46% para ALT \leq 39 U/l, con seguimiento al día 24 de estancia intrahospitalaria; se encontró una supervivencia de 30% para AST \geq 40 U/l contra una supervivencia de 35% para AST \leq 39 U/l y seguimiento al día 35; se obtuvo una supervivencia de 32% para BT \geq 1 mg/dl contra una supervivencia de 48% para BT \leq 0.9 mg/dl y seguimiento al día 28; y una supervivencia de 20% para albúmina \geq 3 g/dl contra una supervivencia de 15% para albúmina \leq 2.9 g/dl.

Tabla 1. Correlación de AST con SDRa grave en pacientes con COVID-19, en la UMAE Puebla, en el periodo de mayo a julio del 2020. Fuente: Hoja de recolección de datos. (Lun150)

AST *SDRa grave	SDRa		Total	X^2	P
	SDRa no grave	SDRa grave PaO ₂ /FiO ₂ \leq 100 mmHg			
\leq 39 U/l	78	8	86	4.320	0.038
\geq 40 U/l	74	19	93		
Total	152	27	179		

Conclusiones: No se identificó significancia estadística en la correlación de la gravedad de COVID-19 de acuerdo con FR y los parámetros bioquímicos hepáticos alterados, pero sí se reconoció una correlación estadísticamente significativa entre la AST \geq 40 y la presencia de SDRa grave con una $p = 0.038$. Sí existe una disminución de la proporción de supervivencia en los pacientes que tienen alteración de los

parámetros bioquímicos hepáticos en relación con los pacientes en los que estos parámetros se encuentran normales; en este caso se sugiere que la alteración de los parámetros bioquímicos hepáticos contribuye en la mortalidad por COVID-19.

Financiamiento: Los recursos financieros fueron proporcionados por los investigadores.

Lun151

ASLAMIENTOS MICROBIOLÓGICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON HEPATITIS ALCOHÓLICA

V. A. Jiménez-Hernández, J. A. Velarde-Chávez, L. A. Mercado-Jáuregui, F. A. Félix-Téllez, J. I. Cervantes-Contreras, A. I. Tornel-Avelar, D. K. Tapia-Calderón, E. S. García-Jiménez, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”

Introducción: La hepatitis alcohólica (HA) es una entidad frecuente que se caracteriza por daño hepático agudo con una gran reacción inflamatoria sistémica que puede conducir a la falla multiorgánica. Las infecciones son una de las principales complicaciones de la HA, con una mortalidad elevada. Se ha notificado que hasta un 30% de los pacientes hospitalizados con HA presenta infecciones al ingreso e incluso un 50% después del inicio del esteroide, por lo que se recomienda la búsqueda intencionada de focos infecciosos y la realización de cultivos para instituir un tratamiento antibiótico dirigido, controlar el foco infeccioso y favorecer un mejor desenlace.

Objetivo: Describir los principales agentes microbiológicos que causan infecciones bacterianas en pacientes hospitalizados con hepatitis alcohólica.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo; se revisaron expedientes de 62 pacientes que ingresaron con diagnóstico de HA en un hospital de tercer nivel desde agosto del 2020 hasta junio del 2021. Se registraron las características demográficas, parámetros de laboratorio y escalas del pronóstico, además de los cultivos de sangre, orina y líquido peritoneal (LP) realizados durante su hospitalización y se informaron los aislamientos microbiológicos. Los pacientes se clasificaron en dos grupos: enfermos con aislamiento microbiológico en algún cultivo e individuos con cultivos negativos; y se compararon la frecuencia de mortalidad, sepsis de acuerdo con los criterios Sepsis-3 (qSOFA \geq 2), reintegro, puntuación de LACE alto (> 9 puntos) e índice neutrófilo-linfocito (INL) \geq 8. Se realizó estadística descriptiva y se analizaron las variables cualitativas para determinar su relación a través de ji cuadrada con el software SPSS versión 24.

Resultados: Se incluyó a 62 pacientes con HA, la mayoría hombres (88.7%), con una media de edad de 45.23 años; el 83.9% (n = 52) tuvo HA grave y el 82.3% (n = 51) tenía cirrosis hepática Child-Pugh C, con una media de MELD-Na de 29.9 puntos. Se realizaron 60 hemocultivos y sólo en 5 (8.3%) se identificó algún aislamiento microbiológico; las bacterias aisladas fueron: *E. coli* BLEE negativo (2), *K. pneumoniae* BLEE negativo (1), *H. influenzae* (1) y *P. canis* (1), ninguna de ellas resistente a múltiples fármacos (RMF). Se realizaron 55 urocultivos, 14 (25.4%) positivos; los aislamientos microbiológicos fueron: *E. coli* BLEE positivo (4), *E. coli* BLEE negativo (4), *E. faecalis* (2), *K. oxytoca* BLEE positivo (1), *Enterococcus spp.* (1), *E. cloacae* (1) y *B. gladioli* (1). En la mitad de los urocultivos se aislaron bacterias RMF. Se realizaron 37 cultivos de LP, 6 (16.2%) positivos y las bacterias aisladas fueron: *E. coli* BLEE positivo RMF (4) y *Staphylococcus spp.* (2). De los 62 pacientes incluidos, 18 (29%) tuvieron algún cultivo con aislamiento bacteriano, mientras que 44 (70.9%) cultivos resultaron negativos. La mortalidad fue similar en ambos grupos, 27.7% en el grupo con cultivo positivo y 25% en el grupo con cultivos negativos; se diagnosticó sepsis con mayor frecuencia en el grupo con cultivo positivo (50% vs. 29.5%), el INL fue

similar en ambos grupos (50% vs. 59%) y los pacientes del grupo con cultivo positivo tuvieron significativamente mayor frecuencia de reintegros en comparación con el grupo con cultivo negativo (44.4% vs. 18.1%) (p = 0.03); la puntuación de LACE alto fue similar en ambos grupos (88.3% vs. 88.6%) (Tabla 1).

Tabla 1. (Lun151)

	Cultivo positivo (n = 18)	Cultivo negativo (n = 44)	
Mortalidad	5 (27.7%)	11 (25%)	(p = 0.87)
Sepsis (qSOFA \geq 2)	9 (50%)	13 (29.5%)	(p = 0.11)
INL \geq 8 puntos	9 (50%)	26 (59.09%)	(p = 0.52)
Reingresos	8 (44.4%)	8 (18.1%)	(p = 0.03)
LACE alto (> 9 puntos)	15 (83.3%)	39 (88.6%)	(p = 0.57)

Conclusiones: La frecuencia de cultivos con algún aislamiento bacteriano fue similar a la notificada en otros estudios, con aislamiento de bacterias RMF en más de la mitad de los cultivos; la presencia de cultivos positivos se relacionó de forma significativa con el reintegro hospitalario, por lo que es importante la búsqueda intencionada de foco infeccioso en el paciente con HA grave.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para la realización de este estudio.

Lun152

COMPARACIÓN DE DIVERSOS ÍNDICES UTILIZADOS EN PACIENTES CON CIRROSIS PARA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD E INFECCIÓN

B. A. Sánchez-Jiménez, M. Castillo-Barradas, C. M. Del Real-Calzada, F. Martínez-Silva, M. C. Baxín-Domínguez, M. T. Rizo-Robles, M. C. Bernardino-Del Río, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Debido al escaso rendimiento de biomarcadores aislados para la predicción de infección y muerte en pacientes con cirrosis, se han propuesto diversos marcadores que se relacionan con inflamación sistémica y podrían prevenir descompensación y muerte en estos pacientes, como el índice neutrófilo/linfocito (INL), índice linfocito/monocito (ILM), índice plaqueta/linfocito (IPL) e índice neutrófilo/monocito (INM). Asimismo, otras puntuaciones desarrolladas originalmente para anticipar fibrosis y sobrevida se han utilizado en fecha reciente para prevenir infección y muerte. Es el caso de los índices AST/plaquetas (APRI), APRI modificado, fibrosis-4 (FIB-4), AST/ALT, Child-Pugh (CPS) y el modelo de enfermedad hepática terminal (MELD, *model for end-stage liver disease*).

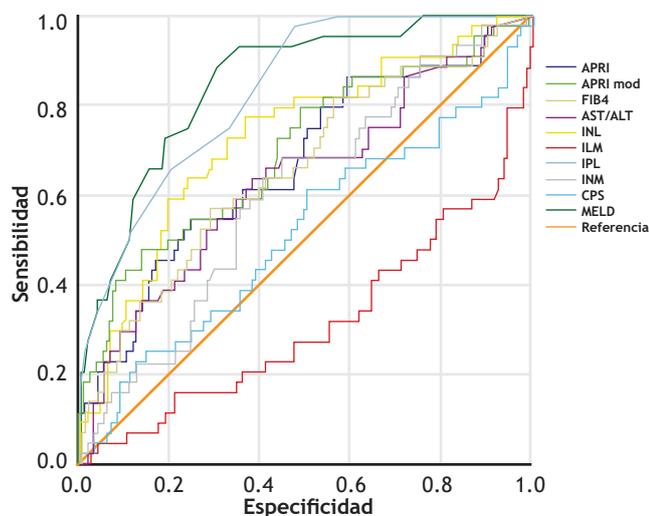
Objetivo: Comparar el rendimiento de los diversos índices y puntuaciones utilizados en pacientes con cirrosis para anticipar infección y muerte.

Material y métodos: Se trata de un estudio de cohorte en el que se incluyó a pacientes con cirrosis, de cualquier origen, que acudían a consulta externa o eran ingresados por cualquier causa a hospitalización entre enero de 2019 y junio de 2020 en el Centro Médico Nacional La Raza. Se realizó seguimiento a un año para evaluar la infección o muerte. Para el análisis descriptivo se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y media y desviación estándar para variables continuas. Las diferencias entre las variables se probaron con ji cuadrada para proporciones y prueba t para variables continuas. Se realizaron curvas ROC para determinar los índices o puntuaciones con mejor área bajo la curva (AUC). Para

el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS).

Resultados: Se incluyó a 414 pacientes, 69% de mujeres, con edad media de 57 años (19-84) y media de diagnóstico de cirrosis de 7.4 años (1-28). La principal causa fue la infección crónica por el virus de la hepatitis C (64%), seguida de hepatopatía relacionada con disfunción metabólica (17%); 49 pacientes (11.8%) desarrollaron infección y 48 (11.1%) murieron. En cuanto a la mortalidad, todos los índices mostraron diferencia al comparar sus medias ($p < 0.05$), excepto IPL (129.8 vs. 172.06, $p = 0.25$) e INM (10.5 vs. 17.2, $p = 0.192$). Asimismo, hubo diferencia significativa en la mayor parte de los índices en los pacientes que desarrollaron infección o no, excepto para APRI (4.59 vs. 2.83, $p = 0.10$), ILM (2.95 vs. 3.79, $p = 0.28$) e IPL (184 vs. 144, $p = 0.57$). La puntuación con mejor área bajo la curva para mortalidad fue MELD (AUC 0.854) (Fig. 1) y para infección fue CPS (AUC 0.902). El INL mostró un adecuado rendimiento para mortalidad (AUC 0.731) e infección (AUC 0.819) con una sensibilidad y especificidad de alrededor del 80% con un punto de corte > 3.6 para predecir infección.

Figura 1. Curvas ROC de mortalidad. (Lun152)



Conclusiones: En conclusión, el CPS y el MELD fueron las mejores puntuaciones para anticipar infección y mortalidad. De los índices evaluados en fecha reciente, el INL mostró una adecuada sensibilidad y especificidad, en particular para la predicción de infección en pacientes con puntuaciones de CPS y MELD bajas; sin embargo, al no ser un estudio controlado, los resultados deben tomarse con cautela.

Financiamiento: Ninguno.

Lun153

UNA CAUSA INUSUAL DE HÍGADO “OSCURO”: REPORTE DE UN CASO DE SÍNDROME DE DUBIN-JOHNSON

E. R. Castañeda-Quintana, R. C. Guerrero-Barrera, A. L. Kuljacha-Gastelum, Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital Regional de Especialidades UMAE 25 Monterrey, N.L.

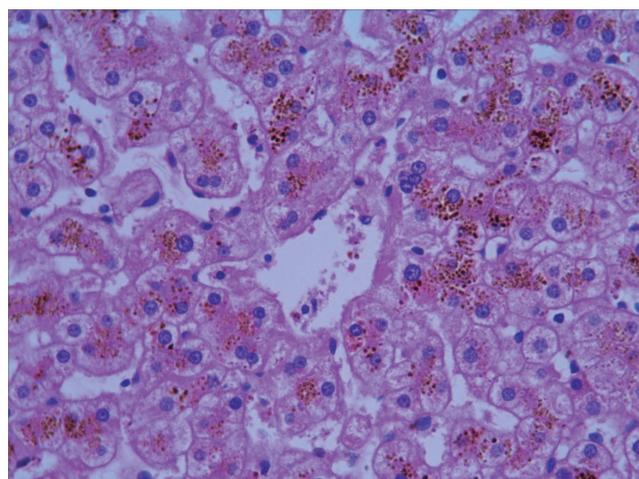
Introducción: El síndrome de Dubin-Johnson (SDJ) es un trastorno genético poco frecuente con una incidencia calculada de 1:100,000 habitantes. Proviene de mutaciones del gen de la subfamilia C del casete de unión de ATP (*ABCC2*). El gen *ABCC2* proporciona instrucciones para producir una proteína llamada proteína 2 de resistencia a múltiples fármacos (MRP2) que funciona como una proteína transportadora. La proteína MRP2 participa en el transporte de sustancias

fuera de las células y es esencial para la secreción de bilirrubina conjugada de los hepatocitos al sistema de conductos biliares para su excreción. La mutación del gen *ABCC2* da lugar a una deficiencia en la expresión de MRP2 canalicular y altera el transporte de bilirrubina conjugada al sistema de conductos biliares. La bilirrubina conjugada se acumula en los hepatocitos y los valores de bilirrubina conjugada aumentan en la sangre y el resultado característico es un hígado pigmentado. Otra característica típica se encuentra en las concentraciones de coproporfirina I en orina (CPlu) que son mayores que las de coproporfirina III.

Objetivo: Describir las características clínicas e histopatológicas de un paciente con SDJ.

Informe de casos: Paciente masculino de 15 años con antecedente de amigdalectomía a los cuatro años de edad y colecistectomía a los siete por colecistitis aguda. Inicia a los 13 años de edad con ictericia de escleras en forma intermitente y prurito ocasional en pliegues, axilas y espalda. Es valorado en forma inicial por el servicio de gastropediatria y se identifica en su bioquímica hepática elevación de la bilirrubina total con un valor máximo de 5 mg/dl a expensas de la directa con un valor máximo de 4 mg/dl. Transaminasas hepáticas normales. Se inicia abordaje diagnóstico con panel viral (VHC, VHB, parvovirus y Epstein-Barr) negativo y perfil inmunológico (AMA, ASMA, anti-LKM) negativo. El ultrasonido hepático y la colangiografía son normales. La biopsia hepática laparoscópica (07/06/2021) (Fig. 1) muestra hallazgos de un hígado de coloración macroscópica oscura, con informe histopatológico de retención pigmentaria intensa intracitoplasmática en hepatocitos. Acude a valoración al servicio de los autores en junio de 2021 enviado con diagnóstico de probable síndrome de Gilbert. Se recibe con ictericia y elevación de la bilirrubina directa a 4 mg/dl. Se revisan la evolución del caso y la biopsia hepática y se identifican hepatocitos con pigmento y características típicas de SDJ.

Figura 1. Biopsia hepática teñida con H-E en la cual se reconocen hepatocitos con pigmento de predominio en la zona 3, con características morfológicas de Dubin-Johnson. (Lun153)



Discusión: El SDJ se caracteriza por aumento de las bilirrubinas con predominio de la directa, sin elevación de transaminasas ni de hemólisis; los estudios de imagen no revelan alteración estructural y CPlu elevada. Un hallazgo de hígado “oscuro” debe suscitar la sospecha de este padecimiento. En presencia de la bioquímica típica y la elevación de CPlu, la biopsia hepática no se recomienda como procedimiento sistemático.

Conclusiones: El SDJ es una enfermedad benigna e inusual que no requiere tratamiento, ya que no hay progresión a cirrosis. Es importante tomarlo en cuenta como diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados con la bilirrubina conjugada para evitar estudios invasivos innecesarios.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para este estudio.

Lun154

EVALUACIÓN MACROSCÓPICA (MOSE)/IN SITU (ROSE) EN LA ADQUISICIÓN DE TEJIDO CON AGUJA FNB GUIADA POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO

V. Oregel-Aguilar, L. F. Torreblanca-Sierra, G. López-Arce, J. P. Gutiérrez-Camacho, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

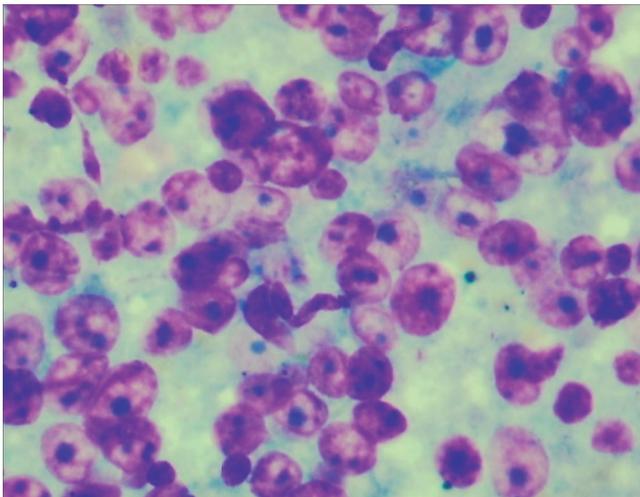
Introducción: En la actualidad, la toma de biopsia mediante ecografía endoscópica es el método de elección para la obtención de muestras de lesiones del tracto digestivo y otras adyacentes a éste. Sin embargo, existen limitaciones que en fecha reciente han surgido con el desarrollo de nuevas agujas y evaluación mediante obtención de núcleo macroscópico y evaluación *in situ*; estas herramientas permiten una obtención mejor del material para su análisis histológico.

Objetivo: Evaluar el método MOSE/ROSE en la adquisición de tejidos con aguja FNB guiada por ultrasonido endoscópico.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, observacional y prospectivo que incluye a todos los pacientes con lesiones sólidas que acudieron a toma de biopsia con aguja FNB guiadas por USE, con evaluación mediante MOSE o ROSE. Se eliminaron aquellos que no tenían expediente completo. Se evaluaron la edad, sexo, motivo de envío, indicación de ultrasonido endoscópico, método MOSE/ROSE, número de pases y resultado histopatológico.

Resultados: Durante el periodo del 15 de abril al 15 de julio del 2021 se realizó un total de 74 ultrasonidos endoscópicos, de los cuales 43.2% (32 casos) presentó lesiones sólidas que requirieron toma de biopsia con aguja FNB guiada por USE. La edad promedio fue de 52.9 años y el 59% correspondió a hombres; el diagnóstico de tumor de páncreas se estableció en 28.3%, de estenosis de colédoco en 21.8%, lesiones subepiteliales en 18.8%, ictericia en 12.5%, ampuloma en 9.3%, tumor hepático en 3.1% y engrosamiento de pliegues gástricos en 6.2%. De acuerdo con el resultado por USE se encontró como diagnóstico más frecuente tumor de páncreas en el 33.3%, estenosis del colédoco en 14.1%, tumores provenientes de la cuarta ecocapa en 18.8%, tumores retroperitoneales en 6.1%, tumor hepático en 6.1%, tumor gástrico en 6.1% y otros en 15.5%. Se logró un éxito técnico en el 100% y se requirió una media de 2.3 pases, de los cuales 65.6% se valoró mediante ROSE y 34.4% obtuvo

Figura 1. Evaluación histológica de extendido de hepatocarcinoma mediante aguja de FNB guiada por USE. (Lun154)



núcleo macroscópico en MOSE; no se registraron efectos adversos. De acuerdo con el resultado histopatológico, se reconoció tumor maligno en el 57.4%, GIST en 18.2%, hepatocarcinoma en 3.1%, pancreatitis en 3.1%, y negatividad para proceso maligno en 18.2%; se obtuvo material global en el 95% con dos pases. Se obtuvo una especificidad USE/ROSE del 97% y USE/MOSE del 84% (Fig. 1).

Conclusiones: La evaluación mediante citopatólogo *in situ* de tejido adquirido mediante aguja guiada por USE incrementa el rendimiento diagnóstico, lo cual contribuye a definir un tratamiento adecuado.

Financiamiento: No se obtuvo financiamiento.

Lun155

PANCREATITIS AUTOINMUNE TIPO 2 ASOCIADA A FIBROSIS DE REGIÓN PERICÁRDICA: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

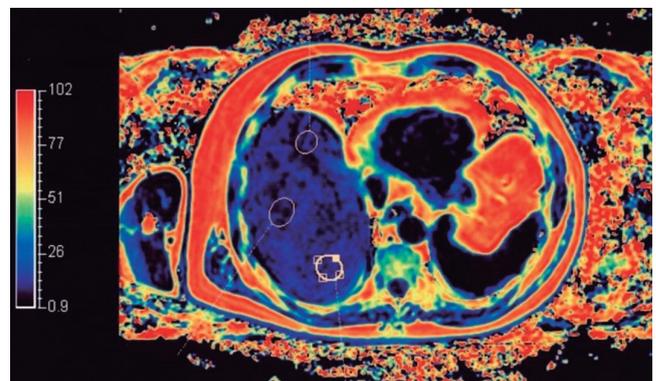
I. Piña-Demuner, A. Larios-Rojas, Z. E. Pérez-Cisneros, Hospital General de Zona 1, IMSS Tepic, Nay.

Introducción: La pancreatitis autoinmunitaria (PAI) es una enfermedad sistémica con afectación pancreática y de otros órganos, como la vía biliar, glándulas salivales, ganglios linfáticos, riñón o retroperitoneo. Pueden diferenciarse dos clases de PAI: tipo 1 o pancreatitis esclerosante linfoplasmocitaria y tipo 2 o pancreatitis centroductal idiopática. La diferencia fundamental ocurre en el plano histológico con la presencia de infiltrado de células IgG4 en la tipo 1 y ausencia o escasez en la tipo 2. En la PAI tipo 2 es más frecuente la presencia de dolor abdominal y antecedente de pancreatitis aguda recurrente. En los estudios de imagen se observa un aumento difuso de la glándula pancreática con bordes uniformes y realce tardío, con o sin anillo tipo cápsula, lo cual es un hallazgo muy indicativo. En cuanto al diagnóstico es importante el apoyo de los criterios HISORT. El tratamiento se debe instituir con esteroides e inmunosupresor durante cuatro semanas.

Objetivo: Presentar un caso de un paciente con PAI tipo 2 y sospecha diagnóstica por TEP y confirmación diagnóstica por respuesta terapéutica.

Informe de casos: Paciente masculino de 75 años de edad quien inicia con episodios de pancreatitis aguda recurrente tratado en el servicio de cirugía general, que no identifica la causa ya que ésta no tiene origen biliar ni metabólico. Acude al servicio de neumología por presentar disnea mrc 3-4, por lo que se realiza TAC de tórax por reconoce neumonitis e imagen nodular calcificada en tercio inferior del hemitórax derecho; se sospecha una causa autoinmunitaria o neoplásica; los anticuerpos e inmunoglobulinas son normales y la TEP revela fibrosis en la región pericárdica retroauricular derecha (Fig. 1), lo que lleva a sospechar PAI tipo 2 y se inicia de manera

Figura 1. TEP que revela fibrosis en la región pericárdica retroauricular derecha. (Lun155)



empírico tratamiento con prednisona y azatioprina; la respuesta es adecuada, sin nuevos episodios de dolor, así como ausencia de hospitalización por pancreatitis.

Discusión: La PAI tipo 2 se presenta en pacientes jóvenes y se vincula con enfermedad inflamatoria del intestino hasta en un 30%. Se ha descrito una mayor frecuencia con lesiones de la vía biliar extrapancreática y fibrosis. Esta última surge por causas inflamatorias, traumáticas e idiopáticas hasta en un 70%. En este caso, la fibrosis se localizó en la región pericárdica retroauricular derecha, una presentación muy infrecuente que hace difícil su sospecha. En este paciente se manifestó con dolor abdominal en relación con pancreatitis de repetición, sin respuesta al tratamiento convencional, y se descartaron causas metabólicas y biliares. Como único hallazgo

se identificó fibrosis, con buena respuesta al esteroide sistémico y el inmunosupresor de mantenimiento, en concordancia con la evidencia científica.

Conclusiones: La PAI es una enfermedad poco frecuente y de la cual no se cuenta con estudios recientes, por lo cual es necesario conocerla ya que se necesita un alto índice de sospecha para establecer su diagnóstico. Es una enfermedad sistémica autoinmunitaria que afecta con mayor frecuencia la vía biliar extrapancreática; de forma menos frecuente se reconoce la aparición de fibrosis inflamatoria. Como en este caso, se puede sospechar al contar con respuesta terapéutica con esteroides y se refleja con la ausencia de nuevos episodios de pancreatitis y dolor.

Financiamiento: Ninguno.