



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 22 de noviembre de 2022

Neurogastroenterología

Mar254

BRUNNEROMA COMO CAUSA INUSUAL DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

A. Meneses-Parga, M. Gálvez-Martínez, E. Rodríguez-Negrete, F. Chablé-Montero, G. Zafra-Hernández, R. Hernández-Maya, Hospital Centro Médico Nacional Siglo XXI Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez

Introducción: El adenoma de las glándulas de Brunner (brunneroma o hamartoma) es una lesión rara y benigna de las glándulas de Brunner; representa menos del 1% de los tumores primarios del intestino delgado y 5% a 10% de los tumores duodenales benignos. Predomina en las quinta a sexta décadas de la vida sin predilección de género. Con frecuencia es un hallazgo incidental durante una panendoscopia con una frecuencia de 0.01% a 0.07%. La hiperplasia de glándulas de Brunner se presenta usualmente como una lesión menor de 0.5 cm en comparación con un adenoma de Brunner o hamartoma, una lesión mayor de 0.5 cm.

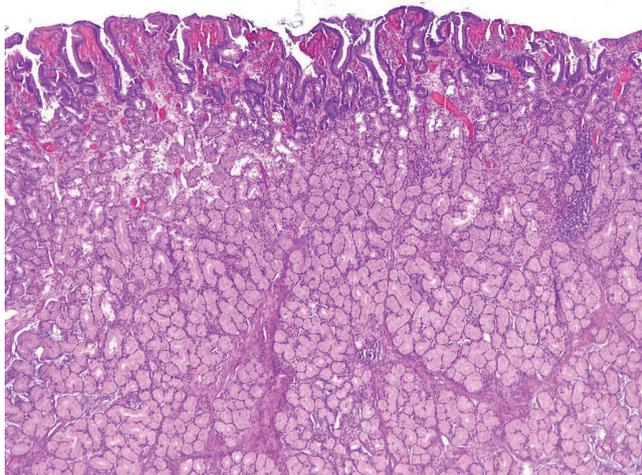
Objetivo: Dar a conocer un caso de sangrado de tubo digestivo alto secundario a un adenoma de glándulas de Brunner, una causa infrecuente.

Informe de caso: Paciente femenino de 52 años de edad con hipertensión arterial sistémica y enfermedad de Graves. Inicia con cuadro de síndrome anémico y evacuaciones melénicas en número de cuatro por día, moderada cantidad, de cinco días de evolución; la exploración física revela palidez mucotegumentaria generalizada, hipotensión arterial con tensión arterial de 90/60 mmHg y tendencia

a la taquicardia; estudios de laboratorio de ingreso: hemoglobina de 7.8 g/dL, trombocitosis reactiva de 602 000 y relación BUN:creatinina 15:1. La panendoscopia muestra lesión polipoide Paris 0-1p, ulcerada, en bulbo duodenal de tamaño aproximado de 4 cm x 2 cm x 2 cm; se decide practicar resección con asa caliente y colocación de dos hemoclips, sin complicaciones aparentes. La paciente se mantuvo hemodinámicamente estable sin evidencia de nuevo episodio de melena. El informe histopatológico fue de adenoma de glándulas de Brunner con focos de erosión, ulcerado y resección completa (R0). En la **Figura 1** se observa un corte histopatológico del bulbo duodenal con hiperplasia de las glándulas de Brunner, sin displasia ni atipia celular.

Discusión: Las glándulas de Brunner secretan líquido alcalino, el cual protege al epitelio duodenal del quimo ácido del estómago. Se ha sugerido como mecanismo fisiopatológico el daño repetido de la mucosa que activa mecanismos de reparación mucosa. En una serie de 27 pacientes con hamartoma de glándulas de Brunner se encontró 70% en bulbo duodenal y los signos clínicos más comunes fueron melena y anemia por deficiencia de hierro. El estudio endoscópico revela un nódulo submucoso en la primera o segunda porciones del duodeno. El ultrasonido endoscópico delinea una masa heterogénea, hipoeoica, en la capa submucosa. Feyrter clasificó la proliferación anormal de las glándulas de Brunner en los tipos 1: hiperplasia nodular difusa; tipo 2: hiperplasia nodular circunscrita; tipo 3: adenoma glandular con proyecciones polipoides tipo tumor > 1 cm (brunneroma). Debido a que existen casos de atipia celular focal y adenocarcinoma dentro de la lesión, se recomienda la resección endoscópica o quirúrgica cuando se sospecha brunneroma. El pronóstico es excelente sin informe de recurrencia después de la resección completa.

Figura 1. Corte histopatológico del hamartoma duodenal en el que se observa hiperplasia de las glándulas de Brunner. (Mar254)



Conclusiones: El brunneroma es un tumor benigno poco común del duodeno sin manifestaciones clínicas específicas. Su mecanismo fisiopatológico se desconoce aún, pero puede relacionarse con una hipersecreción ácida. La transformación maligna debe evaluarse de forma cuidadosa por histología junto con inmunohistoquímica, en especial si es de un tamaño grande y muestra cambios morfológicos. Si es necesario, se recomienda la resección endoscópica o quirúrgica. En este caso se efectuó una resección completa y la paciente experimentó una evolución clínica satisfactoria. El brunneroma es una causa poco común de sangrado de tubo digestivo alto que debe tomarse en cuenta como diagnóstico diferencial.

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

Mar255

VALIDACIÓN DEL SCORE ABC COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

J. L. Montenegro-Tablada, M. F. Higuera-De la Tijera, J. L. Pérez-Hernández, M. Motola-Kuba, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como el sangrado gastrointestinal originado por encima del ángulo de Treitz. Se considera un problema de salud pública tanto por su frecuencia como por su elevada mortalidad. Es causante de más de 300 000 admisiones hospitalarias y casi 30 000 muertes por año en América Latina. La incidencia internacional descrita oscila entre 40 y 150 casos por cada 100 000 habitantes. Se han estudiado y evaluado distintas calificaciones de pronóstico para clasificar a los pacientes en bajo o alto riesgo de fallecer en un lapso de 30 días desde su admisión intrahospitalaria.

Objetivo: Validar el score ABC como predictor de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo y analítico para evaluar una nueva calificación de pronóstico en los pacientes atendidos por hemorragia digestiva alta no variceal. Se utilizó el programa Epidat 3.1 y se seleccionó el comando tamaño de muestra y potencia para la comparación de pruebas pronósticas independientes. Análisis de resultados:

los datos se ingresaron en una base de datos del programa SPSS versión 23; se empleó una estadística descriptiva de frecuencias y porcentajes; se determinaron la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo negativo (VPN), valor predictivo positivo (VPP) obtenidos por el score ABC, así como la comparación de dichas variables con las otras calificaciones.

Resultados: Se incluyó a 242 pacientes que ingresaron al servicio de gastroenterología entre enero de 2018 y mayo de 2022 con diagnóstico de hemorragia digestiva alta de origen no variceal. Se encontró predominio del sexo masculino con 66.12% (160 casos) y 33.8% (82 casos) del sexo femenino. El promedio de edad fue de 59.3 años, con desviación estándar de ± 15.8 años. El 33.47% (56 pacientes) correspondía a ASA I, 33.06% (80) a ASA II, 23.14% (56) a ASA III y 10.33% (25) a ASA IV. El 15.7% (38) de los pacientes tenía diagnóstico de enfermedad hepática crónica avanzada, 33.8% (82) cursó con lesión renal aguda durante su hospitalización y 3.72% (9) desarrolló proceso maligno diseminado en la evaluación preendoscópica. Como factor de riesgo para hemorragia se encontró que el 35.95% (87) de los pacientes consumía AINE con regularidad. Respecto de la causa de la hemorragia se encontró que 55.8% (135) correspondía a úlcera péptica, el 19% (46) a esofagitis, el 17.4% (42) a tumoración maligna del tracto digestivo superior y 15.3% (37) a gastropatía erosiva. La mortalidad global de los pacientes fue de 13.2% (32). Para la predicción de mortalidad a los 30 días se advirtió que el score ABC ≥ 8 puntos mostró una sensibilidad de 91%, especificidad de 90%, con valor predictivo negativo de 98% y valor predictivo positivo de 50%, en comparación con el score AIMS65 con sensibilidad de 88%, especificidad de 60%, valor predictivo negativo de 97% y valor predictivo positivo de 26% (Tabla 1).

Conclusiones: El score ABC es un mejor predictor de mortalidad a los 30 días en pacientes con hemorragia digestiva no variceal en comparación con el score AIMS65.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Comparación del score ABC y el score AIMS65 en la predicción de mortalidad a los 30 días. (Mar255)

Calificación	Score ABC	Score AIMS65
Sensibilidad	91%	88%
Especificidad	90%	60%
VPN	98%	97%
VPP	50%	26%

Mar256

MARCADORES SÉRICOS DE MORTALIDAD INTRA-HOSPITALARIA EN HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO: MÁS ALLÁ DEL USO DE ESCALAS

L. M. Cruz-Rodríguez, F. A. Félix-Téllez, S. M. Barceló-Valdez, V. A. Jiménez-Hernández, J. I. Cervantes-Contreras, M. Lazcano-Becerra, A. Guzmán-Lepe, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La hemorragia del tubo digestivo alto (HTDA) es una situación clínica que representa alto riesgo de morbilidad y mortalidad en los pacientes. Cuando aparece en pacientes con enfermedades subyacentes o previamente sanos, se eleva el riesgo de desencadenarse episodios adversos. Existen escalas pronósticas útiles para predecir el curso clínico de los pacientes, las cuales integran datos de la presentación clínica y de laboratorio al ingreso. Además de su cálculo y aplicación clínica, es de vital importancia identificar otros factores de mortalidad en casos de hemorragia digestiva alta con el fin de orientar la vigilancia y la prevención de riesgos.

Objetivo: Identificar marcadores serológicos de mortalidad en hemorragia del tubo digestivo alto.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo y analítico de pacientes que se presentaron con hemorragia del tubo digestivo alto. Se realizaron análisis univariados y se obtuvieron datos demográficos, comorbilidades, información de la exploración física y de laboratorio al ingreso; con posterioridad se analizó como desenlace primario la mortalidad intrahospitalaria. Se realizaron pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Se efectuó análisis estadístico de las variables continuas en pacientes con mortalidad intrahospitalaria con la prueba de Mann-Whitney en distribución anormal y t de Student en distribución normal, además de la comparación de medias; se usaron los niveles de significancia estadística y un valor de $p \leq 0.05$, con intervalo de confianza del 95% en el programa SPSS v24.

Resultados: Se incluyó a 111 pacientes con HTDA, de los cuales la mayoría correspondió a hombres (70.3% de los casos), con una edad media de 57 años (DE ± 14.9) y una causa no variceal en un 78.2% de los casos. Se registró una mortalidad global del 14.4% en la cual la principal causa fue la HTDA de origen variceal. Al analizarse los hallazgos de laboratorio se encontró significancia estadística con los leucocitos, el tiempo de protrombina y el INR, los cuales presentaron distribución anormal; se llevó a cabo análisis con la prueba de Mann-Whitney y se observó que los pacientes con mortalidad intrahospitalaria tuvieron mayor conteo de leucocitos (15.25 ± 8.6 vs. 11.0 ± 9.6 ; $p = 0.007$), mayor tiempo de protrombina (21.57 ± 6.3 vs. 15.4 ± 6.5 ; $p \leq 0.001$) y mayor INR (1.87 ± 0.5 vs. 1.6 ± 2.3 ; $p = 0.003$). El valor de albúmina mostró una distribución normal, la cual reveló menores concentraciones de albúmina al analizarse con la prueba t de Student en los casos de mortalidad intrahospitalaria (2.06 ± 0.5 vs. 2.9 ± 0.6 ; $p \leq 0.001$). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Puntos de corte de marcadores serológicos en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto y mortalidad intrahospitalaria. (Mar256)

Marcador	Mortalidad (media, DE)	Sin mortalidad (media, DE)	Valor p
Leucocitos	15.25 ± 8.6	11.0 ± 9.6	$p = 0.007$
Tiempo protrombina	21.57 ± 6.3	15.4 ± 6.5	$p < 0.001$
INR	1.87 ± 0.5	1.6 ± 2.3	$p = 0.003$
Hematócrito	26.17 ± 9.1	26.01 ± 8.6	$p = 0.947$
Hemoglobina	8.64 ± 3.5	8.3 ± 3.4	$p = 0.792$
Albúmina	2.06 ± 0.5	2.9 ± 0.6	$p < 0.001$

Conclusiones: Existen marcadores séricos que pueden contribuir a predecir el curso clínico y la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con HTDA. Dentro de éstos se identificaron puntos de corte significativos para leucocitosis, aumento del tiempo de protrombina e INR y disminución de los valores de albúmina. Se sugiere tomar en cuenta estos marcadores séricos e incorporar algunos de ellos, como el conteo de leucocitos en el paciente con HTDA y el tiempo de protrombina, que no están presentes en las escalas comunes predictoras de mortalidad.

Financiamiento: Autofinanciado.

Mar257

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) MANIFESTADO COMO HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL DE INTESTINO MEDIO

G. González-Macedo, C. Jaramillo-Buendía, P. Mendoza-Rosales, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son afecciones poco frecuentes del tracto gastrointestinal. En México, la incidencia es de 9.7 por millón de habitantes, con edad media de 55 a 65 años, localizados a nivel gástrico en 65% y 25% a 37% en intestino medio. Poseen mutaciones en los oncogenes *KIT* y *PDGFRA*. La hemorragia gastrointestinal es la presentación más común en un 41%, seguida del dolor abdominal con 20% y obstrucción intestinal con 7%.

Objetivo: Describir el caso de un paciente con sangrado digestivo de origen oscuro manifestado luego de GIST.

Informe de caso: Paciente femenina de 77 años con antecedente de bocio multinodular y enfermedad pulmonar multinodular en estudio. Antecedente de sangrado digestivo en 2011 que requirió endoscopia; la colonoscopia no identificó hallazgos de importancia y la cápsula endoscópica reconoció hernia hiatal gigante con úlceras de Cameron; el resto de los estudios fue normal, con remisión espontánea del sangrado. En el periodo de 2020 a 2021 experimentó tres episodios de sangrado manifestado por melena y hematoquecia, los cuales se autolimitaron; la paciente se trató con un inhibidor de la bomba de protones sin poder establecer un diagnóstico definitivo. En el último episodio de sangrado se presentó a urgencias con estabilidad hemodinámica: TA 114/70, FC 77, SatO₂ 94%, pálida, sin irritación peritoneal, sin palpar masas o megalias en abdomen, tacto rectal con restos de hematoquecia, Hb 9.8 g/dl. Se calculó índice de choque 0.6, *Oakland score* de 16 puntos; la colonoscopia y la endoscopia alta no identificaron el sitio de sangrado. Este último produjo anemia grave que necesitó transfusión de tres concentrados eritrocitarios; ante la falta de enteroscopia y cápsula endoscópica, se solicitó angio-TC de abdomen que mostró una lesión redonda, bien definida, exofítica, dependiente de la pared del ileon medio con realce ávido a la aplicación de contraste indicativa de GIST; la valoró el servicio de cirugía general y se intervino mediante LAPE que delineó un tumor intestinal intraluminal de 4 cm de diámetro, de consistencia firme, con bordes ulcerados, sin datos de sangrado activo, bordes definidos localizado a 90 cm de la válvula ileocecal. El informe histopatológico concluyó: GIST sin identificar mitosis en 50 campos de gran aumento, con límites quirúrgicos negativos; inmunohistoquímica con marcadores positivos CD 117, CD 34, DOG 1 y AML en células tumorales, S-100 (+) en fibras de plexos neurales.

Discusión: Dentro del abordaje de los pacientes con sangrado digestivo oscuro manifiesto, una de las causas son los GIST ya que la presentación clínica principal es el sangrado gastrointestinal en el 41%, seguido de dolor abdominal y obstrucción intestinal. En el algoritmo diagnóstico se encuentran la cápsula endoscópica y la enteroscopia, como métodos de elección, y la angio-TC, la angiografía e incluso el abordaje quirúrgico como recursos secundarios; en esta paciente, dado que contaba con endoscopia y colonoscopia negativas, sin disponibilidad de la institución de los autores de otros métodos endoscópicos, se indicó una angio-TC y se estableció el diagnóstico presuntivo de GIST; la paciente se trató mediante LAPE, que confirmó el diagnóstico mediante inmunohistoquímica.

Conclusiones: En el sangrado digestivo medio deben sospecharse tumores GIST como diagnóstico diferencial, ya que la principal manifestación clínica de estos tumores es el sangrado hasta en 41%; el diagnóstico oportuno confiere mejor pronóstico y curación en casos de tumores resecables no metastásicos, con base en las herramientas de que disponga el clínico.

Financiamiento: Ninguno.

Mar258

HEMORRAGIA DIGESTIVA GRAVE Y PROLAPSO ANAL SECUNDARIO A PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST): REPORTE DE UN CASO

R. García-Milán, M. Coutiño-Flores, A. Gómez-Gómez, S. L. Trejo-Ramos, C. L. Carranza-Aguilera, Y. I. Piña-Vásquez, Hospital General Regional #46, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) conforman un grupo raro de neoplasias que pueden afectar cualquier porción del tracto gastrointestinal, aparecen por lo regular en la séptima década de la vida y afectan a ambos sexos por igual. A pesar de no contar con un registro estadístico oficial, la incidencia calculada en la población mexicana es de 9 casos por millón de habitantes. Los síntomas de este tipo de tumores dependen sobre todo de su ubicación; el sangrado gastrointestinal es el más frecuente en un 28% a 50% de los casos, además de dolor abdominal en 8% a 17%, abdomen agudo en 2% a 14% y masa abdominal asintomática en 5%. El diagnóstico se establece con el estudio histopatológico e inmunohistoquímico, mientras que su tratamiento consiste en la resección quirúrgica y administración de inhibidores de la tirosina cinasa (ITC).

Objetivo: Informar el caso clínico y el tratamiento de un paciente con hemorragia digestiva grave y prolapso anal secundario a un tumor del estroma gastrointestinal de alto riesgo con localización atípica.

Informe de caso: Paciente masculino de 42 años de edad sin enfermedades crónicas y degenerativas, con antecedente de astenia, adinamia y pérdida de 20 kg de peso en los últimos cuatro meses, quien acudió a urgencias por hematoquecia de 20 días de evolución. A su ingreso se mostró orientado, consciente, con dolor y distensión abdominal, en mal estado general y datos de deshidratación; estudios de laboratorio: Hb 3.9 mg/dL, Hto 14%, leucocitos 37 000 mm³, plaquetas 550 000 µL, glucosa 74 mg/dL, urea 32 mg/dL y creatinina 1.1 mg/dL. La colonoscopia reveló una gran tumoración de 15 cm a 20 cm del margen anal, con obstrucción del 100% de la luz; se obtuvieron biopsias. Al mejorar su estado hemodinámico se realizó una colostomía transversa derivativa en asa para controlar el sangrado, sin éxito. El resultado histopatológico indicó una neoplasia consistente con un tumor del estroma gastrointestinal de alto riesgo, con inmunohistoquímica positiva para los marcadores CD117, DOG1, desmina y SATB2. Con posterioridad, el paciente sufrió prolapso anal fungoide y se identificó un tumor de 10 cm x 18 cm (Fig. 1) fácilmente sangrante, por lo que se decidió una segunda intervención quirúrgica en la que se practicó una resección anterior baja (RAB) con cierre de colostomía y colorrectoanastomosis terminoterminal; ésta logró el control de la hemorragia. Debido a su adecuada evolución se decidió su egreso al décimo día posoperatorio con envío a oncología médica.

Discusión: Los tumores del estroma gastrointestinal son una alteración que afecta a < 1% de la población mexicana y se considera una enfermedad poco frecuente. El 95% de los GIST es positivo para CD117/c-KIT (receptor de tirosina cinasa), 70% a CD34/PDGFRα (receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas) y en menor medida a desmina, por lo que la inmunohistoquímica es clave en el abordaje diagnóstico. Los signos y síntomas dependen de la ubicación del tumor, pero el sitio más frecuente es el estómago (60%), seguido por yeyuno e íleon (30%), duodeno (5%), colorrectal (5%) y ano (< 1%). La conducta ideal debe individualizarse de acuerdo con las condiciones clínicas del paciente, las características del tumor y siempre bajo un equipo terapéutico multidisciplinario. En este paciente fue necesario efectuar una resección anterior baja y colorrectoanastomosis terminoterminal como pilar terapéutico y posterior atención médica.

Conclusiones: Los tumores del estroma gastrointestinal son un padecimiento infrecuente en la población general y un verdadero reto diagnóstico, por lo que siempre deben considerarse en pacientes con sangrado de tubo digestivo y oclusión intestinal.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Prolapso anal fungoide de 10 cm x 18 cm, ulcerado, esfacelado y con cambios necróticos. (Mar258)



Mar259

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO SECUNDARIO A HEMORROIDES INTERNAS REFRACTARIO A TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN UN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA

J. P. Soriano-Márquez, I. Y. López-Méndez, F. J. Ayala-Ochoa, J. Guerrero-Ixtlahuac, E. Juárez-Hernández, G. Castro-Narro, Hospital Médica Sur

Introducción: El sangrado hemorroidal vinculado con hipertensión portal es una complicación poco frecuente. El control endoscópico es el tratamiento inicial recomendado. En la actualidad no existen guías terapéuticas establecidas en caso de sangrado resistente al tratamiento endoscópico.

Objetivo: Presentar el caso clínico de un paciente con hipertensión portal y sangrado hemorroidal resistente al tratamiento endoscópico.

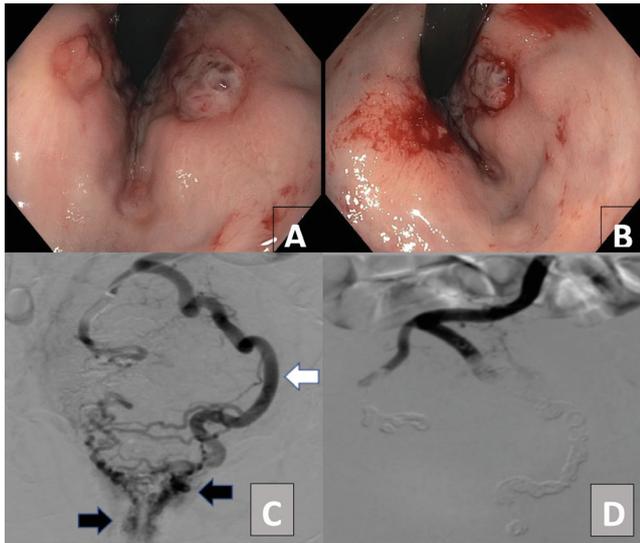
Informe de caso: Se trata de una mujer de 72 años con cirrosis hepática descompensada y enfermedad hemorroidal, la cual sufrió sangrado hemorroidal tratado con ligadura por endoscopia, pero cinco días después regresa por rectorragia. La colonoscopia reconoce úlceras posligadura y sangrado activo y se realizan escleroterapia y ligadura endoscópica con banda, sin controlar el sangrado (Fig. 1A-B). La venografía hemorroidal y la embolización con espirales e Histoacryl® de venas hemorroidales superiores (Fig. 1C-D) logran el control hemorrágico. Se documentó gradiente de presión venoso-hepático de 33 mmHg.

Discusión: La prevalencia de la enfermedad hemorroidal sintomática en pacientes con cirrosis hepática es del 5% y se relaciona con mayor colateralidad vascular, coagulopatía y riesgo quirúrgico elevado. Dentro de las opciones de tratamiento se encuentran la ligadura endoscópica con banda, la escleroterapia y la embolización arterial o venosa, con informes de tasa de resangrado de 10% a 13% en diferentes informes de caso; la última opción es la derivación portosistémica, la cual ha demostrado resultados subóptimos. No existen guías establecidas para el tratamiento de estos pacientes debido a que la evidencia sobre las diferentes opciones terapéuticas no es suficiente.

Conclusiones: La embolización de los vasos hemorroidales en el tratamiento del sangrado hemorroidal resistente es una alternativa adecuada para el control de la hemorragia en un paciente con cirrosis hepática.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. A-B, colonoscopia en retroflexión que muestra úlceras postligadura con sangrado activo. C, venografía de venas hemorroidales superiores con dilatación del sistema izquierdo (flecha blanca) y fuga de contraste al recto distal (flechas negras). D, embolización con espirales/Histoacryl® que demuestra ausencia de contraste distal. (Mar259)



Mar260

SIROLIMUS EN MANEJO DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO EN PACIENTE CON HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSIFORME

J. C. Pérez-Xavier, L. P. Bilbao-Chávez, J. A. Chávez-Barrera, Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social,

Introducción: Los tumores de intestino delgado suponen el 1% a 3% de las neoplasias digestivas y dos terceras partes son malignos. Constituyen un hallazgo en el 3% de las exploraciones con cápsula endoscópica. La hemorragia es el segundo síntoma en frecuencia tras la obstrucción y se presenta en 20% a 50% de los tumores benignos y en la mayoría de los malignos. Los hemangioendotelomas son raros y localmente agresivos; se localizan en piel, hígado, bazo, tubo digestivo, hueso, pulmón y SNC. Los fármacos anti-mTOR están indicados casi siempre como agentes inmunosupresores y se han administrado para el tratamiento de lesiones vasculares debido a

sus propiedades antiproliferativas y antiangiogénicas con resultados prometedores. El sirolimus es el único inhibidor de mTOR con aprobación de la FDA, con un perfil de seguridad conocido, y es bien tolerado en concentraciones plasmáticas entre 5 y 15 ng/mL, con pocos efectos adversos.

Objetivo: Presentar un caso clínico de sangrado de tubo digestivo secundario a hemangiomas digestivos múltiples que respondió de manera adecuada al tratamiento con sirolimus.

Informe de caso: Paciente femenino de nueve años de edad quien inicia (08-07-2019) al cursar con cuadro de infección de vías respiratorias superiores, palidez, tumoración supraclavicular derecha y soplo cardíaco; se la envía al hospital de zona, se diagnostica corazón anémico y se la envía al Hospital General la Raza para protocolo de estudio. Durante su estancia en el servicio se realiza ultrasonido de tejidos blandos (27-06-2019) y se reconocen múltiples lesiones en tejidos blandos bilaterales y fibroma en la región glútea bilateral; la biopsia de la lesión del antebrazo izquierdo indica hemolinfangioma en tejidos blandos con trombo reciente. La tomografía computarizada (30-07-2019) identifica lesión en la región supraclavicular derecha, así como lesión ocupativa tal vez secundaria a condensación en el pulmón derecho. Se establece el diagnóstico de hemangioendoteloma kaposiforme con múltiples lesiones en ambos codos, región cervical, así como tórax dorsal y lumbar y ambas piernas; se indican de modo inicial embolizaciones con alcohol y material esclerosante; en la misma tomografía de tejidos blandos se delinean en un plano profundo múltiples imágenes de morfología ovalada, de bordes regulares en la región occipital, parietal izquierda y cuello que determinaron el síndrome de Kasabach-Merritt, con múltiples transfusiones. Inicia el padecimiento en agosto de 2021 con evacuaciones melénicas y descenso de hemoglobina (3.6 mg/dL) más deterioro hemodinámico que exige transfusiones; se inició protocolo de estudio con realización de tránsito intestinal, que es normal; la panendoscopia y la colonoscopia diagnóstica (20-09-2021) señalan múltiples malformaciones vasculares en antro, bulbo duodenal, la totalidad del colon y recto, con imposibilidad de realizar abordaje endoscópico por el tamaño y la cantidad de lesiones; se decide iniciar tratamiento con sirolimus a dosis de 0.75 mg cada 12 horas con remisión de sangrado y en una nueva panendoscopia de control se observa disminución de tamaño de hemangiomas en el tubo digestivo, por lo que se mantiene el tratamiento y la vigilancia. La paciente no ha mostrado hasta ahora nuevos sangrados del tubo digestivo y tiene una adecuada respuesta al sirolimus.

Discusión: Se presenta un caso de hemangiomas del tubo digestivo tratado con sirolimus dado que son escasos los casos notificados en el tratamiento con este fármaco.

Conclusiones: El sirolimus se prescribe a menudo en otras anomalías pediátricas, como trasplantes de órganos sólidos; sin embargo, la experiencia en pacientes con hemangioendoteloma kaposiforme es aún limitada, por lo que debe utilizarse en casos sin respuesta a otras alternativas terapéuticas por el riesgo de aparición de segundos tumores.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar261

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL CON LIGADURAS, UNA BUENA ALTERNATIVA

B. Gallo-Arriaga, B. Gallo-Chico, J. J. Ibarra-Rodríguez, C. Hidalgo-Valadez, F. Araújo-Reséndiz, I. A. Andrade-Pacheco, Hospital Ángeles de León

Introducción: La enfermedad hemorroidal es una alteración que afecta al área anal en cerca del 50% del total de los pacientes que solicitan la consulta de coloproctología. Con una incidencia de 45 a 65

años, es más frecuente en varones. Dentro del tratamiento no quirúrgico, la ligadura con bandas elásticas (LBE) se considera hoy en día el tratamiento de elección en los grados I, II y III.

Objetivo: Presentar la experiencia obtenida en el tratamiento hemorroidal mediante ligadura con bandas elásticas, como procedimiento ambulatorio en el servicio de los autores.

Informe de caso: Se incluyó a un total de 101 pacientes, 76 del género masculino (75.24%) y 25 del femenino (24.75%), con un promedio de edad del 46.7% (15-86 años). Tres pacientes (2.97%) tuvieron alguna afección agregada: dos con cardiopatías y uno con hemoglobina de 7.5. Un paciente (0.99%) tenía hemorroides de grado I, 56 pacientes (55.44%) de grado II y 44 (43.56%) de grado III. Se realizó LBE en tres paquetes en 87 pacientes (86.13%), en dos paquetes en 12 pacientes (11.88%) y en un paquete en dos (1.98%). Nueve personas debieron ligarse en una segunda sesión (8.9%) y cinco (4.95%) se sometieron al final a un procedimiento quirúrgico, al no resolverse de forma definitiva con la ligadura sola. Apenas cinco pacientes (4.95%) notificaron alguna complicación mediata al procedimiento, dos con dolor, dos con trombosis externa y uno con fiebre. Todas estas complicaciones se resolvieron de manera ambulatoria.

Discusión: Éste es un estudio descriptivo, retrospectivo, no aleatorizado, en pacientes con hemorroides de grados I, II, III, que acudieron al servicio de coloproctología en el periodo comprendido entre abril del 2018 y abril del 2022. Con previa preparación local, se realizó sesión de ligadura con banda mediante un proctoscopio de Heine de 20 mm de diámetro y el ligador del modelo McGivney. La consulta externa evaluó después a todos los pacientes. Las hemorroides se agruparon de acuerdo con la clasificación de Goligher: grado I, sangrantes; grado II, que sangran y se desplazan por el conducto anal durante la evacuación y se retraen espontáneamente; grado III, sangran y se prolongan fuera del ano al defecar, lo que exige reducción digital; y grado IV, que sangran y se prolapsan en forma permanente. La ligadura con banda elástica demuestra ser un buen método para el tratamiento no quirúrgico de la enfermedad hemorroidal, con las ventajas de ser ambulatorio, producir poco o nulo dolor y permitir al paciente realizar sus actividades cotidianas de manera normal al día siguiente del procedimiento. Cabe destacar que es preferible realizarlo en dos o tres tiempos para que la incomodidad y el riesgo de complicaciones sean menores. Las indicaciones son la enfermedad de grados 1 y 2 que no ha respondido al tratamiento médico y algunos casos de grado 3; no es un buen procedimiento para la enfermedad de grado 4. Los resultados publicados son similares a los obtenidos en este estudio en cuanto a complicaciones, dolor y recidiva de la enfermedad.

Conclusiones: La ligadura hemorroidal con bandas elásticas es una opción adecuada para el tratamiento de las hemorroides de grados I, II y III, como procedimiento ambulatorio, dado que tiene una baja tasa de complicaciones y es un método sencillo y de bajo costo.

Financiamiento: Este estudio no tuvo financiamiento alguno.

Mar262

MALROTACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO. UNA ETIOLOGÍA RARA DE OCLUSIÓN INTESTINAL

B. Gallo-Arriaga, B. Gallo-Chico, J. J. Ibarra-Rodríguez, C. Hidalgo-Valadez, P. H. Roa-Pantoja, Hospital Ángeles de León

Introducción: La malrotación intestinal es una desviación de la rotación normal de 270° en sentido levógiro del intestino medio alrededor del eje de la arteria mesentérica superior durante el desarrollo embriológico. Afecta al 1% de la población y se diagnostica con más frecuencia en el periodo neonatal y de modo incidental en los adultos. Puede ser asintomática toda la vida o manifestarse con abdomen agudo, oclusión intestinal (vólvulo de ciego) o en

relación con apendicitis aguda. Entre sus complicaciones figura la isquemia intestinal. La intervención quirúrgica es necesaria cuando es sintomática o hay un diagnóstico, como apendicitis aguda. El procedimiento de Ladd es el indicado para corregirla.

Objetivo: Notificar un caso y revisar las publicaciones médicas.

Informe de caso: Paciente masculino de 32 años de edad. El padecimiento tiene seis horas de evolución al ingresar a urgencias por dolor abdominal agudo, intenso y continuo, en región periumbilical, que se intensifica al paso de las horas. Exploración física: tensión arterial 130/85 mmHg, frecuencia cardíaca 120 latidos/min, frecuencia respiratoria 22 rpm; facies de dolor, posición antálgica, tórax normal; abdomen: discreta distensión abdominal, con rigidez, ruidos peristálticos abolidos y datos de irritación peritoneal. Estudios de laboratorio: leucocitos $12\,000 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrofilia sin bandas. La tomografía computarizada de abdomen mostró una imagen indicativa de vólvulo del ciego y signos de malrotación intestinal. Se practicó laparotomía exploradora, que identificó el ciego volvulado con gran dilatación, sin datos de isquemia grave; el ciego se hallaba en la línea media a nivel del ángulo de Treitz y la totalidad del intestino delgado en el lado derecho del abdomen; el colon derecho se encontró fijado por una brida hacia la región del ángulo de Treitz. Se desvolvió el ciego y recuperó su vascularidad. Se descomprimió el colon por vía anterógrada. Se realizó el procedimiento de Ladd con la sección de las bandas de adherencias hacia el ángulo de Treitz y pared abdominal, y se colocó el intestino delgado de lado derecho y el colon del lado izquierdo del abdomen. La evolución fue satisfactoria sin complicaciones y el individuo egresó a las 48 horas tras la operación.

Discusión: La malrotación intestinal tiene incidencia de 0.2% en adultos y las más de las veces es asintomática. La presentación típica incluye el vólvulo del intestino medio y la obstrucción del intestino delgado. Se presenta con dolor abdominal agudo y signos de oclusión. Puede acompañarse de apendicitis aguda y de modo ocasional se encuentra en el lado izquierdo del abdomen. El reconocimiento oportuno es clave para la supervivencia. La modalidad diagnóstica por imagen es la tomografía computarizada. Los hallazgos típicos son la relación inversa de la arteria mesentérica superior y vena mesentérica superior, la apariencia arremolinada de la vasculatura al entrar en el vólvulo (signo del remolino), las asas del intestino delgado en la parte superior derecha, la falta de visualización del ciego en fosa iliaca derecha, la dilatación de asas duodenales y el ángulo duodeno-yeyunal a la derecha (signo del sacacorchos). El procedimiento de Ladd es la técnica quirúrgica de elección, por vía laparoscópica o mediante laparotomía: se resuelven las asas de intestino comprometidas y se liberan las bandas de Ladd que fijan las asas de manera anormal. Suele practicarse una apendicectomía profiláctica cuando el cuadro agudo no se debe a apendicitis, dado que la situación anormal del ciego dificulta un diagnóstico sencillo de apendicitis aguda. En los pacientes con isquemia intestinal, la laparotomía urgente con resección intestinal debe ser el tratamiento adecuado.

Conclusiones: La malrotación intestinal es un padecimiento de presentación rara en el adulto, que suele manifestarse como un cuadro de oclusión intestinal. Debe tenerse en cuenta en pacientes jóvenes sin antecedentes de cirugías abdominales y que llegan al servicio de urgencias con un cuadro de oclusión intestinal.

Financiamiento: Este trabajo no tuvo financiamiento.

Mar263

DIVERTICULITIS YEYUNAL PERFORADA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ABDOMEN AGUDO EN EL ADULTO MAYOR: UN REPORTE DE CASO

J. Garza-Sánchez, C. Cordero-Vargas, L. Rodríguez-Valenzuela, R. López-Merino, Hospital Ángeles Puebla

Introducción: La diverticulosis del intestino delgado tiene una prevalencia bastante baja, por lo que es extraordinariamente raro pensar en ella como primera opción diagnóstica. Su incidencia aumenta con la edad y en la mayoría de los casos se establece el diagnóstico de manera incidental durante la exploración quirúrgica. Su cuadro clínico es amplio y su potencial de complicación es elevado (hemorragia, obstrucción intestinal, perforación o colecciones intraabdominales).

Objetivo: Realizar el informe de caso de un paciente femenino de 67 años de edad, la cual ejemplifica la presentación clínica de la enfermedad. Asimismo, describir los procedimientos y hallazgos quirúrgicos con la finalidad de proporcionar información valiosa a la bibliografía y a los cirujanos que se enfrenten a casos similares en un futuro.

Informe de caso: Se trata de un paciente femenino de 67 años, que cuenta con antecedentes de importancia de hipertensión arterial de larga evolución en tratamiento, con antecedentes quirúrgicos abdominales de apendicectomía y dos cesáreas. La paciente ingresa a urgencias con dolor abdominal en fosa y flanco izquierdos, acompañado de vómito de contenido gastroalimentario en dos ocasiones, evacuaciones diarreicas y elevaciones febriles no cuantificados. La exploración física identifica palidez, facies de dolor, cardiopulmonar sin compromiso y abdomen doloroso con peristalsis disminuida. Signos vitales: TA 135/77 mmHg, FC 118, FR 22, temperatura con hipertermia en 38°C. Estudios de laboratorio: BH, QS, ES y marcadores de la inflamación; la elevación de la proteína C reactiva en 460.2 mg/L fue el dato de mayor importancia. La tomografía computarizada de abdomen simple reconoce datos de colección con nivel hidroaéreo en asa intestinal en porción del íleon de aspecto inflamatorio, así como múltiples divertículos a nivel de colon sigmoides. Debido a la clínica, estudios de laboratorio y gabinete se decide ingresar a la paciente para corrección quirúrgica. En el quirófano se realiza una colonoscopia, la cual delinea enfermedad diverticular pancolónica de predominio en colon izquierdo. Luego de la colonoscopia se practica una laparotomía exploradora y se revisa el intestino delgado, con hallazgos de importancia de múltiples divertículos, un aproximado de ocho a 10, localizados a partir de 50 cm del ligamento de Treitz y con extensión a lo largo del yeyuno, de los cuales uno mostraba perforación. Se reseca el segmento afectado del yeyuno, de unos 30 cm, donde se incluían en su totalidad los divertículos observados; después se efectúa una anastomosis laterolateral mecánica, y el procedimiento se termina sin eventualidades. El informe histopatológico describe un intestino delgado con múltiples evaginaciones y ausencia de la capa muscular en divertículos. La evolución de la paciente en el posoperatorio fue satisfactoria y sin complicaciones.

Discusión: La presentación del caso clínico enfatiza que las causas de abdomen agudo en el adulto mayor son ampliamente variadas y es posible identificar anomalías poco frecuentes, que siempre deben considerarse en el diagnóstico diferencial.

Conclusiones: El adulto mayor se caracteriza por un aumento de la frecuencia de los síntomas digestivos inespecíficos y crónicos, por lo que un estudio de imagen oportuno es indispensable para una rápida identificación de esta y otras entidades de abdomen agudo en pacientes de edad avanzada.

Financiamiento: Ninguno.

Mar264

RESPUESTA QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON CIRUGÍA ANTIRREFLUJO, ¿CUÁL ES EL VALOR DE LA EVALUACIÓN FUNCIONAL EN EL DESENLACE?

T. L. Beltré-González, M. F. García-Cedillo, I. Gutiérrez-Lozano, V. J. Ornelas-Arroyo, J. Aquino-Matus, J. S. Arenas-Martínez, F. L. Ayala-Aguillón, D. I. Carmona-Guerrero, E. Coss-Adame, Laboratorio de Motilidad, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) está presente en aproximadamente el 20% de la población. La cirugía antirreflujo es una alternativa al tratamiento médico. Se sugiere una evaluación preoperatoria para conocer el estado funcional del esófago y mejorar los desenlaces de la intervención. Existen pocos estudios que describan el seguimiento de pacientes con funduplicatura, con y sin evaluación funcional del esófago.

Objetivo: Describir la respuesta sintomática y la presencia de complicaciones de la cirugía antirreflujo a corto y largo plazos.

Material y métodos: Pacientes sometidos a cirugía antirreflujo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán durante el periodo 2016-2019. Tipo de estudio: cohorte retrospectiva. Variables analizadas: edad, sexo, peso, talla, IMC, APP, registro de pH-metría, manométrico, endoscópico y de esofagograma, síntomas preoperatorios de ERGE, síntomas posoperatorios de ERGE, uso de IBP y complicaciones al primero y sexto meses, y uno y tres años. Los resultados se analizaron con el programa estadístico JAMOVI y los datos descriptivos se expresan como media o desviación estándar o mediana y percentiles según sea el comportamiento de la variable identificada por las pruebas de Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk, mientras que las variables categóricas lo hacen en frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se evaluaron 124 expedientes y se seleccionaron 29. La edad promedio de los pacientes al momento de la cirugía fue de 59.2 ± 16 (18 y 85 años), con predominio del sexo femenino en 55.2% y los pacientes en sobrepeso en 27.1 ± 3.41 . Los síntomas más frecuentes para el diagnóstico de ERGE fueron pirosis (86.4%) y regurgitación (65.5%). Todos los pacientes presentaron reflujo objetivo en pH-metría. La mayor parte de las manometrías y esofagogramas se informó sin afección. En el primer mes, los síntomas más frecuentes fueron disfagia y dolor torácico con 14.8%, necesitó la reintroducción de IBP para el completo alivio de los síntomas el 27% y ninguno requirió reintervención quirúrgica. Al sexto mes, los síntomas más frecuentes fueron pirosis (29.2%) y regurgitación (8.3%) y el uso de IBP ascendió al 33.3%, y un paciente necesitó reintervención quirúrgica. Al año, la disfagia se presentó en el 6.3% y la pirosis en 11.1%; el uso de IBP fue del 33.3% y un paciente requirió reintervención quirúrgica. Al tercer año, la disfagia se presentó en el 16.7%, mientras que la pirosis, la regurgitación o el síndrome de burbuja gástrica en el 11.1%, IBP en 27.8% y la segunda intervención quirúrgica en 23.5%.

Conclusiones: En la población estudiada, las complicaciones derivadas de la intervención quirúrgica antirreflujo fueron bajas. En pacientes con síntomas de ERGE y datos objetivos de reflujo, la cirugía antirreflujo es una alternativa, si bien un tercio de los pacientes recurre al uso de IBP o requiere estudios posteriores. Es necesario el seguimiento de estos pacientes para ofrecer una intervención oportuna que promueva alivio de sus síntomas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar265

EFFECTO DE LA CIRUGÍA ABDOMINAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES Y CUIDADORES PRIMARIOS

D. Ramírez-León, I. Valderrama-Bastida, A. J. Romero-Rojo, A. Rodríguez-Rodríguez, M. F. Higuera-de la Tijera, S. Camacho-Hernández, Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Introducción: La calidad de vida es un indicador de efectividad de procedimientos quirúrgicos (Health Qual Life Outcomes. 2022 May 18; 20:79. doi: 10.1186/s12955-022-01980-4), pero se ha soslayado en la cirugía abdominal.

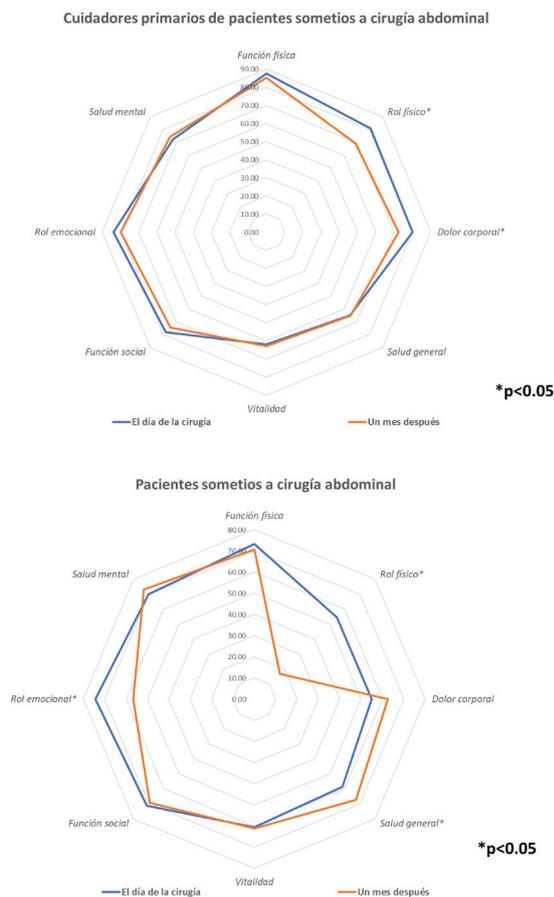
Objetivo: Evaluar la calidad de vida de cuidadores primarios y pacientes sometidos a cirugía abdominal el día de la cirugía y 30 días después.

Material y métodos: Se evaluó la calidad de vida por medio del cuestionario corto 36 (*Short form-36*) a 43 pacientes sometidos a cirugía abdominal (63% mujeres, 37.42 ± 13.02 [33.53-41.31] años) y a sus respectivos cuidadores primarios (65% mujeres, 44.37 ± 13.66 [40.29-48.46] años). El cuestionario se aplicó el día de la cirugía (± 1) y 30 días después (31.93 ± 2.64 [31.14-32.72] días). Los datos expresan el promedio \pm desviación estándar e intervalo de confianza al 95% o porcentajes, según corresponda. Se utilizó la prueba t de Student pareada y dos colas con $\alpha = 0.05$.

Resultados: Las cirugías realizadas incluyeron colecistectomía (49%), apendicectomía (21%), plastia inguinal (12%), umbilical (9%) y laparotomía (9%). La **Figura 1** compara la calidad de vida entre el día de la cirugía y al mes y se observa una disminución del rol físico en ambos grupos; los pacientes mostraron deterioro en el rol emocional y mejoría en la salud general, mientras que en los cuidadores primarios se observa una disminución del puntaje de dolor corporal. Comparados con sus respectivos pacientes, los cuidadores primarios muestran mejores puntuaciones en la función y el rol físico el día de la cirugía y al mes; y el dolor corporal era mejor en los cuidadores primarios el día de la cirugía que sin embargo se pierde al mes, en tanto que el rol emocional fue similar entre ambos grupos el día de la cirugía, pero menor en los pacientes a los 30 días.

Conclusiones: Estos resultados muestran diferencias en la calidad de vida entre el día de la cirugía y al mes. Los mecanismos de afrontamiento iniciales de pacientes ante la cirugía incluyen mejora de la percepción de salud general, pero disminución de los roles físicos y emocionales. Los cuidadores primarios muestran deterioro

Figura 1. Calidad de vida de cuidadores primarios y pacientes el día de la cirugía abdominal y un mes después. (Mar265)



de su rol físico y dolor corporal, lo cual sugiere que así inicia el proceso temprano de desgaste que llevaría al síndrome de desgaste profesional. Estos hallazgos son fundamentales para desarrollar estrategias terapéuticas previas, durante y después de la cirugía abdominal para atenuar la carga física y emocional en los pacientes y los cuidadores primarios.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar266

UN ACERCAMIENTO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO AL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL HOSPITALARIO EN MÉXICO

M. Aceves-Valdez, H. E. Estrada-González, B. Jiménez-Bobadilla, J. A. Villanueva-Herrero, A. J. Iberri-Jaime, G. Maya-Vacio, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) figura entre las neoplasias malignas gastrointestinales más prevalentes, tanto en mujeres como en hombres, en particular en países occidentales. El CCR es la tercera neoplasia maligna más común y la segunda causa principal de mortalidad por cáncer en el mundo. Aunque la incidencia de CCR ha disminuido luego de la introducción de programas de detección, las publicaciones médicas registran una tasa creciente de CCR en adultos jóvenes menores de 45 años, que casi nunca están incluidos en dichos programas. La prevalencia de CCR en adultos menores de 45 años sin factores de riesgo es baja; sin embargo, existe un interés creciente en este grupo de pacientes, dado que la mayoría de los investigadores informa etapas más avanzadas de la enfermedad en el momento del diagnóstico y peor pronóstico en pacientes más jóvenes.

Objetivo: Describir y analizar las características clínicas-epidemiológicas de los pacientes adultos jóvenes (< 45 años) con CCR atendidos en un centro de tercer nivel hospitalario en México.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, relacional y analítico en el cual se incluyó a 371 pacientes con el diagnóstico de CCR atendidos en la Clínica de Cáncer de Colon y Recto del Servicio de Coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga en el período comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2021. Se recabaron las características demográficas y clínicas de cada uno de los pacientes (género, edad, localización de la neoplasia, estadio clínico, fenotipo histológico y grado de diferenciación histológica). Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 26. La significancia estadística se determinó con un valor de $p < 0.05$.

Resultados: En la **Tabla 1** se describen las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio. Dadas las diferencias en el tratamiento médico-quirúrgico, se dividió la muestra de estudio en dos grupos: a) pacientes con cáncer de colon y b) pacientes con cáncer de recto (**Tabla 1**). Del total de pacientes incluidos, 82 (22.1%) tenían edad menor de 45 años. Al comparar las características clínicas y demográficas de los pacientes con CCR con una edad menor o mayor de 45 años, no se identificaron diferencias estadísticas significativas en cuanto al género, estadios clínicos o fenotipo histológico ($p \geq 0.05$), pero sí en relación con los grados de diferenciación histológica ($p = 0.02$), de tal modo que una edad < 45 años es un factor de riesgo para ser portador de tumoraciones con una pobre diferenciación histológica (OR, 1.7; IC95%, 1.06-2.76; $p = 0.02$). Al analizar los grupos de edad (> o < 45 años) y por padecimiento (cáncer de colon o cáncer de recto), se observó que existían diferencias entre el estadio clínico de los pacientes con cáncer de colon ($p = 0.01$) y el grado de diferenciación histológica en el cáncer de recto

($p = 0.002$). Una edad menor de 45 años confirió un mayor riesgo de desarrollar una tumoración de recto con pobre diferenciación histológica (OR, 2.82; IC95%, 1.47-5.42; $p = 0.002$) y se relacionó con un menor riesgo de tener un estadio clínico avanzado (III-IV) en el cáncer de colon (OR, 0.44; IC95%, 0.21-0.95; $p = 0.03$).

Conclusiones: El grupo de pacientes adultos jóvenes con CCR en este centro hospitalario no representa un número insignificante. Entre las características clínicas particulares de los pacientes jóvenes con CCR, en especial la pobre diferenciación histológica, destaca la necesidad de vigilar la incidencia de CCR en la población más joven para evaluar la necesidad de cambiar las prácticas de detección y aumentar la conciencia entre los médicos sobre la creciente incidencia de CCR en esta población de pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. (Mar266)

Variable	n = 371
Género, n (%)	
Masculino	205 (55.3)
Femenino	166 (44.7)
Edad. $c \pm DE$ (mínima-máxima)	56.39 \pm 13.51 (21-93)
Edad, n (%)	
< 45 años	82 (22.1)
> 45 años	289 (77.9)
Localización de la neoplasia	
Colon	153 (41.2)
Recto	218 (58.8)
Estadio clínico, n (%)	
0	3 (0.8)
I	15 (4)
II	58 (15.6)
III	113 (30.5)
IV	182 (49.1)
Fenotipo intestinal, n (%)	
Adenocarcinoma	307 (82.7)
Componente mucinoso	40 (10.8)
Componente anillo de sello	7 (1.9)
Neuroendocrino	8 (2.2)
GIST	5 (1.3)
Metástasis de otro primario	4 (1.1)
Grado de diferenciación histológica, n (%)	
Bien diferenciado	45 (12.1)
Moderadamente diferenciado	244 (65.8)
Poco diferenciado	61 (16.4)
No especificado	21 (5.7)

CCR, cáncer colorrectal; $c \pm DE$, media \pm desviación estándar; GIST, tumor del estroma gastrointestinal.

Mar267

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RESULTADOS FALSOS POSITIVOS DE UNA PRUEBA DE INMUNOQUÍMICA FECAL (FIT) EN EL TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL: ESTUDIO PROSPECTIVO EN POBLACIÓN MEXICANA

W. D. Torrecilla-Ramírez, B. A. Sánchez-Jiménez, G. Sánchez-Márquez, J. L. Núñez-Grifaldo, G. M. Salgado-Castellón, J. P. Pérez-Macías, M. C. Manzano-Robleda, J. Sánchez-del Monte, A. I. Hernández-Guerrero, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: La prueba de inmunoquímica fecal (FIT, *fecal immunochemical test*) cuantifica de forma directa la hemoglobina humana en las heces y hoy en día se utiliza en la detección del cáncer colorrectal (CCR). Según sea el límite de positividad utilizado, no se detecta neoplasia avanzada (NA) en el 45% a 70% de los participantes positivos para FIT. Se han descrito múltiples factores de riesgo que se relacionan con resultados falsos positivos para la prueba. Identificar estos factores de riesgo individuales podría influir en la disminución del número de colonoscopias innecesarias después de una prueba falsa positiva.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo vinculados con resultados falsos positivos en la población mexicana sometida a una prueba de tamizaje con FIT.

Material y métodos: Estudio observacional que incluyó a pacientes mexicanos de 45 a 75 años y que acudieron al programa de tamizaje de cáncer colorrectal del Instituto Nacional de Cancerología en el periodo comprendido entre octubre del 2017 y junio del 2022. Se excluyó a los pacientes con colonoscopia incompleta o pacientes con preparación intestinal subóptima (escala de Boston < 6 puntos). La colonoscopia la realizó un endoscopista experto o supervisado por él con un colonoscopio de alta definición. Los pacientes completaron un cuestionario con variables demográficas y clínicas (antecedente de tabaquismo, alcoholismo, consumo de medicamentos y enfermedades crónicas). Se registró la cifra obtenida en la FIT (ng/ml). Para el análisis se incluyó a los pacientes con resultados de la FIT falsos positivos, es decir, aquellos con ≥ 20 ng/ml y ausencia de carcinoma o adenomas avanzados en la colonoscopia. Las variables cuantitativas se expresaron como promedios, medianas y desviaciones estándar y para el análisis inferencial se utilizó la *t* de Student. Las variables cualitativas dicotómicas y categóricas se expresaron en proporciones y se analizaron con la prueba *ji* cuadrada (χ^2) y regresión de Cox.

Resultados: Se incluyó a 344 individuos, de los cuales 171 (49.7%) tuvieron un resultado falso positivo (≥ 20 ng/ml y ausencia de carcinoma o adenomas avanzados), 34.6% ($n = 59$) correspondió a hombres, 30.6% ($n = 52$) tuvo hemorroides internas o externas y en 18.2% ($n = 31$) se identificaron divertículos durante la colonoscopia. Se encontró que las hemorroides (OR, 3.50; IC, 1.9-6.4), los divertículos en el colon (OR, 2.01; IC, 1.0-4.02) y el consumo de ASA o AINE (OR, 1.85; IC, 1.13-3.05) (Tabla 1) fueron los factores de riesgo relacionados con una prueba FIT falsa negativa.

Conclusiones: Las hemorroides o los divertículos y el consumo de ASA o AINE son factores de riesgo para obtener una prueba FIT falsa positiva. Se requieren estrategias de detección individualizadas que podrían reducir el número de colonoscopias innecesarias.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Factores de riesgo relacionados con FIT falsa positiva. (Mar267)

Variable	OR	p
Variables demográficas:		
Sexo femenino	0.924 (0.56-1.50)	0.751
Tabaquismo	0.434 (0.230-0.818)	0.010
Alcoholismo	1.492 (0.538-4.139)	0.442
Hallazgos endoscópicos:		
Hemorroides	3.50 (1.90-6.45)	<0.001
Divertículos	2.013 (1.0-4.02)	0.048
Medicamentos		
ASA o AINE	1.858 (1.132-3.05)	0.014
Enfermedades crónicas:		
Diabetes mellitus tipo 2	1.108 (0.607-2.023)	0.738
Hipertensión arterial	1.263 (0.749-2.131)	0.381
Tabaquismo	0.434 (0.230-0.818)	0.010
Alcoholismo	1.492 (0.538-4.139)	0.442

Mar268**METÁSTASIS DE CARCINOMA RENAL VARIEDAD CÉLULAS CLARAS A ÍLEON, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

O. N. Sandoval-Bermúdez, A. Ibarra-Trejo, L. Sánchez-Reza, V. H. García-García, R. Cuadros-de Anda, A. Gutiérrez-Campoy, A. Alatorre-Moreno, G. López-Urbina, Unidad Médica de Alta Especialidad Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El tumor de células claras, conocido como adenocarcinoma, representa el 85% de los cánceres de células renales, y las metástasis a intestino delgado son extremadamente raras, de tal manera que representan una causa poco frecuente de sangrado gastrointestinal. Aunque se presupone que la metástasis del adenocarcinoma renal en el intestino delgado es muy rara, con informes de casos aislados y algunas series de casos en las publicaciones médicas desde 2015, han aparecido 11 informes de casos o series diferentes en la bibliografía. Los tumores del intestino delgado son raros y suponen sólo el 3% de todos los tumores del tracto gastrointestinal y el 50% de éstos corresponde a metástasis y apenas el 5% a tumores de células claras renales.

Objetivo: Notificar un caso clínico raro de metástasis de carcinoma renal, variedad células claras a íleon.

Informe de caso: Paciente ingresada al servicio de los autores en cuatro ocasiones por dolor abdominal en hipogastrio (6 de 10 en la escala visual análoga), así como evacuaciones hematoquécicas; mediciones paraclínicas a su ingreso: hemoglobina (Hb) de 7.4 hasta 3.7 g/dl, marcadores tumorales AFP 1.7 UI/ml, CA 19.9, 4.04 UI/ml, ACE 2.16 ng/ml, sin alguna otra alteración. Exploración física: estabilidad hemodinámica, afebril, abdomen plano, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal ni masas palpables; requiere transfusión en múltiples ocasiones y realización de colonoscopia que reconoce dos divertículos aislados en ciego; la panendoscopia alta identifica sólo signos de gastropatía crónica pero no de sangrado. En la última hospitalización se reconoce evidencia de sangrado gastrointestinal con tacto positivo a melena; una nueva colonoscopia identifica sangre en íleon terminal pero no el sitio; la TAC enteral delineó un tumor intraluminal de íleon, hipodenso, de morfología regular, que no producía obstrucción de la luz y con notable realce vascular en la fase enteral y con dimensiones de 58 x 49 x 43 mm; por esa razón se programa una resección intestinal con hallazgos intraoperatorios de tumor de íleon terminal de 12 x 15 x 10 cm vascularizado a 90 cm de la válvula ileocecal; se efectúan una resección intestinal y una anastomosis laterolateral mecánica. La paciente muestra después una evolución clínica satisfactoria y egresa ocho días después con mejoría; el informe histopatológico fue una tumoración de intestino delgado (metástasis de carcinoma renal), variedad de células claras de 6 x 8 cm con márgenes quirúrgicos libres de tumor y tres ganglios linfáticos de mesenterios benignos; tenía marcadores inmunohistoquímicos PAX 8 positivo focal, CD10 positivo, CCR negativo (Fig. 1).

Discusión: El adenocarcinoma de células claras puede causar hemorragia gastrointestinal por invasión directa o enfermedad metastásica, y puede presentarse también como una intususcepción y obstrucción del intestino delgado. Se desconoce en gran medida la prevalencia real del adenocarcinoma de células claras metastásico en el intestino delgado; un estudio de cohorte de 3 637 pacientes con adenocarcinoma de células claras identificó a 26 pacientes (0.71%) con metástasis en el tracto gastrointestinal.

Conclusiones: Este informe de caso remarca la importancia de considerar la enfermedad metastásica como una fuente de sangrado en pacientes conocidos con adenocarcinoma renal o antecedentes de éste en los cuales aparezca hemorragia digestiva, sin identificar el

sitio evidente mediante estudios de colonoscopia y endoscopia alta digestiva.

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

Figura 1. Imagen macroscópica de la pieza quirúrgica; en esta resección de íleon se observa la tumoración con áreas hipervascularizadas y zonas de necrosis. (Mar267)

**Mar269****METÁSTASIS CUTÁNEAS DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: INFORME DE UN CASO**

A. N. Olivas-Rubio, N. X. Ortiz-Olvera, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: En los carcinomas viscerales, las metástasis cutáneas son poco frecuentes y por lo general representan un suceso tardío en el curso de una neoplasia maligna interna; sólo en 0.8% aparecen como la primera manifestación de la enfermedad, en cuyo caso implican un reto diagnóstico.

Objetivo: Informar un caso raro de metástasis cutánea de adenocarcinoma gástrico diagnosticada en un hospital de tercer nivel.

Informe de caso: Se trata de un paciente masculino de 77 años de edad, el cual acude a valoración por el servicio de gastroenterología por episodio de hemorragia gastrointestinal. Sin antecedentes heredofamiliares de relevancia. Antecedentes personales patológicos pertinentes: portador de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad acidopéptica diagnosticada tres años antes, consumo de alcohol de 1 botella de brandy (160 g) a la semana, aproximadamente desde ocho meses antes, tabaquismo negado,

aunque es fumador pasivo, y otras toxicomanías negadas. Se investigó el resto de los antecedentes y fue negado. En la anamnesis refirió pérdida de peso de 14 kg en los últimos seis meses. Exploración física: palidez de piel y tegumentos, datos de caquexia, neoformación exofítica en la región supraclavicular derecha la presencia con superficie de aspecto rugoso e indurada. Estudios de laboratorio y gabinete: signos de anemia leve y leucocitosis a expensas de neutrofilia, sin coagulopatía ni desequilibrio acidobásico, pruebas de función hepática sin alteraciones y radiografía de tórax sin alteraciones. Estudio endoscópico: lesión neoplásica en curvatura menor Borrmann III, infiltrante, de unos 45 mm x 30 mm y candidiasis esofágica Kodsi I. Debido a los datos hallados en el estudio endoscópico se solicitan estudios complementarios de extensión. La tomografía contrastada de abdomen reconoce una lesión tumoral gástrica indicativa de adenocarcinoma, con afectación del tercio inferior esofágico y enfermedad metastásica hepática y ganglionar. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico moderadamente diferenciado. Durante el abordaje diagnóstico se realiza biopsia de lesión en piel, con informe histopatológico de adenocarcinoma poco diferenciado y tinción de inmunohistoquímica. El diagnóstico definitivo fue adenocarcinoma gástrico metastásico en etapa clínica IV (Fig. 1).

Figura 1. Lesión dérmica. (Mar269)



Discusión: Las metástasis cutáneas representan la invasión de células cancerosas a la dermis o al tejido celular subcutáneo, sin que exista continuidad con la neoplasia primaria. Pueden ser locales o distantes. La metástasis cutánea es rara, con una incidencia global de 5% de todas las neoplasias viscerales. Por lo general, la ubicación común de las lesiones metastásicas es la proximidad del tumor alrededor de la pared abdominal anterior, el cuello, la espalda y la región inguinal. En caso de lesiones de piel que pueden desarrollarse durante el curso de la tumoración, se evalúa la posibilidad de metástasis cutáneas; entre las presentaciones clínicas descritas con

mayor frecuencia figuran los nódulos cutáneos o subcutáneos, que suelen ser de color rosado a violáceo. El sitio más común de metástasis cutánea es la pared abdominal donde se conoce como nódulo de la hermana Mary Joseph, con una frecuencia de 3%, que se presenta casi siempre como nódulo cutáneo en el ombligo. Los pacientes con metástasis cutánea tienen un pronóstico pésimo.

Conclusiones: La importancia de este caso radica en que las metástasis cutáneas tienen presentaciones variables; sin embargo, se requiere un alto grado de sospecha y un estudio histopatológico completo para confirmar el diagnóstico, como en el caso de esta paciente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar270

ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE DUODENO: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. N. Olivas-Rubio, R. Moreno-Alcántar, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: Las neoplasias malignas del intestino delgado representan sólo el 2% de todos los cánceres gastrointestinales y el 0.1% a 0.3% de todas las neoplasias malignas.

Objetivo: Notificar un caso de adenocarcinoma primario de duodeno, diagnosticado en un hospital de tercer nivel, en virtud de su baja incidencia y escasa información en las publicaciones médicas.

Informe de caso: Se trata de un paciente masculino de 72 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares oncológicos. Como antecedentes personales patológicos pertinentes es portador de diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal mediante hemodiálisis. Antecedente también de tuberculosis pulmonar, tratada y resuelta. El resto de antecedentes fue interrogado y negado. La anamnesis revela un cuadro clínico de dos meses de evolución con ictericia, dolor abdominal vago, en relación con hiporexia, síntomas obstructivos manifestados por náusea, plenitud posprandial y vómito, cambios en el patrón evacuatorio con Bristol de 5 a 6, además de pérdida ponderal no intencional de unos 18 kg en el último año. Exploración física: ECOG 2, regular estado general, tinte icterico de piel y tegumentos, signos de caquexia, sin adenopatías, abdomen plano depresible y doloroso a la palpación en marco cólico, sin masas palpables. Bioquímica: anemia leve normocítica normocrómica, hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa, con patrón colestásico (factor R de 0.7), así como DHL elevada. La tomografía simple y contrastada delinea una tumoración de segunda porción de duodeno, sin adenopatías regionales y se realiza por tanto una panendoscopia con toma de biopsias que documenta ampulla de Vater con mucosa engrosada y áreas de retracción y ulcerada, que provoca estenosis de la luz duodenal, aunque con paso del endoscopio. Con posterioridad, el estudio histopatológico informa adenocarcinoma bien diferenciado ulcerado de tipo intestinal invasor, sin invasión linfovascular ni perineural. Asimismo, se llevó a cabo CPRE que identifica estenosis del colédoco distal secundaria a infiltración neoplásica, que exigió colocación de prótesis plástica de 10 Fr de 5 cm de largo. El diagnóstico definitivo fue adenocarcinoma de duodeno bien diferenciado. El servicio de sarcomas determina que no es elegible para resección quirúrgica por ECOG y comorbilidades, y se envía al servicio de endoscopia gastrointestinal para paliación endoscópica del tracto digestivo (Fig. 1).

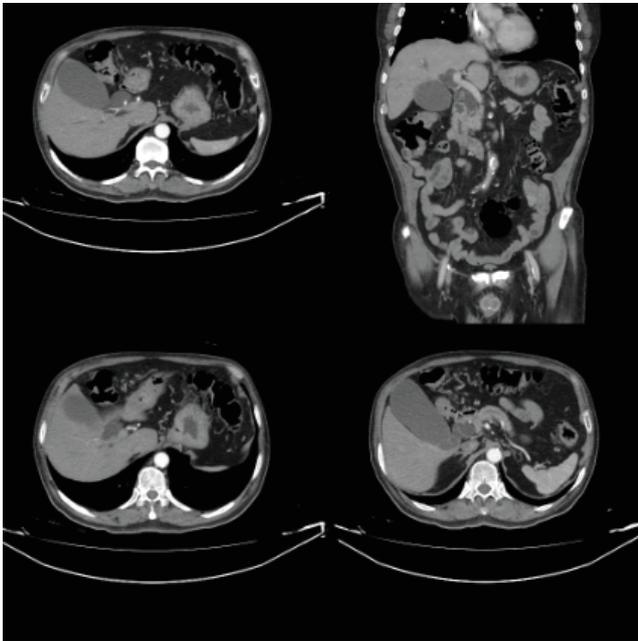
Discusión: El diagnóstico suele ser difícil debido a la rareza de estas lesiones; por lo tanto, la demora del diagnóstico es común, lo que puede resultar en el descubrimiento de la enfermedad en una etapa tardía y por ende un mal pronóstico. La edad promedio de presentación se extiende entre la quinta y sexta décadas de la vida.

En cuanto al cuadro clínico, los signos y síntomas varían con la localización del tumor en el duodeno. Los hallazgos de laboratorio son inespecíficos y no existen marcadores tumorales que tengan sensibilidad y especificidad suficientes para establecer el diagnóstico. El diagnóstico definitivo se determina mediante estudio de histopatología. La resección quirúrgica es el único tratamiento curativo, pero al momento del diagnóstico prácticamente el 40% es irreseccable, sólo apto para paliación digestiva. En este caso se practicó anastomosis gastroenteral guiada por ultrasonido endoscópico con colocación de prótesis metálica de oposición luminal autoexpandible de 20 mm totalmente cubierta sobre curvatura menor, sin complicaciones.

Conclusiones: El adenocarcinoma primario de duodeno es una entidad poco frecuente. La sobrevida en los pacientes es baja en virtud del diagnóstico tardío.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Figura 1. Tomografía abdominal contrastada. (Mar270)



Mar271

CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE MAMARIO CON METÁSTASIS TARDÍA EXTRAOCULAR Y DE COLON CON COLONOSCOPIA MACROSCÓPICA NORMAL: UN REPORTE DE CASO

J. Garza-Sánchez, L. Rodríguez-Valenzuela, C. Cordero-Vargas, R. López-Merino, Hospital Ángeles Puebla

Introducción: El cáncer de mama (CM) es la tumoración maligna más prevalente en las mujeres en el plano mundial. La diseminación más frecuente de esta enfermedad se proyecta a hueso, pulmón, hígado y cerebro; el sistema gastrointestinal es un sitio de afectación raro (< 1%). Aquí se describe el caso de una mujer con CM que tuvo recurrencia de la enfermedad a los 14 años luego de la operación, expresada en la forma de diseminación extraocular y colónica.

Objetivo: Notificar el caso de un paciente femenino de 59 años con diagnóstico inicial de adenocarcinoma mamario lobulillar infiltrante, con recurrencia tardía 14 años después de la mastectomía, manifestado como diseminación extraocular y colónica, para aportar

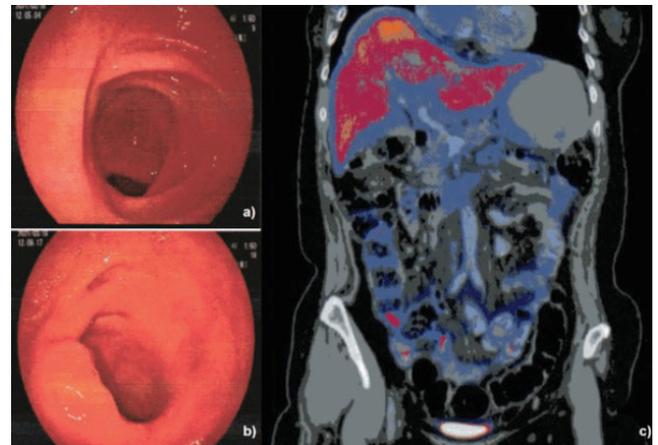
información valiosa a la bibliografía sobre la atención de este tipo de pacientes.

Informe de caso: Paciente femenino con diagnóstico de adenocarcinoma mamario lobulillar infiltrante. Se sometió a tratamiento quirúrgico y quimiorradioterapéutico adyuvante. Se informó remisión completa de la enfermedad. Catorce años después, la paciente identifica una masa palpable unilateral en el párpado superior derecho; la biopsia registra carcinoma mamario metastásico. La TEP/TC (Fig. 1) reconoce aumento metabólico en ciego y colon ascendente; la colonoscopia identifica estenosis y la biopsia de recto adenocarcinoma con células en anillo de sello. Se inicia tratamiento quimioterapéutico con capecitabina. En una segunda colonoscopia se observa la pérdida de la elasticidad de la mucosa (*molecular interplay*) y la biopsia informa carcinoma mamario lobulillar infiltrante metastásico con células en anillo de sello. En la actualidad, la paciente se encuentra bajo tratamiento con inhibidores de aromatasa + inhibidores CDK4/6.

Conclusiones: Una revisión sistemática reciente sugirió reservar el tratamiento quirúrgico para casos de emergencias (perforación, obstrucción y hemorragia) y en pacientes con lesiones aisladas en quienes podría mejorar el curso clínico; sin embargo, hoy en día no se dispone de una recomendación con evidencia A1 para el tratamiento de estos pacientes. La pérdida de la elasticidad en la mucosa podría atribuirse a la interacción molecular entre las células tumorales y los elementos no malignos de la lámina propia.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. TEP y colonoscopia de la paciente. (Mar271)



Mar272

TASA DE DETECCIÓN DE PÓLIPOS EN ESTUDIOS DE COLONOSCOPIA EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS

C. Paredes-Amenábar, C. A. Campoverde-Espinoza, P. M. Alegria-Acuña, J. C. Zavala-Castillo, E. Ornelas-Escobedo, R. Pérez-Cabeza de Vaca, Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El cáncer de colon constituye un problema de salud mundial. Se ha demostrado que existe mejoría en la tasa de supervivencia mediante la colonoscopia de tamizaje y la extirpación de sus lesiones precursoras, esencialmente los pólipos. Los pólipos en el colon son protuberancias que aparecen en la luz del colon y por lo regular son esporádicos o parte de otros síndromes. Se clasifican como neoplásicos (adenomatosos) y no neoplásicos (hiperplásicos, inflamatorios, hamartomatosos). La colonoscopia es la

norma de referencia para detectar pólipos de colon, pero su sensibilidad no es absoluta. Se ha publicado una tasa de omisión para pólipos de cualquier tamaño del 22% y una tasa de omisión para adenomas > 10 mm del 2.1%, para adenomas de 5 a 10 mm del 13% y para aquellos de 1 a 5 mm del 26%. Se recomienda la colonoscopia completa como estrategia de tamizaje cada 10 años, la primera a los 50 años.

Objetivo: Determinar primero la tasa de detección de pólipos en estudios de colonoscopia en pacientes mayores de 50 años y a continuación el tiempo de salida y preparación colónica.

Material y métodos: Tipo de estudio: observacional, transversal y retrospectivo. Tiempo del estudio: de marzo a junio del año 2022. Variables analizadas: sexo, edad, preparación intestinal, tiempo de salida, caracterización del pólipo basada en la clasificación de Paris. Criterios de inclusión: a) ambos sexos, b) edad > 50 años, c) realización de estudio endoscópico (consentimiento informado). Criterios de exclusión: a) pacientes con preparación intestinal pobre, b) pacientes hemodinámicamente inestables, c) pacientes con poliposis adenomatosa familiar, cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal. Análisis estadístico: las variables cuantitativas se expresan en media y desviación estándar y las cualitativas en porcentajes. Se utilizó la prueba t de Student cuando fuera aplicable y se tomó la significancia estadística como $p < 0.05$.

Resultados: Se llevó a cabo una revisión de las colonoscopias realizadas a pacientes mayores de 50 años en el servicio de endoscopia entre marzo y junio del 2022. Se incluyó a un total de 213 pacientes, 82 de los cuales tuvieron alguna lesión polipoide; 55% correspondió a mujeres. En la Tabla 1 se muestran las características basales, datos demográficos generales y estudio colonoscópico de todos los pacientes.

Conclusiones: La tasa de detección de pólipos en estudios de colonoscopia por tamizaje de cáncer colorrectal, diarrea, estreñimiento y hemorragia digestiva baja con cromoendoscopia i-SCAN I es de 38.5%. Asimismo, se encontró una relación estadísticamente significativa cuando la indicación fue tamizaje de colon al comparar al grupo en el que se detectaron pólipos con el grupo en el cual no se

identificaron lesiones. Esta investigación es un acercamiento a la población mexicana para correlacionar los estudios colonoscópicos en pacientes mayores de 50 años en búsqueda de lesiones polipoideas y el papel que tiene este factor como un desencadenante del cáncer colorrectal.

Financiamiento: No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este trabajo.

Mar273

PREVALENCIA DE LESIONES ESTRUCTURALES DETECTADAS MEDIANTE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN 2 000 PACIENTES CON DISPEPSIA

R. I. Carmona-Sánchez, D. I. Carmona-Guerrero, J. C. Terán-Márquez, Práctica privada

Introducción: La endoscopia digestiva alta (EDA) se realiza con frecuencia en pacientes con dispepsia. Aunque las guías no recomiendan una endoscopia en ausencia de síntomas de alarma, los síntomas dispépticos son todavía una indicación predominante para la endoscopia. A pesar de la elevada prevalencia de la dispepsia y lo común que es este procedimiento, la información al respecto en el medio es escasa.

Objetivo: Investigar la prevalencia de lesiones estructurales en pacientes con síntomas dispépticos sin datos de alarma.

Material y métodos: Para este estudio se consideró a todos los pacientes con dispepsia objeto de EDA diagnóstica de enero de 2006 a diciembre de 2021. La dispepsia se definió como la presencia de malestares crónicos y recurrentes en la porción alta del abdomen con uno o más de los siguientes síntomas: dolor o ardor en epigastrio, saciedad temprana, plenitud, eructos, distensión, náusea o vómito. Se realizó una historia clínica completa uniforme en todos los casos. Para fines de este estudio, las lesiones estructurales de

Tabla 1. (Mar272)

Características demográficas		Hallazgos, n%			
		Pacientes con pólipos (n = 82)	Pacientes sin pólipos (n = 131)	p	
Historial personal	Edad en años, media ± DE	62.5 ± 8.74	62.4 ± 8.70	0.81	
	Sexo (hombres/mujeres)	37 (45.1)/45 (54.9)	43 (32.8)/ 88 (67.1)	< 0.0001	
Historial médico	Diabetes mellitus	23 (28.0)	21 (16.0)	0.039	
	Hipertensión arterial	20 (24.4)	34 (25.9)	0.76	
	Hepatopatía	1 (1.2)	4 (3.05)	N/D*	
Estudio colonoscópico	Indicación	Tamizaje cáncer colorrectal	50 (60.9)	105 (80.1)	< 0.0001
		Estreñimiento	10 (13.4)	5 (3.8)	
		Diarrea	3 (3.6)	8 (6.1)	
		Hemorragia digestiva baja	18 (21.9)	13 (9.9)	
		Preparación intestinal	Grado	7	23 (28.0)
		8	29 (35.3)	33 (25.2)	
		9	30 (36.5)	51 (38.9)	0.08
	Retirada en minutos, media ± DE	15.6 ± 6.4	15.5 ± 6.4		

Los parámetros cuantitativos están expresados en medias ± desviación estándar y los parámetros cualitativos en números (porcentaje).

*DE, desviación estándar. N/D, no determinado.

**La recopilación de los datos se realizó mediante la base de datos de los pacientes atendidos en el servicio de endoscopia del Hospital General de México.

interés fueron las erosiones, úlceras, várices, pólipos y neoplasias, sin importar su ubicación. Los hallazgos inespecíficos de la mucosa como eritema, palidez, patrón nodular o reticular se consideraron como no significativos o normales. Se excluyó a los pacientes que tuvieran pirosis y regurgitaciones ácidas como síntomas únicos o predominantes, así como a aquéllos con dolor abdominal que mejoraba al evacuar. Tampoco se incluyó a todos los enfermos con datos de alarma o sospecha de enfermedad orgánica (p. ej., con disfagia, pérdida de peso involuntaria significativa, anemia, hemorragia digestiva en cualquier presentación, graves o inestables), individuos que hubieran consumido inhibidores de la secreción ácida o antibióticos en las dos semanas anteriores a la endoscopia y quienes tuvieran cualquier tipo de cirugía esofágica, gástrica o duodenal. Se tomaron biopsias del cuerpo y antro gástrico para determinar infección por *Helicobacter pylori* (Hp) mediante prueba rápida de ureasa en forma sistemática.

Resultados: Se consideró a 2 987 enfermos con dispepsia para este estudio, de los cuales se excluyó a 983. En el análisis final se incluyó a 2 004 enfermos (72% mujeres, edad promedio de 45.3 años, 38% mayores de 50 años). Se detectaron lesiones estructurales en 598 pacientes con dispepsia sin datos de alarma (29.8%) (Tabla 1). Doscientos tres pacientes tuvieron más de una lesión (10.1%). Entre los enfermos con lesiones estructurales, 373 (62.3%) fueron mayores de 50 años. La infección por Hp se reconoció en 1 318 enfermos con dispepsia en quienes se realizó EDA (65.7% de los casos).

Tabla 1. Lesiones estructurales detectadas mediante EDA en pacientes con dispepsia. (Mar273)

Erosiones gastroduodenales	138 (6.9%)	Várices esofágicas	8 (0.4%)
Pólipos gástricos	121 (6.0%)	Pólipos duodenales	3 (0.1%)
Erosiones esofágicas	93 (4.6%)	Linfoma tipo MALT	2 (0.09%)
Úlcera péptica gástrica o duodenal	49 (2.4%)	Adenocarcinoma gástrico	1 (0.05%)

Conclusiones: Uno de cada tres pacientes con dispepsia sin datos de alarma tiene lesiones estructurales en la EDA. Entre ellos, dos de cada tres son mayores de 50 años de edad. La prevalencia de neoplasias malignas es de 0.14% y la de infección por Hp de 65%. Estos datos pueden ayudar a optimizar el uso de la EDA en pacientes con dispepsia sin datos de alarma en el medio.

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

Mar274

FACTORES Y SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA AL TRASTORNO POR ERUCTOS EN PACIENTES CON DISPEPSIA NO INVESTIGADA

F. A. Félix-Téllez, S. A. Mercado-Basoco, A. R. Flores-Rendón, D. A. Picazo-Mendoza, J. A. Aldana-Ledesma, L. M. Cruz-Rodríguez, V. A. Jiménez-Hernández, A. I. Tornel-Avelar, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Introducción: Los eructos excesivos en pacientes con dispepsia funcional son un trastorno frecuente con una prevalencia informada de 50% a 80%. Los eructos se han vinculado con hipersensibilidad visceral en estudios experimentales con baróstato gástrico y también con síntomas relacionados con la acomodación fúndica

como saciedad temprana y pérdida de peso. Es de relevancia continuar el estudio de ese síntoma en pacientes con dispepsia, ya que produce un efecto negativo en la calidad de vida hasta en un 20% de los casos y también podría considerarse un marcador para medidas terapéuticas específicas, como la terapia de lenguaje o la neuromodulación.

Objetivo: Determinar los factores y los síntomas relacionados con la presencia del trastorno por eructos en pacientes con dispepsia no investigada (DNI).

Material y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal para analizar los factores y los síntomas vinculados con el trastorno por eructos (TPE) en pacientes con DNI. La investigación se llevó a cabo en siete estados de México durante el 2020. Se aplicó una encuesta a través de internet a 1 000 individuos de estudio seleccionados por muestreo probabilístico de conglomerados y en la que se incluyó a la población con diagnóstico de dispepsia. Se recolectó información sociodemográfica, antecedentes médicos y síntomas gastrointestinales. Se utilizaron criterios de Roma IV para el diagnóstico de dispepsia, TPE y síndrome de intestino irritable (SII). Se aplicó el cuestionario EQ-5D para evaluar la calidad de vida y la escala de HADS para ansiedad y depresión. Se realizó un análisis de regresión logística univariado y multivariado por prueba de χ^2 con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Se incluyó a 466 pacientes con DNI con un predominio del género femenino (n = 334, 71.7%) y una edad media de 30 ± 10 años. Se encontró una proporción de TPE del 33.6% (n = 157; IC95%, 0.29-0.38). La proporción por subgrupos de dispepsia fue de 47.4% (n = 221; IC95%, 0.42-0.52) de síndrome de dolor epigástrico, 26.8% (n = 125; IC95%, 0.22-0.31) de síndrome de distrés posprandial (SDP) y un 25.7% (n = 120; IC95%, 0.21-0.29) de síndrome de sobreposición. En los datos sociodemográficos se observó que los pacientes con sobreposición de trastorno por eructos tenían mayor edad (p = 0.045), peor desempeño laboral (p = 0.0010), mayor ausentismo laboral (p ≤ 0.001), mayor efecto negativo en calidad de vida en los ejes de actividades cotidianas (0.0030) y dolor-malestar (p = 0.011) en el cuestionario EQ5D. En el análisis de regresión logística univariado se reconoció un nexo del TPE con síntomas típicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) (p = < 0.001), náusea (< 0.001), SII mixto (p = 0.004), SDP con síntomas graves (p = 0.003), SDP ¿SDP? ES EL MISMO QUE EL ANTERIOR con síntomas graves (p ≤ 0.001) y mala calidad de vida en actividades de la vida cotidiana por EQ5D (p = 0.003). En el análisis multivariado se demostró una relación con los síntomas típicos de ERGE (OR, 2.17; IC95%, 1.43-3.30; p ≤ 0.001), náusea (OR, 2.06; IC95%, 1.28-3.32; p = 0.003), SII mixto (OR, 1.81; IC95%, 1.04-3.15; p = 0.034) y SDP con síntomas graves (OR, 4.13; IC95%, 1.58-10.7; p = 0.004).

Conclusiones: La sobreposición de TPE con DNI se vincula con SDP grave y otros síntomas de retraso del vaciamiento gástrico, como regurgitación y náusea, lo cual indica una vinculación con dicho mecanismo fisiopatológico. También se demostró una relación con el SII mixto, lo que podría señalar de manera indirecta una relación con hipersensibilidad visceral. En consecuencia, es necesario realizar estudios experimentales con pruebas de vaciamiento gástrico y baróstato en esta población para establecer una correlación de los eructos excesivos con el retraso del vaciamiento gástrico e hipersensibilidad visceral.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar275

EL ÍNDICE PROTEÍNA C REACTIVA/ALBÚMINA (CAR) COMO PREDICTOR DE SEVERIDAD/MORTALIDAD EN LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR

M. Aceves-Valdez, H. E. Estrada-González, B. Jiménez-Bobadilla, J. A. Villanueva-Herrero, G. Güemes-Quinto, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad diverticular (ED) es una afección cuya prevalencia oscila entre 2% y 10% en el mundo, con un aumento de la incidencia en pacientes jóvenes descrita a partir de los 40 a 49 años. En los pacientes con ED es imperativo clasificar su gravedad con la finalidad de elegir una opción terapéutica idónea, lo cual modifica el pronóstico de quienes la padecen. El índice proteína C reactiva/albúmina (CAR, por sus siglas en inglés) ha demostrado ser un marcador pronóstico y de morbimortalidad en múltiples enfermedades infecciosas e inflamatorias. La proteína C reactiva como marcador predictivo en ED ya se ha estudiado, pero no se ha descrito la relación de CAR con ED.

Objetivo: Evaluar la utilidad del CAR como predictor de gravedad y mortalidad en pacientes con ED atendidos en un hospital de tercer nivel de atención en México.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, relacional y analítico, en el cual se incluyó a 51 pacientes con el diagnóstico de ED atendidos consecutivamente en el servicio de coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. El diagnóstico de ED se consideró con base en criterios clínicos y de imagen por tomografía computarizada. Para evaluar la gravedad de la ED se consideró la clasificación de Hinchey por tomografía. Se recolectaron las variables demográficas, clínicas y bioquímicas de cada paciente, así como las complicaciones y la mortalidad hospitalaria. Se determinó el CAR tras obtener el cociente de la división de las cifras de proteína C reactiva sérica (PCR) y las concentraciones séricas de albúmina al momento del ingreso hospitalario. El análisis de los datos obtenidos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 26. El valor de *p* se consideró estadísticamente significativo cuando fuera < 0.05.

Resultados: Las características demográficas y clínicas de los pacientes con ED incluidos en este estudio se describen en la **Tabla 1**. Se observó una correlación positiva entre las cifras de PCR y la gravedad de la ED medida por Hinchey ($r = 0.44$; $p = 0.001$). Esta correlación fue aún más sólida y significativa cuando se tomó en consideración el CAR ($r = 0.49$; $p \leq 0.001$). Mediante un análisis ROC se determinó un punto de corte para CAR de 28 puntos para diferenciar a pacientes con una mayor gravedad medida por Hinchey con una AUC de 0.91 (IC95%, 0.83-1.0); $p \leq 0.001$), una sensibilidad de 100% y una especificidad de 70%, con un valor predictivo positivo de 40% y valor predictivo negativo de 94%, y una precisión del 73%. En la determinación del riesgo, un CAR > 28 se relacionó con un riesgo incrementado de presentar una ED Hinchey III-IV (OR, 8.7; IC95%, 1.5-48.28; $p \leq 0.001$). Es importante destacar que el CAR mostró una correlación positiva con la mortalidad en los pacientes con ED ($r = 0.32$; $p = 0.02$) y los dos pacientes que fallecieron por la enfermedad tenían un CAR > 28. No se halló vínculo entre el CAR y la presencia de comorbilidades, necesidad de tratamiento quirúrgico, complicaciones y estancia intrahospitalaria de los pacientes con ED.

Conclusiones: El CAR representa una herramienta útil en la evaluación de la gravedad y mortalidad de los pacientes con ED. Los valores incrementados del CAR (> 28) muestran una relación con una mayor gravedad de la enfermedad medida por Hinchey y una mayor mortalidad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y bioquímicas de los pacientes con enfermedad diverticular. (Mar275)

VARIABLES	PACIENTES CON ENFERMEDAD DIVERTICULAR n = 51
Género, n (%)	
Masculino	32 (62.7)
Femenino	19 (37.3)
Edad- años, ± DE (mínimo-máximo)	54.03 ± 12.36 (22-78)

Comorbilidades, n (%)

Sin comorbilidades	32 (62.7)
DM2 + HAS	6 (11.8)
HAS	5 (9.8)
DM2	3 (5.9)
HAS + depresión	1 (2)
AR	1 (2)
HPB	1 (2)
Cáncer de tiroides	1 (2)
Síndrome de Down	1 (2)

Clasificación de Hinchey, n (%)

I	24 (47)
II	18 (35.3)
III	5 (9.8)
IV	4 (7.8)

Necesidad de tratamiento quirúrgico, n (%)	42 (82.9)
--	-----------

Complicaciones posquirúrgicas, n (%)

Presentes	38 (74.5)
Ausentes	13 (25.5)

Días de estancia intrahospitalaria*	7 (5-15)
-------------------------------------	----------

Mortalidad, n (%)	2 (3.9)
-------------------	---------

Proteína C reactiva (mg/L)*	46 (25-150)
-----------------------------	-------------

Albúmina (g/dL)*	3.8 (3.2-4.1)
------------------	---------------

Índice PCR/albúmina*	11.5 (5.81-53.07)
----------------------	-------------------

HAS, hipertensión arterial sistémica; DM2, diabetes mellitus tipo 2; AR, artritis reumatoide; HPB, hiperplasia prostática benigna; PCR, proteína C reactiva; (*) el resultado se expresa en mediana con rango intercuartílico.

Mar276

ENDOMETRIOSIS COLORRECTAL: REPORTE DE CASO

M. F. Astudillo-Ángel, P. Gálvez-Castillejos, L. F. De Giau-Triulzi, Hospital Español

Introducción: La endometriosis es un trastorno ginecológico crónico, dependiente de estrógeno, caracterizado por implantes endometriales fuera del útero que inducen una respuesta inflamatoria. Puede clasificarse como genital y extragenital; la endometriosis intestinal fue la forma más frecuente de esta última. Existen múltiples teorías patogénicas de la endometriosis, las cuales son complejas y multifactoriales. Se ha sugerido que el defecto de Allen-Masters es una potencial vía de diseminación en los casos de implantes rectovaginales.

Objetivo: Presentar un caso de variante profunda de la endometriosis colónica.

Informe de caso: Se trata de una mujer de 42 años de edad con antecedente de estreñimiento crónico en tratamiento con psyllium plántago, sin dosis especificada. Antecedentes ginecoobstétricos: embarazo ectópico 14 años antes, adenomiosis diagnosticada cuatro años antes sin tratamiento y dos embarazos normoevolutivos resueltos por cesárea. Acude por exacerbación de síntomas crónicos de estreñimiento en los últimos 12 meses al presentar una evacuación semanal (Bristol 1-2), junto con dolor abdominal en cuadrantes inferiores, tipo cólico, de intensidad moderada. En la exploración física se identifica dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Se realiza colonoscopia que identifica signos de proceso inflamatorio agudo y produce zona de estenosis no

franqueable, indurada, con extensión de unos 3 cm y mucosa de aspecto eritematoso localizada a 28 cm del margen anal. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste intravenoso y vía oral identifica engrosamiento segmentario e inespecífico en la unión rectosigmoidea. Se complementa con resonancia magnética de pelvis contrastada (Fig. 1) que confirma el engrosamiento proveniente de la mucosa intestinal. Se realiza en un segundo tiempo colonoscopia con dispositivo ultradelgado con toma de biopsia de dicha lesión y tatuaje endoscópico. Se programa para procedimiento quirúrgico por abordaje laparoscópico con resección anterior y anastomosis colorrectal e histerectomía total vaginal; el posoperatorio es favorable y egresa nueve días después de su admisión. El informe histopatológico confirma endometriosis multifocal. **Discusión:** El compromiso colorrectal es una de las formas más graves de endometriosis y se presupone que afecta a 5.3% a 12% de las mujeres con endometriosis; algunas publicaciones refieren afectación hasta de 40%. Se calcula que hasta un tercio de las mujeres infecundas padece endometriosis. El término endometriosis intestinal debe emplearse cuando el estroma y las glándulas endometriales infiltran la pared intestinal, al menos hasta el tejido adiposo subseroso o el plexo subseroso adyacente. El recto y la unión rectosigmoidea representan hasta el 93% de todas las lesiones endometrióticas intestinales, seguidas de la afectación de recto, íleon, apéndice y ciego. La endometriosis colorrectal a menudo se relaciona con otros lugares de endometriosis infiltrante profunda. A pesar del riesgo de complicaciones graves, como fístulas rectovaginales y disfunción neurogénica de la vejiga, se ha demostrado que la cirugía mejora los síntomas y la calidad de vida. **Conclusiones:** Es un trastorno relativamente común que se presenta durante la etapa reproductiva y se acompaña de dolor pélvico y problemas de fecundidad. Afecta a más de 176 millones de mujeres en todo el mundo y ocurre en el 6% a 10% de las mujeres. La extensión de la endometriosis varía ampliamente y puede comprometer a órganos distintos de los reproductores. Esto induce no sólo el dolor menstrual y la infertilidad; en realidad, las lesiones endometrióticas también pueden infiltrar progresivamente los órganos afectados y conducir a retracción fibrosa y distorsión anatómica. **Financiamiento:** Ninguno.

Figura 1. Resonancia magnética de abdomen inferior, con representación por intensidades, que revela endometriosis colorrectal de la paciente. (Mar276)



Mar277

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA Y SENSITIVA ANORRECTAL EN PACIENTES CON PREDIABETES Y DIABETES

J. S. Arenas-Martínez, M. F. García-Cedillo, F. L. Ayala-Aguillón, A. J. Fernández-Ramírez, D. Azamar-Llamas, J. E. Aquino-Matus, T. L. Beltré-González, E. Coss-Adame, Laboratorio de Motilidad, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La diabetes mellitus (DM) afecta al tracto gastrointestinal. En los pacientes con DM se ha descrito una menor presión del esfínter anal (EA) en reposo y en contracción y, de igual modo, se ha informado un umbral medio de sensación rectal mínima más alto que los controles. Se cree que la neuropatía autonómica, la hiperglucemia y la alteración de la percepción visceral desempeñan papeles importantes en las alteraciones de la manometría anorrectal (MAR). Existen pocas series que evalúen la función anorrectal en pacientes con alteraciones de la glucosa sérica en la práctica clínica en poblaciones con estreñimiento o incontinencia fecal (IF), y en ninguna se han correlacionado los hallazgos con la concentración de hemoglobina glucosilada.

Objetivo: Comparar el control glucémico determinado por HbA1c con la función anorrectal motora y sensitiva en individuos con prediabetes y diabetes.

Material y métodos: Estudio transversal analítico. Se revisaron las MAR realizadas de julio de 2017 a mayo de 2022. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con registro institucional e indicación de MAR por IF y estreñimiento; se registraron los datos demográficos de los pacientes, diagnóstico de prediabetes (pre-DM) y DM, años de diagnóstico, HbA1c de tres meses anteriores o después de la MAR, número de embarazos, partos, episiotomía, instrumentación del parto, antecedente de cirugía anorrectal y resultados de la MAR. Se eliminó a pacientes con datos incompleto del expediente clínico y de la MAR. Las variables se resumieron con medianas, frecuencias y porcentajes. Para la comparación de los grupos se utilizaron pruebas no paramétricas para variables cuantitativas y ji cuadrada con la prueba exacta de Fisher para variables cualitativas. Se realizó una correlación de Spearman entre las variables de interés. Se realizó un análisis multivariado mediante la regresión proporcional de Cox para la relación entre el diagnóstico de hipersensibilidad anorrectal y las covariables.

Resultados: Se analizó a 260 pacientes, divididos en tres grupos: no diabetes (no-DM) 41, pre-DM 47, DM 47, con las siguientes características: mujeres, no-DM 31 (75.6%), pre-DM 39 (83%), DM 37 (78.7%), $p = 0.692$; edad en años, no-DM 60 (26-86), pre-DM 68 (34-80), DM 68 (27-87), $p = 0.001$; IMC 26 (17.5-33.3), pre-DM 26.6 (19.1-35.7), DM 24.7 (17.8-48.4), $p = 0.545$; HbA1c, no-DM 5.4 (3.4-5.6), pre-DM 5.9 (5.7-6.40), DM 7.9 (5.9-13.8), $p < 0.001$; cirugía anorrectal, no-DM 4 (9.8), pre-DM 13 (27.7), DM 10 (21.3), $p = 0.108$; episiotomía, no-DM 7 (25), pre-DM 14 (37.8), DM 9 (25), $p = 0.396$; indicación por incontinencia, no-DM 21 (51.2), pre-DM 28 (59.6), DM 30 (63.8), $p = 0.480$. Se encontró una correlación positiva entre la HbA1c y el diagnóstico de hipersensibilidad del esfínter anal ($r = 0.169$, $p = 0.050$). El análisis multivariado se efectuó mediante la regresión proporcional de Cox (OR, 2.478; IC95%, 1.014-6.059; $p = 0.047$); véase la Tabla 1.

Tabla 1. Razón de momios de diabetes mellitus e hipersensibilidad del esfínter anal por regresión logística binominal. (Mar277)

	b	OR	IC95%	p
Esfínter anal hipersensible	0.9076	2.478	1.014-6.059	0.047

Conclusiones: En este estudio se encontró una correlación positiva media entre el incremento de la HbA1c y la hipersensibilidad rectal. Estos hallazgos requieren estudios ulteriores que confirmen estos datos de manera prospectiva, así como el efecto del control glucémico en la función del esfínter anorrectal en pacientes con diabetes.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar278

COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE INFECCIÓN POR CYCLOSPORA CAYETANENSIS EN UN HOSPITAL PRIVADO DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE MÉXICO

A. K. Rojas-Hernández, A. Mijangos-Trejo, Y. Gutiérrez-Grobe, Mérida Sur

Introducción: *Cyclospora cayetanensis* es un coccidio parásito de los seres humanos, con un ciclo de transmisión fecal-oral directo. Se distribuye globalmente y es una causa importante de brotes de enfermedades entéricas transmitidas por los alimentos en muchos países desarrollados, en su mayoría relacionados con el consumo de productos frescos contaminados. La infección por *C. cayetanensis* es estacional en grado notable en todo el mundo, aunque varía de acuerdo con las regiones geográficas. Las poblaciones más susceptibles son niños, extranjeros y pacientes inmunocomprometidos en países endémicos, mientras que en países industrializados *C. cayetanensis* afecta a personas de cualquier edad. La enfermedad se autolimita en la mayoría de los pacientes inmunocompetentes, pero puede presentarse como una diarrea grave, prolongada o crónica en algunos casos y puede colonizar órganos extraintestinales en pacientes inmunocomprometidos.

Objetivo: Determinar el comportamiento epidemiológico de la infección por *Cyclospora cayetanensis* en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México.

Material y métodos: Pacientes hospitalizados con infección por *Cyclospora cayetanensis* diagnosticados por PCR BioFire gastrointestinal, atendidos en un hospital privado de tercer nivel de la Ciudad de México en el periodo comprendido entre 2019 y 2021. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, síntomas, comorbilidades, días de estancia hospitalaria, infecciones gastrointestinales sobreañagadas y estaciones del año. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia, obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

Resultados: Se revisaron 75 expedientes electrónicos en pacientes con diagnóstico de infección por *Cyclospora cayetanensis* por PCR BioFire gastrointestinal, de los cuales 61% correspondió a mujeres, con edad media de 51.96 ± 17.18 años; ningún paciente tenía diagnóstico de VIH y la comorbilidad más frecuente identificada fue la hipertensión arterial sistémica en un 20%; la manifestación clínica más común y causa de hospitalización fue el dolor abdominal en un 76%, seguido de náusea en 54%, las evacuaciones promedio al día fueron de 8.43 ± 3.02 , los días promedio de hospitalización fueron de 3.96 ± 3.02 y la estación del año más frecuente en la que se presentaron más casos fue el verano con 55%. Otros agentes sobreañagados en el PCR BioFire gastrointestinal fueron *E. coli* enteropatógena, *E. coli* enterotoxigénica, *E. coli* enteroagregativa, *Campylobacter*, norovirus y *Clostridioides difficile*, este último probablemente explicable porque algunos pacientes tenían antecedente de consumo de antibióticos indicados por diarrea persistente.

Conclusiones: Se necesita más investigación para comprender muchos aspectos epidemiológicos desconocidos de esta enfermedad parasitaria.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar279

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS TRASTORNOS ANORRECTALES REFERIDOS AL LABORATORIO DE MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DE LA UMAE PUEBLA

A. Alatorre-Moreno, E. I. González-Bravo, S. P. García-Cárdenas, G. Ochoa-Guerrero, C. G. Villalpando-De Luna, Unidad Médica de Alta Especialidad Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Los síntomas de disfunción anorrectal, caracterizados por incontinencia fecal (IF), estreñimiento y trastornos de evacuación como la disinergia defecatoria (DD) afectan la calidad de vida de 1% a 5% de la población. La manometría anorrectal (MAR), la prueba sensorial rectal y la prueba de expulsión del balón son las investigaciones mejor establecidas para la evaluación objetiva de la función sensoriomotora anorrectal. La evaluación integral implica una serie de mediciones que describen las funciones de control del canal anal, coordinación rectoanal voluntaria e involuntaria, función de evacuación y sensación rectal.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con trastornos anorrectales referidos al laboratorio de motilidad del hospital UMAE Puebla.

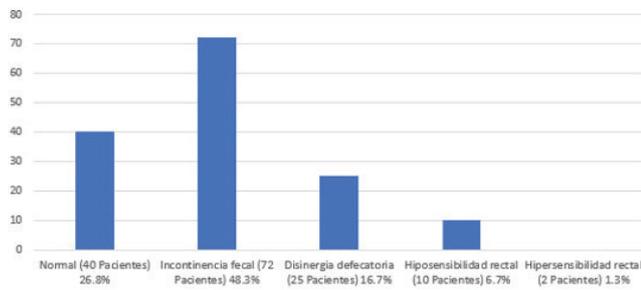
Material y métodos: Pacientes con trastornos anorrectales diagnosticados (DD e IF) mediante MAR en el laboratorio de motilidad digestiva del Hospital de Especialidades Puebla, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo comprendido entre mayo de 2016 y mayo de 2021, en un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, unicéntrico y homodémico. Variables analizadas: edad, género, comorbilidades, motivo de consulta, cirugía anorrectales, traumatismo obstétrico, subtipos de disinergia defecatoria, incontinencia fecal, promedio de presión en reposo, *squeeze* máximo, RAIR (reflejo rectoanal inhibitorio), maniobra defecatoria (prueba sensorial rectal) y mortalidad. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media y promedio.

Resultados: Se incluyó a 147 pacientes (107 mujeres y 40 hombres), con una media de 55.6 años. Resultados: normales en 26.8%, IF en 48.3% y DD en 16.7% (Fig. 1), con hiposensibilidad rectal aislada en 6.7% e hipersensibilidad rectal aislada en 1.3%. Motivos de consulta: diarrea (60%), estreñimiento (36%) e incontinencia (3.7%). El año en que se realizaron más estudios fue 2018 con 50, que representan el 34.01%. En DD, el 52% de los pacientes correspondió al género masculino y 48% al femenino. Presión promedio en reposo: media de 54.5 mmHg; promedio de *squeeze* máximo: media de 220.1 mmHg; porcentaje de relajación de presión en la maniobra defecatoria: 56.09%; y RAIR/porcentaje de relajación: 72.06%.

Conclusiones: Dentro de las características epidemiológicas y como principal trastorno se observa la IF, seguida de la DD, esta última más frecuente en el género masculino y la IF en el femenino. Se espera que estos datos epidemiológicos ayuden en conjunto a mejorar la detección, evaluación y tratamiento del paciente con trastornos anorrectales en esta unidad, los cuales afectan de manera considerable la calidad de vida. Los objetivos son evitar un sesgo en MAR normal, para lo cual es importante estandarizar los valores manométricos de referencia en la población mexicana; servir como referencia de las características predominantes de la población de un hospital de tercer nivel; y concientizar acerca de una mayor realización de manometrías anorrectales de manera justificada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Principales trastornos anorrectales de los pacientes referidos al laboratorio de motilidad gastrointestinal de la UMAE Puebla. (Mar279)



Mar280

DEHISCENCIA DE FUNDUPLICATURA POSTERIOR A MANIOBRA DE HEIMLICH

A. I. Tornel-Avelar, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La funduplicatura es un procedimiento quirúrgico que en casos seleccionados representa una opción para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Se ha notificado que la eficacia y duración de este procedimiento tienen un promedio de 10 a 12 años. Existen múltiples causas por las cuales la funduplicatura puede sufrir disfunción prematura. La maniobra de Heimlich es un procedimiento de auxilio empleado para aliviar la obstrucción de las vías respiratorias. Hasta la fecha no existen informes de que esta maniobra, debido al incremento que induce en la presión intraabdominal, sea un condicionante de disfunción de la funduplicatura.

Objetivo: Presentar el caso clínico de un paciente con dehiscencia de funduplicatura luego de realizar la maniobra de Heimlich.

Informe de caso: Se trata de una mujer de 66 años con hipotiroidismo e hipertensión arterial en tratamiento con levotiroxina, azilsartán e hidroclorotiazida, que tiene además el antecedente de funduplicatura de Nissen en 2014 por ERGE y hernia hiatal, sin síntomas desde entonces. El 1 de enero de 2021 refiere ahogamiento con un pedazo de carne que produjo signos de asfixia, por lo que un familiar le realizó maniobra de Heimlich de forma satisfactoria. Una semana después inicia padecimiento con pirosis y regurgitaciones diarias (matutinas y nocturnas) y por ello se prescribió tratamiento con esomeprazol e itoprida, que produjeron mejoría parcial de los síntomas. La panendoscopia identificó deslizamiento de la funduplicatura, hernia hiatal y gastropatía erosiva. La tomografía abdominal reveló hernia hiatal por deslizamiento (**Fig. 1**); la manometría esofágica de alta resolución registró motilidad normal según la clasificación de Chicago 4.0 y evidencia de hernia hiatal de 5.4 cm; y en la pH-metría con impedancia se informó un tiempo de exposición al ácido de 8.4% con relación sintomática positiva para pirosis. Con estos datos, la paciente fue elegible para someterla a una refunduplicatura, la cual se practicó de forma satisfactoria y en su evolución a seis meses se encuentra sin síntomas.

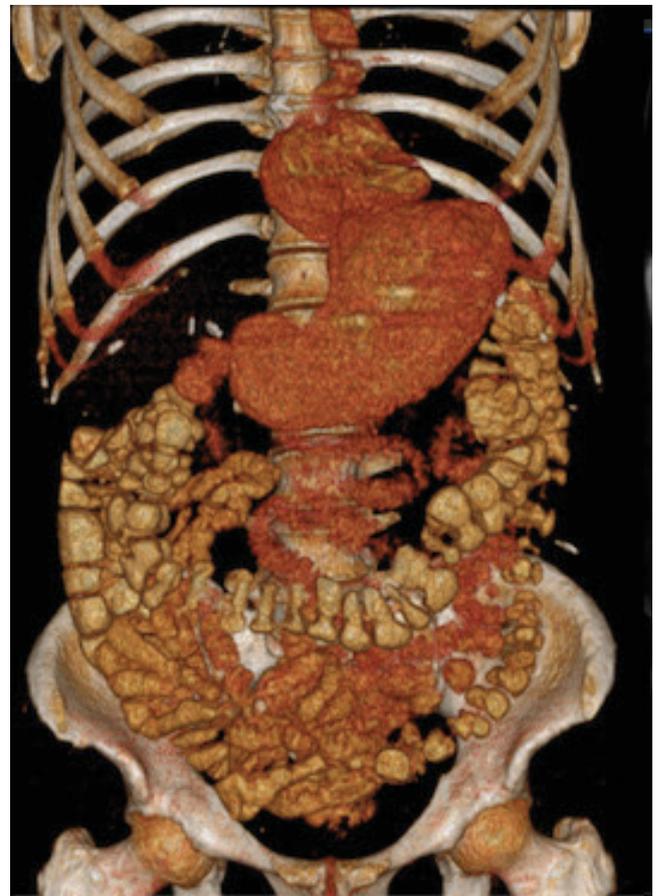
Discusión: La maniobra de Heimlich es útil para evitar la muerte por asfixia alimentaria. Es claro que cualquier persona informada sobre el procedimiento puede efectuar la maniobra dado que no se necesita ningún instrumento especial. Sin embargo, esta maniobra no es inocua y puede provocar complicaciones graves en caso de una técnica errónea, como perforación gástrica, fracturas costales, rotura de válvula aórtica, trombosis aguda de aneurisma aórtico abdominal, neumomediastino o herniación diafragmática. En este

caso, al negar antecedente de pirosis y regurgitación posterior a la funduplicatura de varios años antes y estar aún en el periodo de una funduplicatura funcional, probablemente el mecanismo de elevación súbita de la presión intraabdominal por esta maniobra, la funduplicatura experimentó dehiscencia, lo que nuevamente le indujo los síntomas de ERGE; no obstante, esto no se ha descrito en las publicaciones médicas.

Conclusiones: La dehiscencia de la funduplicatura secundaria a la maniobra de Heimlich no se ha informado en la bibliografía; sin embargo, se han notificado otras complicaciones graves como perforación gástrica, neumomediastino y trombosis de la aorta. Es claro que el mecanismo es el incremento abrupto de la presión intraabdominal y, de acuerdo con este caso, debe considerarse esta maniobra como una causa más de la disfunción de una funduplicatura.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Reconstrucción tridimensional del abdomen: hernia hiatal por deslizamiento. (Mar280)



Mar281

GASTROTÓRAX A TENSIÓN POR HERNIA HIATAL Y DIAFRAGMÁTICA COMO CAUSA DE CHOQUE OBSTRUCTIVO FATAL: REPORTE DE CASO

C. Torres-Salazar, M. De la Garza-Gámez, P. Rodríguez-de la Garza, M. Zavala-Gómez, M. Rodríguez-Villarreal, G. J. Ochoa-Rodríguez, Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad

Introducción: El gastrotórax a tensión es un diagnóstico raro y potencialmente letal. Las publicaciones médicas están limitadas a

informes de caso, por lo que su incidencia se desconoce. La hernia hiatal es frecuente y en ocasiones requiere medidas quirúrgicas; es importante conocer sus complicaciones para proporcionar un adecuado tratamiento a corto y largo plazos.

Objetivo: Describir un caso de gastrotórax a tensión y su relevancia como diagnóstico diferencial en la práctica clínica.

Informe de caso: Hombre de 87 años que acude por hematemesis. Tiene antecedente de tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial sistémica, cardiopatía isquémica con angioplastia y *stents* un mes antes del internamiento actual, fibrilación auricular, hernia hiatal y diafragmática. Inicia padecimiento el día de su ingreso con intolerancia a la vía oral y náusea que lo lleva al vómito de contenido gástrico y hemático en múltiples ocasiones; decide acudir a urgencias para atención médica. La exploración física identifica tórax en tonel, a la auscultación con ruidos peristálticos en la región subescapular de predominio derecho, sin signos de dificultad respiratoria; abdomen blando, depresible, peristalsis normoactiva, dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio, hipogastrio e hipocondrio derecho, y timpánico a la percusión. El resto de la exploración es normal. Cinco horas después de su ingreso experimenta aumento del dolor abdominal en epigastrio y retroesternal, hipotensión arterial, disnea y desaturación hasta de 80%. Se inicia oxigenoterapia y se realiza estudio de imagen (TC) que identifica vólvulo gástrico que produce dilatación de la cámara gástrica e intratorácica por hernia hiatal gigante tipo 3 conocida y con compresión extrínseca considerable del corazón (Fig. 1); se planea endoscopia urgente, pero antes del procedimiento presenta disnea, vómito en posos de café y desaturación súbita, con incapacidad de colocar sonda nasogástrica, lo cual provoca la muerte.

Figura 1. TC simple de tórax. (Mar281)



Discusión: En la revisión realizada se encontró que los casos informados ocurren en individuos mayores de 60 años, pacientes pediátricos o con antecedente de traumatismo. En el plano fisiopatológico hay un defecto diafragmático y una hernia gástrica, con o sin vólvulo, lo que ocasiona disfunción gastroesofágica que evita el paso del contenido gástrico y da lugar al síndrome de asa cerrada, con hipertensión intraluminal, distensión, compromiso sanguíneo y necrosis de la mucosa. El efecto mecánico de la cámara gástrica produce compresión extrínseca de estructuras mediastínicas, de tal modo que se crea un efecto de taponamiento y choque obstructivo que es letal sin tratamiento oportuno. El tratamiento inicial es la descompresión por medio de sonda nasogástrica, endoscopia o cirugía de emergencia. La sonda nasogástrica puede ser difícil de colocar por alteraciones anatómicas que acompañan al padecimiento. La toracostomía no se recomienda por el riesgo elevado de contaminación mediastínica y perforación. La mejor opción terapéutica inicial es la endoscopia descompresiva de urgencia, con efectividad temporal hasta de

100%, y posterior corrección por laparoscopia o toracoscopia urgente, según sean la experiencia del equipo quirúrgico y el trastorno del paciente.

Conclusiones: El gastrotórax a tensión es una causa poco común de choque obstructivo, con un abordaje terapéutico específico. Es un diagnóstico diferencial en pacientes con antecedente de defectos diafragmáticos, intolerancia a la vía oral, dolor epigástrico e inestabilidad hemodinámica; el diagnóstico y el tratamiento oportunos pueden mejorar la sobrevida.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Mar282

FÍSTULA GASTROPLEURAL COMO COMPLICACIÓN DE HERIDA POR ARMA PUNZOCORTANTE EN TÓRAX

N. C. López-Leonar, N. V. Méndez-Huerta, Hospital Universitario

Introducción: Una fístula gastropleural es una comunicación anatómica adquirida entre el estómago y la cavidad pleural. Son muy raras y pueden ocurrir como consecuencia de cirugías pulmonares, reparaciones de hernia hiatal, úlcera gástrica en fondo, extensión de absceso subfrénico con perforación gástrica, derivación gástrica o procesos malignos como sarcomas. Además, se ha informado como complicación posterior al tratamiento con radioterapia y quimioterapia. Se presenta el caso de un paciente masculino de 21 años con herida por arma punzocortante en región subescapular de tórax izquierdo, tratado con colocación de sonda en tórax de manera prolongada debido al gasto elevado y con posterioridad descorticación y ventana de Clagett por empiema septado. Durante su evolución se identifica contenido gastroalimentario en la ventana por lo que se solicita TAC enteral que muestra fístula del fondo gástrico hacia dicho espacio. Se decide tratamiento conservador con ayuno y se coloca sonda nasoyeyunal para su alimentación, con resolución del cuadro y sin necesidad de tratamiento quirúrgico gástrico.

Objetivo: Presentar un caso de fístula gastropleural tratada de manera conservadora.

Informe de caso: Paciente masculino de 21 años, originario y residente de Monterrey, sin antecedentes personales de importancia. Inicia padecimiento al sufrir herida por arma punzocortante en la cara posterior de tórax, región subescapular izquierda, por lo que se lo traslada al servicio de urgencias. A su llegada muestra estabilidad hemodinámica, T/A 110/70 mmHg, FC 98 lpm, SAT O₂ 90%. Se reconoce hemoneumotórax izquierdo, por lo que se decide colocar sonda en tórax con un gasto inmediato de 150 mL hemáticos; se realiza TAC en la que se observa la sonda endopleural intraparenquimatosa, se recoloca y se consigue un gasto aproximado en 1 000 mL diarios durante una semana, y luego se agregan elevaciones febriles con cambio de gasto de serohemático a purulento; se decide practicar una toracotomía posterolateral izquierda y descorticación con colocación de sondas anterior y posterior, las cuales se retiran por la adecuada reexpansión pulmonar y disminución de gasto. A continuación sufre un derrame pleural izquierdo, se mantiene en vigilancia sin necesidad de oxígeno complementario, pero de nueva cuenta inicia con elevaciones febriles; una TAC de control identifica empiema septado y se inicia tratamiento con tigeciclina y reingresa a quirófano con intento de nueva descorticación; sin embargo, como hallazgo se observa pleura fibrosada y por tanto se crea una ventana de Eloesser o Clagett. A los tres días del posoperatorio se observa contenido gastroalimentario por dicha ventana y la TAC enteral delinea un paso filiforme de material de contraste del fondo gástrico hacia la cavidad pleural izquierda,

indicativo de fístula gastropleural (Fig. 1), sin lesión en esófago. Se indica ayuno estricto y, con el apoyo del servicio de gastroenterología, se coloca sonda nasoyeyunal y nutrición a través de ésta, mediante dieta artesanal establecida por el servicio de nutrición clínica; de esa forma se mantuvo el tratamiento conservador, que produjo una disminución del contenido gástrico hacia la ventana de Clagett.

Discusión: La presentación clínica de la fístula gastropleural es todavía insidiosa y la mayoría de los pacientes presenta tos productiva, fiebre, dificultad para respirar o dolor torácico. El diagnóstico se establece mediante TAC enteral. El uso prolongado de antibióticos, la nutrición parental total y los drenajes torácicos pueden favorecer un tratamiento exitoso de las complicaciones de la fístula.

Conclusiones: Las fístulas gastropleurales pueden tratarse de forma conservadora, con ayuno y estado nutricional adecuado, aunque en la mayoría de los casos notificados se ha recurrido a la gastrectomía y la toracotomía.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. TAC enteral que muestra la fístula gastropleural. (Mar282)



Mar283

SÍNDROME DE GANANCIA DE FUNCIÓN DE STAT 3: REPORTE DE UN CASO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

K. A. Salazar-Garza, J. F. Ortiz-Treviño, A. Y. Ruiz-Flores, T. Staines-Boone, UMAE 25, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El STAT3-GOF es una nueva entidad descrita en 2015, de la que hay hasta ahora 42 casos informados en el mundo; se caracteriza por un inicio temprano de poliautoinmunidad, linfoproliferación y falla del crecimiento, con afectación de diversos órganos y sistemas, entre ellos el aparato gastrointestinal, que es de los más afectados, con un inicio temprano de diarrea, dolor abdominal y vómito. Dada la heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas, no existen criterios diagnósticos definidos y sólo puede diagnosticarse por análisis genético.

Objetivo: Describir un caso de diarrea crónica secundaria a STAT3-GOF.

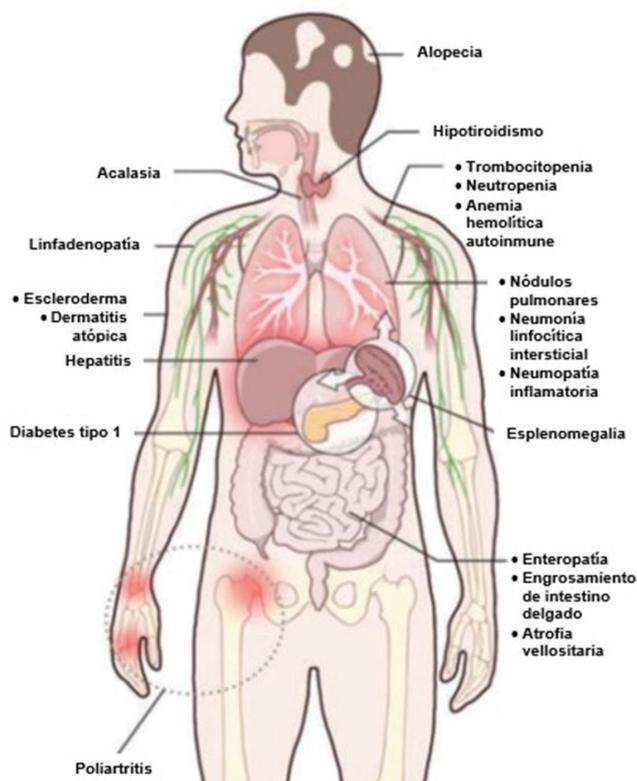
Informe de caso: Paciente masculino de 17 años, con antecedentes heredofamiliares negados y perinatales normales. Niega toxicomanías y sus inmunizaciones están completas. Alergias: sulfonamidas y múltiples alimentos. Cirugías: negadas; gastroenteritis aguda al año que requirió hospitalización y nutrición parenteral. Vitiligo genital desde los dos años, liquen escleroso y atrófico desde los cinco años, urticaria aguda desde los ocho años y alopecia areata a los 10 años. Tratado con loratadina, hidrocortisona, cremas de pimecrolimus y fluocinolona, ciclosporina y metotrexato, con escasa respuesta. Alergias a pescado, chocolate, fresa, avena, manzana, soya, cacahuete, nuez y leche detectadas en 2014; dieta de eliminación por seis meses, con mejoría parcial. Detención del crecimiento, recibió hormona del crecimiento tres meses a los 10 años, con crecimiento de 10 cm, y luego tres meses a los 16 años, con crecimiento sólo de 1 cm, sin deficiencia de ésta, por lo que se suspende. Peso y talla actual: 40 kg y 1.51 m. Mano en garra y pies cavos, con polineuropatía descartada con electromiografía. Diarrea crónica desde el año de vida, seis evacuaciones/día (Bristol 7), sin moco ni sangre, sin esteatorrea, con lentería. Ha presentado deshidratación, lesión renal aguda, hipopotasemia grave con requerimiento de potasio oral, anemia ferropénica y deficiencia de vitamina D. Colonoscopia en 2019: engrosamiento de mucosa de íleon, patrón nodular y colon normal. Biopsia de íleon: hiperplasia nodular linfóide. Ha recibido pruebas terapéuticas con prednisona, azatioprina, sulfasalazina, mesalazina, racecadotril, probióticos y colestiramina, sin mejoría significativa. Endoscopia en 2020: atrofia de vellosidades de duodeno, sin respuesta a eliminación de gluten, ac. antiendomiso y antitransglutaminasa IgA e IgG (-), valores de IgA elevados (1 590 mg/dL, normal: 46.3-385) y HLA DQ2 DQ8 (-). Calprotectina fecal en 43 µg/g. Cápsula endoscópica en 2022: atrofia de vellosidades desde yeyuno hasta íleon, múltiples placas de desnudación vellositaria y microlinfangiectasias indicativas de agregados linfoides. Debido a las concentraciones bajas de IGG y sospecha de inmunodeficiencia primaria, recibió gammaglobulina IV (30 g c/28 días) desde agosto del 2021, que se suspenden en enero de 2022. La secuenciación genética del exoma en enero de 2022 establece el diagnóstico de síndrome de ganancia de función de STAT 3, lo que concuerda con algunas manifestaciones clínicas presentes (Fig. 1). Se inicia tocilizumab (8 mg IV c/4 sem).

Discusión: Este paciente representa uno de muchos casos de diarrea crónica estudiada por varios años sin poder determinar un diagnóstico, con gran alteración de su calidad de vida. En virtud de la atrofia vellositaria se sospechó enfermedad celíaca, pero todas las pruebas de laboratorio y terapéuticas con eliminación de gluten fueron negativas. En este caso fue necesario el análisis genético para establecer el diagnóstico.

Conclusiones: El STAT3-GOF es una nueva entidad a considerar al atender a un paciente con inicio temprano de poliautoinmunidad, linfoproliferación y enteropatía relacionadas con falla grave del crecimiento; la evidencia disponible sobre su tratamiento muestra un posible beneficio con inhibidores de IL-6 (tocilizumab) e inhibidores de Jak (tofacitinib, ruxolitinib).

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Características clínicas de la enfermedad por ganancia de función de STAT3. (Mar283)



Fuente: STAT3 Gain-of-Function Disease. NIAID; septiembre 2016. <https://www.niaid.nih.gov/sites/default/files/STAT3-Factsheet-508.pdf>.

Mar284

HISTOPLASMOSIS COLÓNICA COMO MANIFESTACIÓN CARDINAL DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. REPORTE DE UN CASO

A. C. Pachón-Mendoza, L. Magaña-Grecía, D. Torres-Erazo, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Introducción: La histoplasmosis es una de las principales micosis sistémicas que se presenta de manera característica como un proceso neumónico, pero de modo ocasional puede afectar a otros tejidos y órganos y dar lugar a cuadros que pueden confundirse con otras entidades si no se tiene un alto índice de sospecha. Se presenta el caso de un paciente que inició con síndrome consuntivo y diarrea crónica secundarios a histoplasmosis colónica en el contexto de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en etapa de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).

Objetivo: Comunicar un caso de histoplasmosis colónica como manifestación cardinal del sida.

Informe de caso: Paciente masculino de 41 años con historial personal de vitiligo sin tratamiento; un mes antes de su ingreso hospitalario sufrió la pérdida de peso no intencionada de 27 kg en siete meses en relación con dolor abdominal y diarrea crónica y se diagnosticó infección por VIH; su recuento inicial de linfocitos CD4+ fue indicativo de sida, por lo que se inició tratamiento con Bictarvy® y profilaxis antimicrobiana. Se presentó en urgencias por persistencia de los síntomas a los cuales se agregó fiebre vespertina hasta de 38.7°; recibió atención sintomática ambulatoria sin obtener mejoría. Se consideró enfermedad diverticular y se realizó tomografía

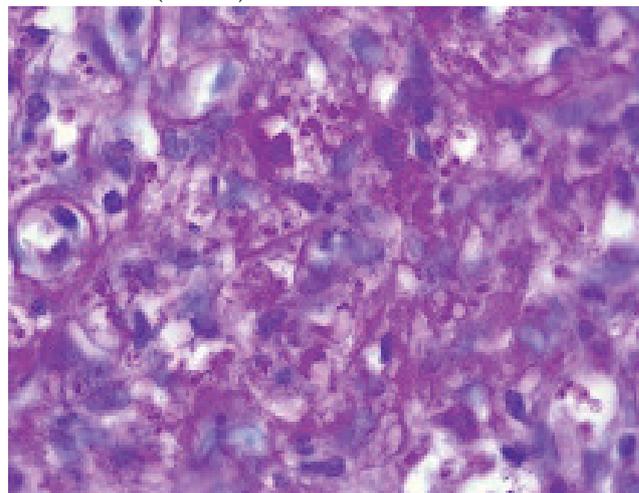
computarizada de abdomen que reveló engrosamiento circunferencial en paredes del íleon distal y el ciego, así como adenopatías circundantes. Tras este hallazgo se indicó ingreso hospitalario por sospecha de neoplasia en colon; la colonoscopia encontró úlcera en ciego y el estudio histopatológico reveló inflamación crónica granulomatosa con macrófagos espumosos y estructuras esferuloides intracitoplasmáticas que corresponden a esporas y microconidias reactivas a ácido peryódico de Schiff (Fig. 1); la tinción Ziehl-Neelsen fue negativa. Se inició tratamiento con itraconazol y la evolución posterior tendió a la mejoría; se observaron disminución del dolor abdominal, suspensión de analgésicos, remisión de la diarrea tras cinco días de tratamiento y mejoría de la tolerancia a la dieta oral que representó una ganancia de 14 kg luego de 25 días de ingreso hospitalario. La búsqueda de otras infecciones mediante cultivos, serología y estudios coproparasitológico permitió descartar otras infecciones agregadas. Cursó con lesiones cutáneas cuyo estudio histopatológico identificó sarcoma de Kaposi. El grado de inmunosupresión se determinó con un recuento de 45 linfocitos CD4+ y respuesta incipiente del tratamiento antirretroviral evidenciada por supresión de la replicación viral con 48 copias/mL. Recibió el alta con itraconazol, profilaxis con trimetoprim/sulfametoxazol y terapia antirretroviral.

Discusión: La afección gastrointestinal por histoplasmosis se informa hasta en 30% a 50% de los pacientes, pero sus manifestaciones clínicas son menores de 10% y de éstas menos de 5% constituye el cuadro inicial que condujo al diagnóstico de sida. Como manifestaciones se han descrito dolor abdominal, fiebre, diarrea crónica, síndrome consuntivo e incluso perforaciones intestinales. En estudios de imagen se han documentado visceromegalia, engrosamiento de la pared intestinal, adenopatías mesentéricas y lesiones seudotumorales. El estudio diagnóstico no considera a menudo esta posibilidad en ausencia de afección pulmonar o antecedente de inmunocompromiso.

Conclusiones: Se trató de un paciente con infección por VIH en etapa de sida quien mostró como evento diagnóstico histoplasmosis colónica, lo que constituye una presentación atípica de esta infección. Si bien los registros de histoplasmosis intestinal en contexto de pacientes con sida no son excepcionales, los registros en los que la clínica gastrointestinal fue el activador del cuadro diagnóstico de sida es infrecuente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para la realización del estudio.

Figura 1. Estudio histológico de biopsia obtenida de la úlcera en el colon. Se advierte inflamación crónica granulomatosa con focos de macrófagos con estructuras esferuloides intracitoplasmáticas, las cuales corresponden a esporas con halos periféricos ante la tinción con ácido peryódico de Schiff. La tinción de Ziehl-Neelsen no reveló micobacterias. (Mar284)



Mar285

ESTENOSIS DUODENOYEYUNAL COMO MANIFESTACIÓN DE GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA: REPORTE DE UN CASO

P. C. Castellanos-Escalante, H. H. Cámara-Combaluzier, R. Coria-Gámiz, A. L. Mena-Rodríguez, P. G. Rodríguez-Ortiz, J. E. Ruiz-Cardena, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Introducción: Las enfermedades gastrointestinales eosinofílicas son un grupo de afecciones crónicas inflamatorias del tracto gastrointestinal, caracterizadas por síntomas relacionados con disfunción de segmentos gastrointestinales comprometidos e histológicamente por infiltrado eosinofílico en ausencia de una causa secundaria identificable. La gastroenteritis eosinofílica se distingue por infiltración eosinofílica del estómago e intestino delgado. Puede ocasionar estenosis o perforación intestinal por lo que el diagnóstico y la intervención inmediata son esenciales.

Objetivo: Presentar un caso pediátrico de estenosis duodenoeyunal que exigió resección quirúrgica, con hallazgo de enteritis eosinofílica.

Informe de caso: Adolescente masculino de 13 años con síndrome de Prader-Willi, que ingresa por hiporexia e intolerancia a la vía oral, vómito gastrobiliar, distensión abdominal y dispepsia; se sospecha obstrucción intestinal. Tránsito intestinal con retraso del vaciamiento gástrico, dilatación de cámara gástrica, duodeno y yeyuno parcial. La endoscopia de esófago revela disrupciones mucosas largas, mucosa de estómago con patrón en piel de serpiente, con signos de reflujo duodenogástrico, duodenitis y, en la tercera porción, úlcera de 2 cm y estenosis puntiforme. El informe histopatológico señala enteritis eosinofílica con infiltración irregular eosinofílica marcada de la lámina propia (> 50 eosinófilos/HPF en al menos un foco); estudios de laboratorio: coproparasitoscópico sin parásitos, perfil de inmunoglobulinas: IgG 1 120, IgA 281, IgM 74.3, IgE 1 520. Perfil Optigen® alimenticio negativo. Se trata con metilprednisolona en tres dosis. Con posterioridad se solicita panendoscopia que identifica estenosis puntiforme que afecta al 95% del calibre; el control fluoroscópico demuestra que la estenosis es de bordes irregulares, de 13.5 cm de longitud, sin alcanzar con la longitud del panendoscopia. Se continúa el tratamiento con esteroide oral e inmunomodulador (azatioprina), sin mejoría; se realiza laparotomía, que encuentra un yeyuno con estenosis a 30 cm del ángulo de Treitz y se reseca 10 cm de intestino. Informe histopatológico: enteritis crónica (52 eosinófilos por campo de 40x), hiperplasia folicular linfoide y acortamiento de vellosidades.

Discusión: Se han descrito en las publicaciones médicas la manifestación de GE como cuadros de obstrucción total o parcial en varios niveles del tracto gastrointestinal, algunas con necesidad de tratamiento quirúrgico. Se han propuesto cuatro criterios para su diagnóstico: síntomas gastrointestinales, infiltración eosinofílica del tracto gastrointestinal, exclusión de enfermedad parasitaria y ausencia de otra participación sistémica. Los estudios de imagen suelen demostrar estrechamiento del calibre intestinal y datos inespecíficos relacionados con el nivel de obstrucción. El diagnóstico es histopatológico; sin embargo, al tratarse de una enfermedad poco frecuente, algunas investigaciones asumen que el valor de eosinófilos en el tracto gastrointestinal es diagnóstico, pero no existen puntos de corte formales ni guías diagnósticas publicadas para su diagnóstico. En el intestino delgado podrían considerarse 2×26 /HPF o 52 /HPF en mucosa duodenal. Se ha demostrado una causa alérgica, con reacción inflamatoria mediada por IgE y citosinas, por lo que se sugiere utilizar esteroides y dieta de eliminación como piedra angular terapéutica.

Conclusiones: La gastroenteritis eosinofílica es un trastorno infrecuente que requiere una sólida sospecha clínica para diagnosticarse,

por lo cual es importante su conocimiento. En este caso, las imágenes radiológicas y endoscópicas y el informe histopatológico sustentan una gran sospecha diagnóstica antes de la cirugía, lo que enfatiza la importancia del abordaje completo prequirúrgico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Mar286

SÍNDROME DE LEMMEL: REPORTE DE CASO

K. P. Pérez-López, J. V. Andoney-Mayén, S. A. Rivas-Salas, K. G. Peña-Genao, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Introducción: El síndrome de Lemmel es una entidad infrecuente descrita por primera vez en 1934. Se define como una ictericia obstructiva generada por un divertículo duodenal periampular en ausencia de coledocolitiasis o neoplasia. Hasta la fecha hay pocos casos publicados y su etiopatogenia no está del todo establecida.

Objetivo: Describir el caso de un paciente que cursa con ictericia sin afección colelitiasis ni neoplásica.

Informe de caso: Mujer de 70 años originaria de la Ciudad de México que niega toxicomanías, tabaquismo y alcoholismo, portadora de enfermedad pulmonar obstructiva crónica de 10 años de evolución. Inicia padecimiento actual 12 días antes del ingreso con dolor abdominal epigástrico de tipo punzante de intensidad 4/10 en la escala análoga del dolor, irradiado en banda hacia la espalda, y acompañado de distensión abdominal. Dos días antes de ingresar se agregan vómito de contenido gastroalimentario en cuatro ocasiones, así como aumento de la intensidad del dolor abdominal hasta de 7/10 por lo que acude a valoración. La exploración física identifica dolor a la palpación profunda en la región del epigastrio y mesogastrio. Los estudios de laboratorio señalan lesión renal aguda, creatinina de 2.19 mg/dL, elevación de amilasa de 3 278 UI/L y lipasa de 2 763 UI/L, así como elevación de bilirrubinas totales (8.4 mg/dL) a expensas de la directa (6.5 mg/dL), indirecta de 1.90 mg/dL, fosfatasa alcalina de 513 UI/L, elevación de transaminasas con ALT 147 UI/L, AST 257 UI/L, factor R 0.86 (patrón colestásico), leucocitosis de $230\ 190$ /mm³, a expensas de neutrófilos de $210\ 940$ /mm³, trombocitopenia con plaquetas 139 000 y datos de colangitis. El ultrasonido hepático delinea un colédoco de 8 mm, sin evidencia de litos, engrosamiento de la pared hasta de 2 mm, páncreas aumentado de tamaño a nivel de la cabeza y la cola, y neumobilia. La colangiopancreatografía reconoce un divertículo duodenal con papila intradiverticular y colédoco de 9 mm sin presencia de litos, por lo que se establece el diagnóstico de síndrome de Lemmel (Fig. 1). Durante su hospitalización se trata con soluciones parenterales, analgesia y ayuno, con mejoría de la función renal. El paciente continúa con mejoría clínica y bioquímica, por lo que recibe el alta médica.

Discusión: Es un síndrome caracterizado por un divertículo periampular vinculado con ictericia obstructiva; por lo regular, estos divertículos se localizan a 3 cm del ámpula de Vater. Se ha descrito una incidencia del 17%, la cual aumenta con la edad. El síndrome de Lemmel se desarrolla casi siempre en pacientes asintomáticos y se ha identificado hasta en el 22% de la población; sin embargo, sólo < 10% cursa con síntomas (ictericia + dolor en cuadrante superior derecho junto con alteración en las pruebas de función hepática). El estándar diagnóstico es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (diagnóstica y terapéutica) y también puede apoyarse de la tomografía o una colangiorresonancia. En términos fisiopatológicos se reconoce por la existencia de un divertículo periampular, que genera una compresión extrínseca de la vía biliar, lo que favorece el crecimiento bacteriano y una disfunción del esfínter de Oddi, lo cual conduce a entasis y reflujo biliar. Algunas complicaciones notificadas son la recurrencia de cálculos en la vía biliar, la colangitis y

la pancreatitis y, en los menos de los casos, se relaciona con hemorragia digestiva o diverticulitis. Para el tratamiento se prefiere la vía endoscópica mediante la colocación de un *stent*; el abordaje quirúrgico se reserva para casos vinculados con complicaciones o ante la imposibilidad de realizar una CPRE terapéutica.

Conclusiones: Al tratarse de una afección infrecuente, el síndrome de Lemmel representa un reto para el gastroenterólogo, dado que debe sospecharse en pacientes que cursan con hiperbilirrubinemia, sin la existencia de coledocolitiasis o alguna tumoración.

Financiamiento: Recursos de la institución.

Figura 1. Colangiopancreatografía en la que se observa un divertículo duodenal con papila intradiverticular. (Mar286)



Mar287

PERFORACIÓN DUODENAL: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA CPRE, A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Velasco-Gutiérrez, K. M. Ortiz-Aguirre, A. Rodríguez-Guajardo, M. S. Cuevas-Maldonado, E. G. Salgado-Parra, J. R. Espinoza-Acuña, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se ha usado para el tratamiento de la enfermedad de las vías biliar y pancreática. Sólo el 10% de estos procedimientos enfrenta complicaciones, entre ellas las perforaciones duodenales (PD) en un 0.09% a 1.8% de los casos.

Objetivo: Informar el caso de una mujer joven que cursó con perforación duodenal durante una CPRE, el tratamiento endoscópico y luego el quirúrgico, así como su evolución.

Informe de caso: Una mujer de 65 años que ingresa a hospitalización por cuadro de pancreatitis leve y USG que revela dilatación de 16 mm del colédoco sin reconocerse la causa de obstrucción. Debido al riesgo moderado para la coledocolitiasis se solicita ultrasonido endoscópico que muestra dilatación de la vía biliar y probable disfunción de esfínter de Oddi; se programa CPRE y en ella se observa una dilatación de la vía biliar extrahepática de 17 mm, se practican esfinterotomía y barrido con balón sin encontrar litos, y durante la revisión se identifica una disección de la mucosa lateral al eje del conducto biliar por lo que se coloca una prótesis metálica autoexpandible totalmente cubierta de 10 mm x 80 mm; se confirma su adecuada colocación y se concluye estudio (Fig. 1). A las 12 horas tras la CPRE, la paciente sufre dolor abdominal intenso en epigastrio transverso irradiado a la espalda; la exploración muestra signos de respuesta inflamatoria sistémica, irritación peritoneal y enfisema subcutáneo; la TAC de abdomen simple reconoce un neumoperitoneo, motivo por el que se valora en el servicio de cirugía general y se lleva a cabo LAPE; el procedimiento encuentra como hallazgo neumoperitoneo y perforación en la cara posterior del duodeno de 4 mm (región periampular), Stapfer tipo II, la cual se

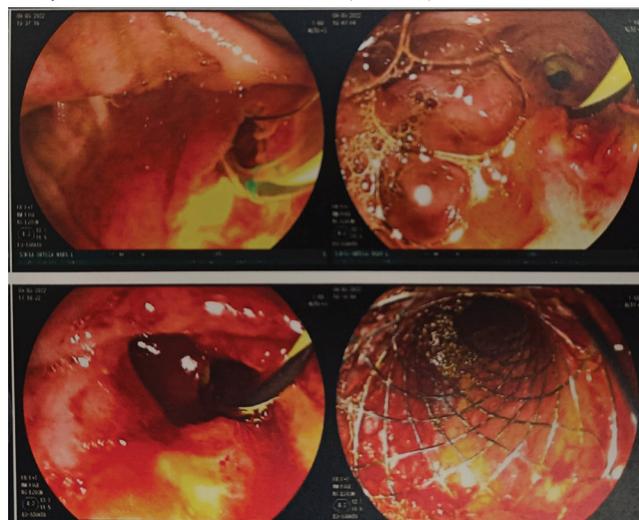
resuelve con cierre primario; la paciente tiene buena evolución en días posteriores y egresa a domicilio.

Discusión: Las PD como complicación de CPRE tienen una incidencia máxima del 1.8%, según la clasificación de Stapfer; estas perforaciones se clasifican de acuerdo con su localización y las lesiones tipo I y II representan el 80%. En clínica, los pacientes con perforación duodenal muestran dolor abdominal intenso, signos de irritación peritoneal, fiebre, proteína C reactiva elevada y leucocitosis; la sospecha debe corroborarse con imágenes diagnósticas como radiografía, ultrasonido o TAC, que es el método más sensible y específico; la confirmación de estas lesiones puede efectuarse de forma intraoperatoria mediante su observación directa. El tratamiento temprano reduce la mortalidad en grado significativo y puede llevarse a cabo mediante abordaje quirúrgico abierto, laparoscópico, endoscópico o conservador. El tratamiento endoscópico mediante colocación de *stent* biliar es de elección en las lesiones tipo II, cuando el paciente tiene estabilidad hemodinámica y cuando la identificación es temprana, como en el caso descrito. Cuando, a pesar de las medidas endoscópicas, el paciente experimenta deterioro clínico debe solicitarse valoración quirúrgica para evitar algunas complicaciones, como peritonitis, neumoperitoneo, infecciones y mayor dificultad para la reparación quirúrgica. En las series más amplias notificadas se ha observado que la colocación de *stents* biliares como tratamiento coadyuvante confiere beneficio al evitar la fuga biliar hacia el retroperitoneo.

Conclusiones: Aunque la incidencia de PD después de un procedimiento CPRE tiene un bajo porcentaje, su diagnóstico y tratamiento temprano reducen de manera notoria los desenlaces negativos. La endoscopia, cirugía abierta o laparoscopia son herramientas factibles para el tratamiento de las PD luego de la técnica CPRE; no obstante, la elección del procedimiento depende del estado clínico del paciente.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Disección de la mucosa posterior a esfinterotomía y barrido con balón que llevó a la colocación de una prótesis metálica autoexpandible totalmente cubierta. (Mar287)



Mar288

REPORTE DE CASO: LINFOMA INDOLENTE GASTROINTESTINAL DE CÉLULAS T COMO RETO DIAGNÓSTICO

M. Zavala-Gómez, P. Rodríguez-de la Garza, C. Torres-Salazar, G. Ochoa-Rodríguez, J. Montemayor-Montoya, Christus Muguerza Alta Especialidad

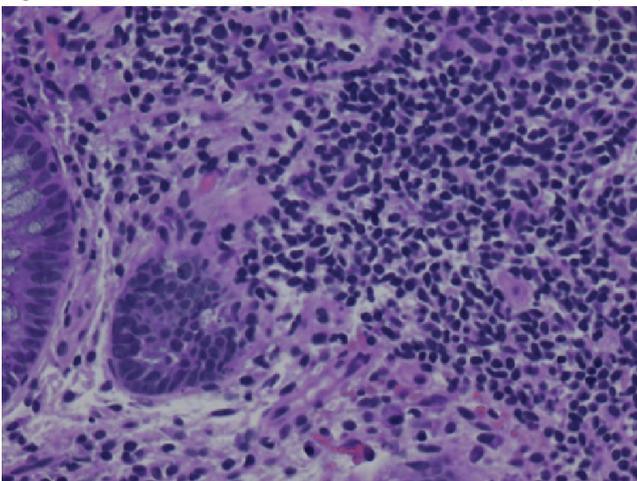
Introducción: Los linfomas gastrointestinales primarios tienen predominio del linaje de células B, pero son raras las neoplasias de células T (13%-15%). Pueden aparecer en cualquier parte del tracto gastrointestinal, pero el sitio más común es el intestino delgado y el colon. Se presentan con cuadro inespecífico de dolor abdominal, diarrea, dispepsia y pérdida de peso; pueden confundirse con otras anomalías, como enfermedad celiaca y enfermedad inflamatoria intestinal. La evidencia científica se ha limitado a series de casos; hasta el 2020 se habían informado 22 casos, por lo cual es todavía un reto diagnóstico.

Objetivo: Dar a conocer una de las presentaciones clínicas del linfoma gastrointestinal y exponer cómo el abordaje diagnóstico tiene el potencial de proporcionar un diagnóstico definitivo.

Informe de caso: Paciente masculino de 56 años, sin antecedentes médicos. Inició los síntomas con cuadro de diarrea crónica de tres años de evolución, con frecuencia hasta de 15 evacuaciones en un día y con hematoquecia ocasional. Se acompañó de pérdida de peso de 10 kg, astenia y adinamia. El paciente niega dolor abdominal, náusea, vómito o fiebre. En el abordaje inicial se realizaron biopsias endoscópicas, sin resultado definitivo. Recibió múltiples esquemas de antibióticos y tratamiento con enzimas pancreáticas, sin mejoría. Al continuar el abordaje diagnóstico, desarrolló anemia normocítica con hemoglobina de 10.8 g/dL, coprológico con signos de malabsorción y FIT positivo en heces. El perfil bioquímico destacó hiperglobulinemia de 6.2 g/dL; la electroforesis de proteínas señaló patrón policlonal, pero tras la inmunofijación se identificó una elevación monoclonal IgG- κ en la región gamma. La tomografía reconoció múltiples ganglios mesentéricos > 2 cm y engrosamiento intestinal. Se decidió efectuar una biopsia ganglionar y de espesor total de yeyuno por vía quirúrgica. El informe preliminar de patología fue inespecífico y se sugirió linfoma no Hodgkin de células B en zona marginal con diferenciación plasmocitoide, con CD20 negativo. Sin embargo, la inmunohistoquímica registró marcadores de células T, CD3, CD4 y CD5 positivos, CD56 negativos y expresión aberrante de CD20. Por consiguiente, se analizó mediante reordenamiento génico por PCR y se estableció el diagnóstico definitivo de linfoma indolente de células T (Fig. 1). Se inició quimioterapia de seis ciclos con ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona. Mostró escasa respuesta al tratamiento y se inició pralatrexato, que se suspendió al presentar infiltración linfocítica colónica y complicaciones de fístula, absceso perianal y rectorragia; se necesitaron múltiples tratamientos quirúrgicos. Continuó con una evolución tórpida por cuatro años con múltiples internamientos hasta su fallecimiento.

Discusión: Las neoplasias de células T gastrointestinales son una entidad médica rara. Tienen características clínicas y patológicas diversas, por lo que su diagnóstico puede confundirse, con riesgo de ser erróneo. La clínica, la caracterización patológica y ahora la

Figura 1. Mucosa de colon con infiltrado de células T. (Mar288)



secuenciación genética son herramientas que hacen posible un diagnóstico definitivo y luego un tratamiento médico dirigido. Los médicos deben conocer las características claves de esta entidad, a pesar de su poca frecuencia, para poder llegar a una sospecha clínica e indicar su posterior abordaje.

Conclusiones: El diagnóstico de linfoma indolente de células T requiere histología, inmunohistoquímica y datos genéticos, por lo que es todavía un reto médico en la actualidad. Además, su cuadro clínico es inespecífico, tiene baja prevalencia y su registro bibliográfico es limitado. Su mal pronóstico se explica por las escasas estrategias terapéuticas y la discreta respuesta a la quimioterapia.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Mar289

DETECCIÓN TEMPRANA DE GASTRITIS ATRÓFICA AUTOINMUNE POR DEFICIENCIA DE VITAMINA B₁₂: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

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

Introducción: La gastritis atrófica de origen autoinmunitario (GA) es una entidad bastante rara, con una prevalencia calculada del 0.5% al 2%. En las publicaciones médicas se puede encontrar la gastritis atrófica autoinmunitaria como sinónimo de anemia perniciosa, si bien este último término se refiere a la fase clínica final en la que se presenta una megaloblastosis a causa de la deficiencia de la vitamina B₁₂. No se ha notificado una prevalencia en edad, género o raza. El cuadro clínico es poco específico hasta la fase tardía, pero de manera temprana puede sospecharse con la disminución progresiva de la vitamina B₁₂ antes de la aparición de la anemia megaloblástica. Los hallazgos por 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 causante de la absorción de la vitamina B₁₂ en el íleon. La histopatología demuestra la atrofia gástrica con metaplasia intestinal completa. El diagnóstico final se determina con la presencia de anticuerpos contra el factor intrínseco o las células parietales. Su incidencia y prevalencia aún se encuentran infraestimadas debido a su curso silente y baja sospecha que llevan a un abordaje incompleto.

Objetivo: Presentar una serie de 12 casos de la institución de los autores y compararla con los informes bibliográficos, dado que en México no existen datos informados de esta entidad.

Informe de caso: Se describen 12 casos de gastritis atrófica autoinmunitaria (Tabla 1), todos manifestados con síntomas gastrointestinales poco específicos, como distensión abdominal, epigastralgia, pérdida de peso y diarrea intermitente. Se presentó un caso a una edad menor respecto de lo informado en las publicaciones médicas, del género femenino y con cifras bajas de vitamina B₁₂ (promedio, 226 pg/mL), hipergastrinemia, bajas concentraciones de hierro y vitamina D y, de modo interesante, leucopenia y trombocitopenia. En el 100% se documentó atrofia gástrica en cuerpo y antro con sospecha de metaplasia, con atrofia difusa y metaplasia intestinal completa en patología. Dos pacientes tenían un tumor neuroendocrino (carcinoide) gástrico grado 1 con Ki 67% < 2% y cromogranina positiva. Los anticuerpos contra el factor intrínseco fueron positivos en el 91.6% y los anticuerpos contra células parietales en el 41.6%. El tratamiento en todos los casos fue la complementación de vitamina B₁₂ y el seguimiento por endoscopia.

Discusión: La gastritis atrófica autoinmunitaria puede sospecharse ante síntomas gastrointestinales inespecíficos, con o sin pérdida de peso, diarrea crónica y concentraciones bajas de vitamina B₁₂ (< 200 pg/mL). La anemia sólo se observa en la fase tardía y un 10% padece

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 es metaplasia intestinal variable e hiperplasia de las glándulas endocrinas. La presencia de anticuerpos contra el factor intrínseco (presentes en el 80% a 90%) y las células parietales (especificidad de 100%) establece el diagnóstico de gastritis atrófica autoinmunitaria. La hipergastrinemia reactiva > 300 pg/ml lo apoya. La atrofia gástrica es un factor de alto riesgo para adenocarcinoma y tumor carcinoide gástrico, lo que exige un seguimiento endoscópico estrecho aún no establecido.

Conclusiones: Los valores bajos de vitamina B₁₂ pueden ser un marcador temprano de la gastritis atrófica autoinmunitaria, incluso antes de manifestar los síntomas de deficiencia y anemia. El diagnóstico final se complementa con atrofia en la endoscopia corroborada por patología y la presencia de anticuerpos para células parietales o el factor intrínseco.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Tabla de las características. (Mar289)

Tabla de las características, n = 12	
Género (masculino/femenino)	5/7
Edad, años (media ± DS)	52.8 (35-71)
Estado de <i>H. pylori</i> , n %	
negativo	12
erradicado	3
Positividad para anticuerpos anticélulas parietales, %	11 (91.6)
Positividad para anticuerpos antifactor intrínseco, %	5 (41.6)
Gastrina sérica (media ± DS), pg/mL	845.7 (285-2 158)
Vitamina B ₁₂ sérica (media ± DS), pg/mL	226.6 (50-535)
Hemoglobina/VCM	12.06/95.77
Leucocitos	4.75
Plaquetas	197.6
Valores de hierro sérico	67.48
Ácido fólico sérico	28.64
Vitamina D sérica	24.86
Enfermedad tiroidea, n %	4 (33.3)
Anemia perniciosa, n %	4 (33.3)
Tumor neuroendocrino gástrico, n %	2 (13.3)
Atrofia en cuerpo, %	100
Atrofia en antro, %	33.3
Metaplasia intestinal completa, %	100
Hiperplasia foveolar, %	41.6

Mar290

MOTILIDAD ESOFÁGICA Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES EVALUADOS PARA TRASPLANTE PULMONAR

G. Torres-Barrera, Y. P. Tolaque-Aldana, U. Chavarría, H. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: En pacientes elegibles para trasplante pulmonar (TP), la evaluación de la función esofágica es parte del protocolo en

esta institución. Las alteraciones en la motilidad esofágica y el reflujo gastroesofágico (RGE) son comunes en pacientes con enfermedad pulmonar avanzada, aun en ausencia de síntomas de RGE. La importancia de documentar el reflujo y la dismotilidad esofágica radica en que, luego del trasplante, su presencia se acompaña de complicaciones del injerto que pueden propiciar una evolución desfavorable del trasplante.

Objetivo: Conocer la prevalencia de alteraciones de la función esofágica de los pacientes evaluados antes de un TP.

Material y métodos: Se estudió de manera retrospectiva a los pacientes de cualquier edad, incluidos en el protocolo de TP, durante el periodo de diciembre de 2019 a septiembre de 2021. Se registraron los siguientes datos demográficos: edad, sexo y diagnóstico pulmonar, y se realizaron los siguientes estudios: manometría de alta resolución (MAR) en posición supina con un catéter de 36 sensores de estado sólido, análisis de 10 tragos de 5 mL y dos secuencias de tragos rápidos de 2 mL; para el análisis se utilizó el programa Manoview 3.0. Se analizaron los siguientes parámetros: tipo de unión esofagogástrica (UEG), presión media del esfínter esofágico inferior (EEI) e integral de las contracciones (IDC), y se agruparon de acuerdo con la clasificación de Chicago 3.0. El estudio ambulatorio de pH e impedancia se realizó con un catéter de un sensor de pH y seis de impedancia, el sensor de pH colocado a 5 cm del EEI identificado por manometría; se instruyó a los sujetos a tener actividades y dieta regulares. El análisis se llevó a cabo con el programa Bioview y se analizaron los siguientes parámetros de acuerdo con el consenso de Lyon: tiempo total de exposición a un pH < 4 (anormal ≥ 6%), número de episodios de reflujo (anormal > 80/24 h) y se registró la extensión proximal de los episodios de reflujo.

Resultados: Se estudió a 26 pacientes, con edad de 60 ± 10.6 años, de los cuales 13 (50%) fueron mujeres. En 23 de los 26 casos, el diagnóstico de la enfermedad pulmonar fue fibrosis pulmonar idiopática; otros diagnósticos fueron bronquiectasia, linfangioleiomiomatosis e hipertensión pulmonar. Resultados de manometría: UEG de tipo 1 en 18 (69%) y tipo 2 en ocho (31%) pacientes y presión media del EEI de 27 ± 14.5. La hipotonía del EEI (< 13 mmHg) se encontró en cuatro (15%) de los 26 casos. En cuanto al vigor, la media de la IDC fue de 1412 ± 217. Se identificó peristalsis ineficaz en siete (23%) de los 26 pacientes, lo cual es mayor a lo publicado en un estudio reciente en el que se registró en 15.1% de los individuos asintomáticos. No se detectaron trastornos motores mayores. Resultados de estudio de pH e impedancia: dos pacientes tuvieron una exposición anormal (> 6%) y presión del EEI ≤ 10, con el número de episodios de reflujo y extensión proximal más alto.

Conclusiones: La prevalencia de RGE anormal en estos pacientes fue menor (7.6%) a lo notificado en otras series (30 y 73%). Una posible explicación es que la hipotonía del EEI estuvo presente sólo en cuatro casos y esta diferencia puede explicar la menor prevalencia del reflujo anormal. El 23% tuvo peristalsis ineficaz, en contraste con otras series que señalan hasta 76% de alteraciones en la peristalsis, lo cual concuerda con la menor exposición al ácido y por lo tanto menos alteraciones de la motilidad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar291

USO DE ILAPRAZOL EN MÉXICO: EXPERIENCIA INICIAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS RELACIONADOS AL ÁCIDO

G. Vázquez-Elizondo, ONCARE Gastrocenter

Introducción: Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son una herramienta de gran valor en el control de los trastornos relacionados

con el ácido. El ilaprazol es un IBP de tercera generación que representa el fármaco más reciente disponible en este país para el tratamiento de estas enfermedades. No obstante, la mayor experiencia de este compuesto proviene de la población asiática y la información disponible sobre su efectividad y seguridad en México es escasa.

Objetivo: Describir el efecto del ilaprazol en trastornos relacionados con el ácido en un escenario de la vida real.

Material y métodos: Estudio prospectivo de un solo centro de referencia en Monterrey, México, entre los años 2019 y 2020. Se incluyeron casos en adultos consecutivos en los que se empleó ilaprazol en indicaciones aprobadas (enfermedad por reflujo gastroesofágico, dispepsia) y se evaluó su efecto de acuerdo con un cuestionario simplificado de desenlaces notificados por los pacientes, que incluyó una escala categórica (mejoría, sin cambio, empeoramiento de síntomas), así como el porcentaje de cambio. Se consignó también el porcentaje de uso a demanda del ilaprazol y se registraron todos los efectos adversos.

Resultados: Se incluyeron 97 casos, de los cuales 60 correspondieron a mujeres (61.8%) y la media de edad fue de 44 ± 15 años (17-81). La principal indicación para la administración de este fármaco fueron los síntomas típicos de reflujo ($n = 56$, 57.7%) seguidos de dispepsia ($n = 20$; 20.6%). En cuanto a los síntomas, 80 (83%) de los pacientes refirieron mejoría, mientras que el resto ($n = 17$, 17%) indicó síntomas sin cambio. De los pacientes con mejoría de síntomas, 61 (76.2%) continuaron su control con el uso a demanda del ilaprazol (10-20 mg/día, Fig. 1). En cuanto al porcentaje de mejoría, 71 (88.5%) individuos mostraron de forma consistente que ésta se encontraba por arriba del 80%. En relación con los efectos adversos, se identificaron dos leves (2.1%): un caso con náusea y otro con cefalea.

Conclusiones: Éste es el primer informe en la población mexicana consumidora de ilaprazol en trastornos relacionados con el ácido. La información sugiere que es un fármaco útil en este tipo de trastornos, así como seguro. No obstante, es necesario reunir mayor experiencia con esta molécula en México, dado que es una experiencia de un solo centro de referencia en el norte de México.

Financiamiento: No se recibió financiamiento por este trabajo.

Figura 1. Tasa de respuesta global y uso a demanda del ilaprazol en pacientes con trastornos relacionados con el ácido. (Mar291)



Mar292

CORRELACIÓN ENTRE LA IMPEDANCIA MEDIA BASAL NOCTURNA Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN PACIENTES CON ERGE NO EROSIVA

D. I. Carmona-Guerrero, G. Valdez-Romero, M. F. García-Cedillo, J. Aquino-Matus, F. L. Ayala-Aguillón, T. L. Beltré-González, R. I. Carmona-Sánchez, E. Coss-Adame, Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

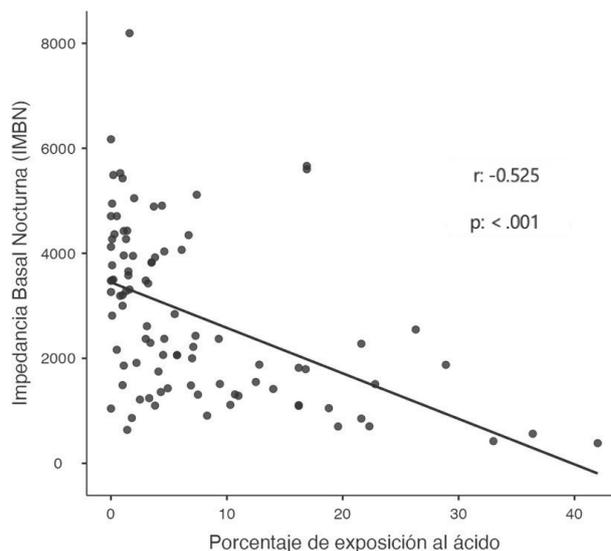
Introducción: El diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) puede ser difícil en algunos pacientes. La pH-metría de 24 h con impedancia eléctrica multicanal (pH-Z) es la norma de referencia. El tiempo de exposición al ácido (TEA) > 6% establece el diagnóstico. Sin embargo, en pacientes de difícil diagnóstico se han utilizado en ocasiones parámetros adicionales que incrementen el rendimiento diagnóstico de la pH-Z. En pacientes con TEA > 4%, la impedancia media basal nocturna (IMBN) parece ser un parámetro de apoyo al diagnóstico de ERGE.

Objetivo: Correlacionar la IMBN con el TEA en pacientes con ERGE no erosiva.

Material y métodos: Participaron todos los pacientes con pirosis y regurgitaciones ácidas resistentes al tratamiento y endoscopia sin erosiones, referidos de forma consecutiva para pH-Z entre marzo del 2021 y junio del 2022. Se excluyó a los pacientes con esófago de Barrett, acalasia y cirugía esofágica previa. Se eliminó a aquellos que no completaron 24 h de vigilancia, no registraron adecuadamente sus síntomas o no tuvieron síntomas durante el registro. El estudio se realizó sin tratamiento con inhibidores de la bomba de protones por una semana y en ayuno. Previa manometría esofágica, se colocó la sonda por vía nasal 5 cm encima del esfínter esofágico inferior. Los sujetos fueron instruidos para llevar una alimentación libre y registrar sus síntomas en un diario. El dispositivo se retiró 24 h después y los trazos se evaluaron. Las mediciones del IMBN se efectuaron de forma manual a la 1 am, 2 am y 3 am y se tomaron los valores de los sensores distales Z5 y Z6 promediados para lograr una sola medición de la media de IMBN. El reflujo patológico se definió como el tiempo de exposición al ácido > 6% (TEA > 6%) y el reflujo fisiológico como TEA < 6%. Para variables cuantitativas se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis y para variables categóricas la ji cuadrada; para la correlación de IMBN y el porcentaje de exposición al ácido se usó el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: Se incluyó a 93 pacientes (73% de mujeres, con edad promedio de 52 años e IMC promedio de 26.35 kg/m² SC). El 63.44% ($n = 59$) tuvo reflujo fisiológico (TEA < 6%) y el 36.5% ($n = 34$) reflujo patológico (TEA > 6%). La IMBN en el grupo de pacientes con reflujo fisiológico fue de 3 332.46 mOhm (637.83-8 193) y de 1 949.80 mOhm (384.83-5 664.67) en el grupo de pacientes con reflujo patológico. Se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos ($p < 0.001$) y una fuerte correlación ($r = -0.525$) entre la IMBN y el TEA en todos los pacientes. El análisis mostró que, a mayor exposición al ácido, menor IMBN. Por el contrario, a menor exposición al ácido mayor IMBN, lo que se relaciona con una menor probabilidad de reflujo como causa de los síntomas (Fig. 1). Existe una dispersión amplia de

Figura 1. Correlación de la IMBN y el TEA. (Mar292)



IMBN en los grupos de pacientes con TEA < 4% (n = 49) y TEA entre 4.1% y 5.9% (n = 10) que presentaron IMBN bajas; en estos grupos se observó que el 20.4% y el 70% tuvieron una IMBN < 2 230 mOhm.

Conclusiones: La IMBN se correlacionó estrechamente con el TEA. Lo anterior sugiere que la IMBN puede utilizarse como un parámetro complementario de la TEA en el diagnóstico de la ERGE no erosivo, pero es necesario investigar parámetros de IMBN en estos pacientes para aplicar adecuadamente este parámetro en la población.

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

Mar293

LA INTEGRAL CONTRÁCTIL DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA (IC-UEG) ES UN PARÁMETRO ÚTIL PARA PREDECIR EXPOSICIÓN ESOFÁGICA ANORMAL AL ÁCIDO. UN ANÁLISIS PROSPECTIVO EN 132 PACIENTES

M. P. Lemus-Chavarría, D. R. Menéndez-Morales, B. A. Priego-Parra, A. A. Ortiz-Lorenzo, F. A. Félix-Téllez, B. A. Enríquez-Constantino, D. R. Arellano-Sánchez, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La integral contráctil de la unión esofagogastrica (IC-UEG) es un parámetro novedoso que combina varias métricas convencionales del esfínter esofágico inferior (EEI) (presiones basales, al final de la espiración y longitud) y el aumento inspiratorio de la crura diafragmática; y representa el vigor de la UEG en reposo. Los estudios previos han demostrado que una IC-UEG baja se vincula con exposición esofágica anormal al ácido y alteraciones motoras esofágicas. Este parámetro, de acuerdo con la clasificación de Chicago v 4.0 y el Consenso de Lyon, es una métrica prometedora, pero necesita más investigación antes de su adopción generalizada.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la medición de la IC-UEG y su correlación con otras métricas (impedancia basal nocturna, tiempo de exposición esofágica al ácido, parámetros de motilidad esofágica) en un grupo de pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico.

Material y métodos: Se realizó una recolección prospectiva de pacientes consecutivos que acudieron a la institución para la realización de pH-metría con impedanciometría (pH-MII) y manometría esofágica de alta resolución (MAR) por padecer síntomas indicativos de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Todos los pacientes fueron objeto del protocolo de Chicago v 4.0. Se obtuvieron los datos clínicos y los pacientes se clasificaron en sujetos con ERGE, hipersensibilidad al ácido (EH), pirosis funcional (PF) y reflujo no ácido (RNA) de acuerdo con los parámetros de pH-metría. Se calculó la IC-UEG de acuerdo con la descripción de Gywaly et al. y se definió como baja o hipotensa si fue menor de 25 mmHg. Se calculó también el porcentaje de tiempo de exposición esofágica al ácido (pH < 4), el número de episodios de reflujo, la impedancia media basal nocturna, el promedio de la IRP y la DCI durante la MAR, y los tipos de UEG (I, II, IIIa y IIIb). Se correlacionaron todas estas métricas con la IC-UEG y se compararon los diagnósticos por pH-MII y MAR entre los pacientes con IC-UEG normal o baja.

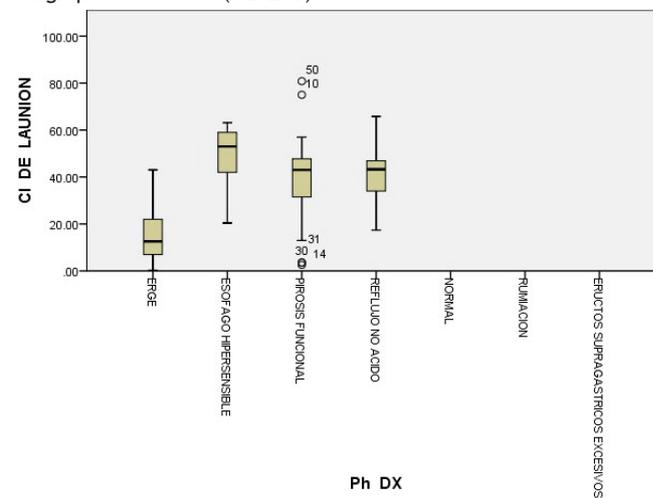
Resultados: Se incluyó a un total de 132 pacientes (75 hombres, edad promedio del grupo de 52.7 ± 14.6 años), de los cuales 66 tuvieron ERGE patológica (50%), 13 esófago hipersensible (10%), 39 pirosis funcional (30%) y 14 reflujo no ácido (10%). Los pacientes con ERGE patológica registraron una IC-UEG significativamente más baja que los otros grupos (19 ± 10 vs. 47 ± 14 [EH], 38.7 ± 17 [PF], 40.5 ± 13 [RAN] mmHg, p < 0.000, Fig. 1). Una proporción significativamente mayor de pacientes con ERGE patológica mostró una IC-UEG hipotensa (82% vs. 23%, p = 0.0001; OR, 15.30; IC95%, 6.5-36). El diagnóstico de motilidad esofágica inefectiva fue más frecuente

en los pacientes con IC-UEG hipotensa (74% vs. 22%, p = 0.0001; OR, 6.6; IC95%, 2.4-17). De acuerdo con los tipos de unión, la presencia de IC-UEG baja fue de 48% (I), 38% (II), 77% (IIIa) y 82% (IIIb) (p < 0.0001). La IC-UEG tuvo correlación negativa estadísticamente significativa con el tiempo de exposición esofágica al ácido (-0.526, p = 0.000) y positiva con impedancia basal nocturna (0.567, p = 0.000), IRP (0.367, p = 0.000) y la DCI (0.276, p = 0.0002).

Conclusiones: La IC-UEG es un parámetro útil y sencillo de evaluar que se correlaciona con otras métricas vinculadas con ERGE (impedancia basal nocturna, diagnóstico de MEI, unión tipo III) y que tiene la capacidad de predecir exposición esofágica anormal al ácido en caso de que sea baja (< 25 mmHg). En consecuencia, se recomienda la medición rutinaria de la IC-UEG ya que desempeña un papel importante en el diagnóstico y tratamiento moderno de los pacientes con ERGE.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Mediana y rango intercuartílico de la IC-UEG (mmHg) en los grupos evaluados. (Mar293)



Mar294

RELAJACIONES ESPONTÁNEAS DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR (REEES) EN PACIENTES CON ACALASIA

J. Aquino-Matus, V. Ornelas-Arroyo, F. García-Cedillo, T. Beltré-González, F. Ayala-Aguillón, J. Arenas-Martínez, M. A. Valdovinos-Díaz, G. Torres-Villalobos, E. Coss-Adame, Laboratorio de Motilidad, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La acalasia es el trastorno motor esofágico en el que se encuentran alterados tanto la peristalsis esofágica como la relajación del esfínter esofágico inferior. Se han descrito tres tipos de acalasia por manometría esofágica de alta resolución (HRM) de acuerdo con la Clasificación de Chicago 4.0. Se ha informado que hasta el 32.5% de los pacientes con acalasia muestra alteraciones en el esfínter esofágico superior (EES). Las relajaciones espontáneas del EES (REEES) son más frecuentes en pacientes con trastornos motores esofágicos y se desconoce su mecanismo de aparición.

Objetivo: Describir la frecuencia de REEES en pacientes con acalasia y los parámetros manométricos antes y después de la aparición de la REEES.

Material y métodos: Protocolo observacional, retrolectivo y transversal de estudios de manometría esofágica de alta resolución en posición sedente de pacientes con acalasia del 2007 al 2020. Se utili-

Tabla 1. Descripción manométrica de las relajaciones espontáneas del esfínter esofágico superior (REEES) en pacientes con acalasia. (Mar294)

Variable	Total (n = 48)	Acalasia tipo I (n = 26)	Acalasia tipo II (n = 17)	Acalasia tipo III (n = 5)	Valor de p
Total de REEES	3.33 ± 2.24	3.04 ± 2.44	3.78 ± 2.13	3.20 ± 1.64	0.572
Latencia de inicio de REEES (s)	9.48 ± 5.6	8.9 ± 5.2	9.5 ± 5.5	11.9 ± 8.6	0.587
DCI antes de REEES (mmHg*cm*s)	2 042 ± 1 735	1 504 ± 936	3 186 ± 725	725 ± 446	< 0.001
DCI después de REEES (mmHg*cm*s)	1 707 ± 1 671	1 115 ± 1 058	2 811 ± 2 016	1 038 ± 1 238	0.002
Duración de REEES (media)	0.64 ± 0.29	0.62 ± 0.30	0.66 ± 0.28	0.66 ± 0.27	0.904
Presión máxima del EES antes de REEES (mmHg)	221 ± 105	220 ± 112	222 ± 77	221 ± 166	0.999
Presión máxima del EES después del REEES (mmHg)	118 ± 68.2	101 ± 63.3	145 ± 67.1	107 ± 79.1	0.099
Gradiente de DCI después o antes de REEES	-330 ± 1 240	-389 ± 761	-430 ± 1 793	313 ± 1 008	0.479
Gradiente de presión máxima del EES después o antes de REEES	-103 ± 94.1	-119 ± 96.2	-76.2 ± 65	-115 ± 160	0.326

zaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y media y desviación estándar para las variables continuas. La REEES se definió como la interrupción de contorno isobárico de 12 mmHg del EES en ausencia de contracciones de la hipofaringe posterior al inicio de la deglución. Se efectuaron mediciones de latencia de inicio de REEES desde la deglución (s), DCI (mmHg*cm*s) cinco segundos antes y después de la REEES en toda la longitud del esófago, duración de la REEES (s) y presión máxima del EES cinco segundos antes y después de la REEES (mmHg). Los valores de p se calcularon a dos colas (significancia < 0.05). Los tres tipos de acalasia se definieron de acuerdo con la Clasificación de Chicago 4.0 y se compararon con ANOVA.

Resultados: Se recabaron datos de 116 pacientes con acalasia; la media de edad fue de 41.7 ± 15.2 años, de los cuales 81 (69.8%) fueron mujeres y la media de IMC fue de 23.1 ± 4.64 kg/m². La prevalencia de acalasia tipos I, II y III fue de 50.8%, 38.9% y 10.3%, respectivamente. Las REEES se presentaron en 48 pacientes (41.3%) con una frecuencia de 3.33 ± 2.24 por 10 degluciones y fueron más frecuentes en la acalasia tipo II (3.78 ± 2.13). Se encontró diferencia entre los tipos de acalasia en el DCI antes de REEES medio (2 042 ± 1 735; p < 0.001) y el DCI después de REEES medio (1 707 ± 1 671; p = 0.002). El gradiente medio de DCI después o antes de REEES fue de -330 ± 1 240 y de presión máxima del EES después o antes de REEES de -103 ± 94.1 (Tabla 1). No se identificó diferencia entre los tipos de acalasia respecto de la latencia media de inicio de REEES, duración media de la REEES ni presión máxima media del EES.

Conclusiones: Las REEES se presentaron en 41.3% de los pacientes con acalasia. Los pacientes con acalasia tipo II presentaron más REEES, así como mayor DCI medio tanto antes como después de REEES. El gradiente de DCI después o antes de REEES puede explicar un mecanismo de presurización esofágica con liberación a través de la REEES en pacientes con acalasia.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar295

¿EXISTEN CARACTERÍSTICAS REPRESENTATIVAS DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR EN MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES CON ACALASIA?

F. Sánchez-Salinas, O. L. García-Rodas, E. Torres-López, C. P. Jaén-Villanueva, N. Pérez-López, Hospital Juárez de México

Introducción: La acalasia es un trastorno motor caracterizado por la falta de relajación del esfínter esofágico inferior junto con una

pérdida del peristaltismo del esófago distal causado por una inflamación y degeneración de los plexos mientéricos y células ganglionares, en particular en las neuronas inhibitorias productoras de óxido nítrico. La norma de referencia para el diagnóstico es la manometría esofágica de alta resolución (MAR). Los cambios predominan en el cuerpo y esfínter esofágico inferior, pero no se ha identificado si este trastorno y su progresión afectan en algún momento al esfínter esofágico superior (EES). Algunos estudios han correlacionado una terapéutica exitosa con mejoría de los parámetros de EES mediante MAR al identificar alteraciones en la presión basal media (PBM) y presión residual (PR). En la actualidad es controversial si los parámetros mejoran el tratamiento de la acalasia.

Objetivo: Identificar si existe diferencia entre las mediciones del EES entre pacientes con acalasia y sin ella (contractilidad ausente y estudios normales).

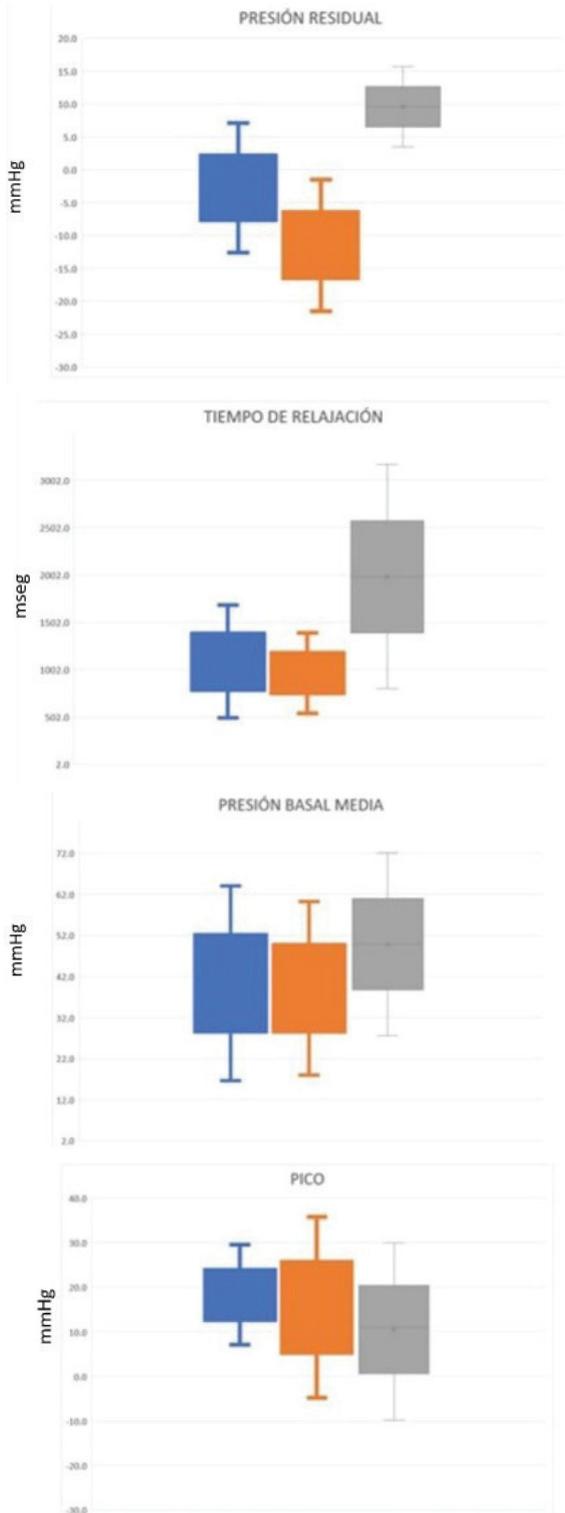
Material y métodos: Estudio comparativo, retrospectivo y transversal realizado en el Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal del Hospital Juárez de México; para la realización de MAR, los pacientes se encontraban en posición sedente con el equipo ManoScan A120 de Given Imaging y se usó el catéter de estado sólido con 36 sensores de presión. En el periodo de febrero de 2017 a enero de 2021 se identificaron 690 estudios de manometría de alta resolución y se incluyeron para el análisis 234 estudios identificados con los siguientes diagnósticos: acalasia (Ac; n = 123), contractilidad ausente (CA; n = 61) y grupo control de estudios manométricos normales (Nm; n = 50). Se compararon la presión basal media (PBM), presión residual (PR), tiempo de relajación (TR) y presión pico faríngea (PPF). Además, se buscó si había una correlación entre el IRP de los pacientes con acalasia y las métricas del esfínter esofágico superior. Los datos se extrajeron de los informes digitales de MAR y se almacenaron en una base de datos con el programa Microsoft Excel® Office 2019. El análisis estadístico utilizó tendencia central para variables continuas e intervalo de confianza del 95% de las medias para definir la diferencia entre los grupos. Se usó la correlación de Pearson entre las métricas y en el IRP en el grupo de Ac.

Resultados: En la única métrica del EES entre los pacientes con Ac y sin Ac se reconoció una tendencia a diferenciarse en los valores de la presión residual. La media de la PR en el grupo de Ac fue de -2.7 (IC95% ± 9.8), en comparación con el grupo Nm y el grupo CA, en los que la media fue de 9.57 (IC95% ± 6.11) y 11.46 (IC95% ± 9.98), respectivamente. Las métricas del EES PBM, TR, PPF fueron similares entre los grupos con y sin Ac (estudios normales y contractilidad ausente). De manera respectiva se describen las medias (IC95%) de PBM: 40.3 (23.1) mmHg, 45.8 (23.3) mmHg, 11.4 (9.98) mmHg. TR: 1 807.5 (59.6) ms, 1 983.6 (1 184.5) ms, 963.5 (423.7) ms. Y PPF: 19.3 (11.9) mmHg, 20.4 (9.45) mmHg, 15.48 (20.3) mmHg (Fig. 1). No hubo correlación entre el IRP y las métricas del EES.

Conclusiones: Dentro de los valores analizados del esfínter esofágico superior se encontró que la PR mostraba valores inferiores en el grupo de acalasia en comparación con los otros grupos; sin embargo, existen más estudios para sustentar estos resultados.

Financiamiento: Este trabajo no recibió patrocinio.

Figura 1. Representación de los parámetros estudiados del EES; barra azul, estudios de acalasia; barra anaranjada, contractilidad ausente; y barra gris, estudios manométricos normales. (Mar295)



Mar296

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA DISFAGIA EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

P. M. Alegría-Acuña, C. Paredes-Amenábar, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México

Introducción: La disfagia hace alusión a la imposibilidad, impedimento, impotencia, dificultad o complicación de comer o deglutir y se refiere a un síntoma que consiste en la inviabilidad del proceso de la deglución. La disfagia puede deberse a trastornos estructurales o neuromusculares del esófago. Los pacientes con trastornos estructurales del esófago suelen tener disfagia con sólidos, a diferencia de los individuos con trastornos de la motilidad que sufren disfagia de alimentos líquidos y sólidos. Los trastornos estructurales incluyen afecciones inflamatorias y malignas. Las estenosis inflamatorias benignas son el resultado de la deposición de colágeno y tejido fibroso en pacientes con inflamación grave o crónica en el esófago, mientras que las estenosis malignas son efecto del crecimiento tumoral luminal intrínseco o la compresión esofágica extrínseca. Se ha informado que las estenosis pépticas, una secuela de la ERGE, representan hasta el 80% de todas las estenosis esofágicas benignas. Sin embargo, su incidencia parece haber disminuido en la última década debido al uso generalizado de los inhibidores de la bomba de protones. Con el aumento informado de su prevalencia, la esofagitis eosinofílica (EoE) ahora se reconoce como una causa benigna común de disfagia. Los trastornos de la motilidad que ocasionan disfagia incluyen acalasia, espasmo esofágico difuso e hipomotilidad secundaria a esclerodermia y otros trastornos del tejido conectivo. Es preciso enfocarse en la utilidad de la endoscopia en la evaluación diagnóstica y abordar algunas de sus causas más frecuentes en los enfermos que acuden al servicio de endoscopia con disfagia, así como el control terapéutico endoscópico en caso de que se requiera.

Objetivo: Clasificar los hallazgos endoscópicos de los casos con disfagia en la población que acude al servicio de endoscopia de la torre quirúrgica de la institución de los autores.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal y observacional en expedientes de pacientes que acuden al servicio de endoscopia con diagnóstico de disfagia del 1 de enero del 2019 al 31 de diciembre del 2021. Descripción y clasificación de los hallazgos endoscópicos, etiología, terapéuticas aplicadas por endoscopia y complicaciones.

Resultados: Se estudiaron 125 expedientes de pacientes con síntomas de disfagia atendidos en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga del 1 de enero del 2019 al 31 de diciembre del 2021. Fueron pacientes femeninos en 52.8% y masculinos en 47.2%, con una proporción mujer:hombre de 1:0.89; la edad promedio fue de 51.5 años (mín. 18-máx. 89), mediana de 52 y desviación estándar ± 15.37 . Se observó una distribución similar entre géneros. Al momento de la impresión endoscópica se establecieron los diagnósticos, de los cuales las neoplasias del esófago con 16 casos (12.8%) fueron los más relevantes como causa de disfagia esofágica. Durante la revisión de los expedientes se advirtió que sólo requirieron toma de biopsias 61 de los pacientes (48.8%). En los informes de las biopsias tomadas durante el abordaje diagnóstico de disfagia se identificaron 11 casos de cáncer (18.1%), de los cuales el de mayor incidencia fue el carcinoma epidermoide de esófago (6.6%). Los resultados se presentan en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Con base en el análisis realizado puede demostrarse que la panendoscopia es el estudio de imagen más útil para evaluar la mucosa esofágica, al permitir diferenciar las afecciones benignas de las malignas con las biopsias y establecer un diagnóstico

histopatológico. Fue posible identificar que la causa más frecuente de la disfagia esofágica es de origen neoplásico.

Financiamiento: Ningún financiamiento.

Tabla 1. Causas más frecuentes de disfagia identificadas en una panendoscopia. (Mar296)

Endoscopia	n	%
Neoplasia de esófago	16	12.8
Reflujo gastroesofágico	13	10.4
Estenosis simples o complejas	13	10.4
Estenosis posquirúrgicas	12	9.6
Probable acalasia	7	5.6
Infecciosas	5	4
Anillo de Schatzki	5	4
Alteraciones en laringe	5	4
Sin alteraciones endoscópicas	4	3.2
Neoplasia adyacente a esófago	3	2.4
Estenosis por cáusticos	2	1.6
Esofagitis eosinofílicas	2	1.6
Otras	38	30.4
Total	125	100

Mar297

TRASTORNOS DE LA INTERACCIÓN INTESTINO-CEREBRO (TIIC) EN LA REGIÓN FRONTERIZA DE ESTADOS UNIDOS CON MÉXICO: UN ESTUDIO TRANSVERSAL MEDIANTE CRITERIOS DE ROMA IV

M. Schmulson, M. Bashashati, K. Espino, I. Sarosiek, M. J. Zuckerman, Laboratorio HIPAM, Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: La mayoría de los habitantes de la franja fronteriza entre Estados Unidos y México corresponde a hispanos de origen mexicanoestadounidense con alto nivel de aculturación definido como la adopción de valores de otra cultura, pero sin perder la propia. Por otra parte, los TIIC son frecuentes en la población general; en un estudio previo de los autores mediante criterios de Roma III en esta población se registró una prevalencia de SII de 5.6%. Sin embargo, no se contaba con datos de algún otro TIIC en esta región.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de TIIC mediante los criterios de Roma IV en esta población fronteriza; identificar los factores adjuntos y compararlos con la prevalencia global, la estadounidense y la mexicana, determinada con Roma IV en el estudio epidemiológico global (EEG) de la Fundación de Roma (Sperber et al. Gastroenterology 2021).

Material y métodos: Estudio transversal en El Paso, Texas, entre 2019 y 2020. Los participantes procedían de centros comunitarios y llenaron el cuestionario de TIIC de Roma IV en inglés o español, según su preferencia, y la Escala Acortada de Aculturación para Hispanos (SASH). Se excluyó a aquéllos con antecedentes de úlcera péptica, cáncer gastrointestinal, enfermedad celiaca o enfermedad inflamatoria intestinal. Los datos se expresaron en porcentaje (intervalo de confianza del 95% [IC95%]) y se compararon mediante ji cuadrada o prueba exacta de Poisson.

Resultados: En total 216 individuos (54.6% de mujeres, 66.2% de hispanos, 76.9% con alto nivel de aculturación) contestó la encuesta; se

incluyó sólo a 197 de acuerdo con los criterios predeterminados. De éstos, 51 (25.9% [20-32.6]) satisficieron criterios para algún TIIC, una prevalencia mucho menor de lo informado globalmente (43.3%), en Estados Unidos (39.9%) o México (40.2%). Entre aquéllos con TIIC, 72.9% correspondió a mujeres contra 58.4% de los controles sin TIIC ($p = 0.07$). El grado de aculturación no se vinculó con ningún TIIC, pero sí con un ingreso $\geq 10\,000$ dólares/año ($p < 0.01$). El globus y la dispepsia funcional fueron los más frecuentes TIIC del tracto superior, cada uno con 3.1% (1.1-6.5). El padecimiento intestinal más común fue el trastorno funcional inespecífico (TFI): 8.6% (5.1%-13.5%), similar al EEG, seguido por la distensión funcional: 8.1% (4.7%-12.9%), a diferencia del EEG en el que el estreñimiento funcional fue el segundo más frecuente. Este último fue cuatro veces más frecuente que en Estados Unidos (2.0%) y 2.4 más que en México (3.4%). El SII fue el tercero más común de los intestinales: 6.1% (3.2%-10.4%); 83% fue de pacientes femeninas. Los subtipos fueron SII-D: 33%, SII-E: 33%, SII-M: 17%, SII-NC: 17%. La frecuencia del SII fue comparable con la de Estados Unidos (5.3%) y México (4.0%).

Conclusiones: En esta población fronteriza, los TIIC-Roma IV son menos prevalentes que en Estados Unidos o México y se relacionan con mayores ingresos, pero no con aculturación. Además, la distensión funcional fue más frecuente que en los dos países y más común que el estreñimiento funcional, como se reconoció en el EEG. Es probable que los factores dietéticos expliquen estas diferencias.

Financiamiento: Marc Zuckerman recibió patrocinio de Texas Tech University Internal Medicine Seed Grant; Max Schmulson recibió financiamiento de la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Mar298

EFFECTO DE LA RIFAXIMINA Y DIETA MODIFICADA EN FODMAPS SOBRE LOS SÍNTOMAS DE PACIENTES CON SII SIN ESTREÑIMIENTO CON SIBO

M. F. García-Cedillo, F. U. Villegas-García, F. L. Ayala-Aguillón, N. Méndez-Pernicone, T. L. Beltré-González, J. Aquino-Matus, M. P. Milke-García, L. Castillo-Martínez, E. Coss-Adame, Laboratorio de Motilidad, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno de la interacción del intestino-cerebro; se caracteriza en particular por dolor abdominal recurrente y alteraciones de la forma y la frecuencia de las evacuaciones. El sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) participa en la fisiopatología del SII y contribuye al desarrollo de los síntomas en pacientes con SII de los subtipos diarrea y mixto. En el tratamiento de pacientes con SII y SIBO pueden instituirse medidas no farmacológicas (modificaciones dietéticas, dieta modificada en FODMAPS y estilo de vida) y farmacológicas con antibiótico no absorbible (rifaximina), que mejoran los síntomas globales del SII.

Objetivo: Evaluar los cambios sintomáticos después de cuatro semanas de tratamiento con rifaximina y dieta modificada en FODMAPS en personas con SII sin estreñimiento y SIBO.

Material y métodos: Estudio clínico aleatorizado y controlado. Se inscribió a pacientes que satisfacían los criterios de selección y cada uno de ellos se asignó de forma aleatoria a los siguientes grupos de estudio: grupo 1, rifaximina (400 mg) + dieta modificada en FODMAPS; grupo 2, rifaximina (400 mg); y grupo 3, dieta modificada en FODMAP. Todos los participantes del estudio recibieron al inicio y al final una escala visual análoga (0-10) de los síntomas y se sometieron a una prueba de aire espirado con lactulosa al inicio y final de la intervención para evaluar la respuesta de SIBO. Las variables de desenlace fueron el porcentaje de respondedores al dolor, frecuencia

y consistencia de evacuaciones, así como la respuesta a los tres síntomas. Análisis estadístico: se representaron los datos en medianas y percentiles (cuantitativas) y frecuencia y porcentajes (cualitativas). Para las variables cuantitativas se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis y para las variables cualitativas la χ^2 o la exacta de Fisher.

Resultados: Se incluyó a un total de 54 pacientes, 46 (85.2%) de los cuales eran mujeres, con una mediana de edad de 49 años (18-76); entre las características basales de los individuos en estudio no se encontraron diferencias significativas. Después de cuatro semanas de intervención no se observaron cambios estadísticamente significativos en el porcentaje de respondedores, como se observa en la **Tabla 1**. Sin embargo, al evaluar los síntomas individuales después de cuatro semanas de intervención se observó que el grupo 1 mostró una respuesta mayor (Δ) en distensión ($p = 0.034$) y diarrea -8 (-10 a 6) en comparación con las otras intervenciones. Se identificó negativización de la prueba de lactulosa al final de la intervención en 50% de los pacientes, sin diferencia significativa entre los grupos (grupo 1: 57.1%, grupo 2: 53.3% y grupo 3: 47%; $p = 1.0$)

Conclusiones: Este estudio demuestra que la intervención dietética modificada en FODMAPS más el tratamiento con rifaximina mejora los síntomas globales y es mejor para controlar la distensión abdominal en pacientes con SII sin estreñimiento.

Financiamiento: Este estudio recibió donación del medicamento de ALFA-SIGMA.

Tabla 1. Porcentaje de respondedores después de cuatro semanas de intervención. (Mar298)

Variable	Total (n = 46)	Rifaximina + dieta (n = 14)	Rifaximina (n = 15)	Dieta (n = 17)	P
Dolor abdominal (n/%)	37 (80.4)	13 (92.9)	12 (80)	12 (70.6)	0.372
Frecuencia (n/%)	33 (71.7)	10 (71.4)	13 (86.7)	10 (58.8)	0.218
Consistencia (n/%)	40 (87)	13 (92.9)	12 (80)	15 (88.2)	0.655
Tres criterios (n/%)	26 (56.5)	9 (64.3)	10 (66.7)	7 (41.2)	0.272

Mar299

ATENCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN MÉXICO DURANTE EL 2021

I. Marchan-Embarcadero, E. Lara-Lona, G. P. Pérez-Ramírez, G. Chávez-Saavedra, D. A. Díaz-Martínez, Universidad de Guanajuato

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es el trastorno digestivo funcional más común. En México y Latinoamérica existen pocos estudios epidemiológicos que permitan conocer con exactitud las características y magnitud del problema, aunque existe una prevalencia internacional aproximada del 11.2%. Es un motivo de consulta frecuente en la población en etapa productiva, se relaciona con deterioro de la calidad de vida y representa una carga económica considerable para el sistema de salud.

Objetivo: Describir el comportamiento epidemiológico y el tipo de urgencia durante el 2021 en pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable atendidos en los servicios de urgencias del país.

Material y métodos: Se realizó un análisis descriptivo, observacional y transversal, basado en registros del subsistema automatizado de urgencias disponibles en la plataforma de cubos dinámicos, del

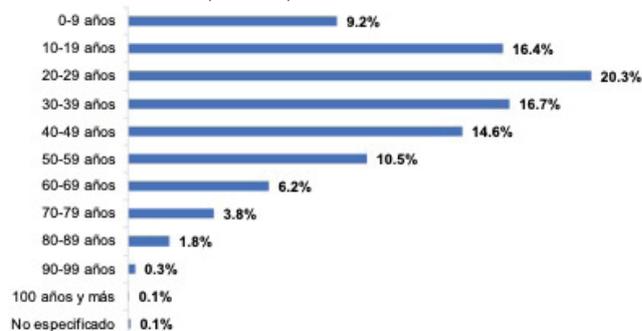
año 2021, de todo el país. Se analizaron las variables de sexo, edad decenal, subtipo de SII, tipo de urgencia y estado del país donde se brindó la atención de pacientes cuya causa básica de atención fue el síndrome de colon irritable, K58 de la clasificación internacional de enfermedades 10 (CIE-10).

Resultados: Durante el 2021 se registraron más de 5 millones de atenciones en el servicio de urgencias de personas no derechohabientes en México y 27 850 (0.52%) se debieron al síndrome de intestino irritable. Una proporción de 67.8% correspondió a mujeres, 32.1% a hombres y en 0.1% no se especificó. De las atenciones proporcionadas, 63.1% se debió al SII con estreñimiento predominante, 8.6% a SII con diarrea predominante, 0.4% a SII con hábitos intestinales mixtos y 28% a otro tipo de SII o SII no especificado. El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 29 años (20.3%), seguido por el grupo de 30 a 39 años (16.7%) y el grupo de 10 a 19 años (16.4%), como se muestra en la **Figura 1**. Las urgencias calificadas representaron el 16% de las atenciones y las urgencias no calificadas el 84%. La Ciudad de México, el Estado de México y Guanajuato fueron los estados con mayor registro de atenciones con 3 764, 3 423 y 2 997, respectivamente.

Conclusiones: En este análisis se encontró que el síndrome de intestino irritable es todavía una causa frecuente de atención médica en el servicio de urgencias; la gran mayoría de éstas se considera urgencias no calificadas, que podrían considerarse como causa de saturación del servicio de urgencias por esta enfermedad. Se observó que, a diferencia de lo informado en las publicaciones médicas, los grupos de edad menores de 30 años representan un porcentaje considerable de afectación, además de una mayor proporción en edad productiva. Las mujeres son aún las más afectadas. Con esto se plantea la necesidad de realizar estudios con mayor extensión poblacional y fuentes primarias para el diseño y desarrollo de programas preventivos y de control para estas enfermedades, así como para la implantación de recursos de atención médica que permitan enfrentar este problema y reducir el número de atenciones por esta afección en el servicio de urgencias.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Distribución por grupo de edad de las atenciones médicas ofrecidas en el servicio de urgencias por el síndrome de intestino irritable en el 2021. (Mar299)



Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma de cubos dinámicos urgencias del año 2021, disponible en: http://sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubourgencias2021_plataforma.html.

Mar300

FRECUENCIA DE DETECCIÓN DE PÓLIPOS ADENOMATOSOS Y SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS EN UNA POBLACIÓN DEL ESTADO DE MÉXICO. RESULTADOS PRELIMINARES

X. García-León, J. D. Prieto-Nava, A. Navarro-Sánchez, A. A. Rosales-Solís, M. S. González-Huezo, Departamento de Gastroenterología y Endoscopia, Centro Médico ISSEMyM

Introducción: Los pólipos adenomatosos son las lesiones precursoras de la mayor parte de los cánceres colorrectales (CCR). La colonoscopia es el estudio de elección para su escrutinio. El riesgo de evolución maligna de los adenomas depende del tamaño, grado de displasia y tipo histológico. Los adenomas con displasia de alto grado poseen un riesgo de transformación maligna de 27% y los de bajo grado de 5% a 15 años. La histología vellosa representa mayor riesgo que la tubular. Se requieren 10 años para que un pólipo adenomatoso < 1 cm se transforme en un CCR invasivo.

Objetivo: Describir la frecuencia y características clínico-patológicas de los pólipos adenomatosos identificados en colonoscopias realizadas en el lapso de tres años (2017-2019) en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Pacientes sometidos a colonoscopia en el Centro Médico ISSEMYM durante el periodo 2017-2019 en Metepec, Estado de México. Tipo de estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: género, calidad de la colonoscopia (colonoscopia completa), clasificación de Boston, tipo histológico, localización anatómica y tamaño del pólipo. Análisis estadístico: se utilizaron medidas de tendencia central.

Resultados: En los primeros 18 meses se realizaron 734 colonoscopias, sólo 57 (7.76%) realizadas con la indicación de escrutinio. La edad promedio de la población analizada fue de 55.2 años (55.8 años en el género femenino y 53.7 en el masculino). Hasta 563 se efectuaron en mayores de 45 años; 437 (77.61%) tuvieron Boston > 6 y 568 (77.38%) fueron completas. Se encontraron pólipos en 203/734 (27.61%) procedimientos y el número de pólipos hallados por colonoscopia varió de uno a cinco. Se analizó a un total de 244 pólipos, de los cuales 92 fueron adenomatosos (37.7%); la estirpe histológica y presencia de displasia se describen en la **Tabla 1**. Un paciente mostró microfocos de adenocarcinoma invasor. El tamaño promedio de los pólipos fue de 4.3 mm (intervalo, 1-33 mm) y de éstos 20 (8.19%) fueron mayores de 10 mm. La localización de los adenomas fue la siguiente: nueve (9.7%) en ciego, 23 (25%) en ascendente, nueve (9.7%) en transversal, 18 (19.56%) en descendente, 16 (17.39%) en sigmoideas y 17 (18.47%) en recto.

Tabla 1. (Mar300)

Adenomas, n = 92	Sin displasia 15/92 (16.30%)	DBG 67/92 (72.82%)	DAG 10/92 (10.86%)
Tubulares	50	12	30
Tubulovellosos	41	3	37
Vellosos	1	0	1

Conclusiones: Existe un bajo número de estudios realizados con la indicación de escrutinio, lo que exige enfatizar la prevención en el personal médico y la población general. La preparación colónica es un área de oportunidad que puede mejorarse y el porcentaje de colonoscopias completas se ve afectado discretamente dado que éste es un hospital escuela. El porcentaje de hallazgo de pólipos está comprometido porque éste es un estudio realizado en colonoscopia por todas las indicaciones y todas las edades. Por último, la frecuencia del hallazgo de displasia de alto grado en los pólipos es menor a lo indicado en las publicaciones internacionales y es posible considerar que la mayor parte de los pólipos se identificó de forma más temprana. La localización más frecuente suele ser el colon izquierdo, a diferencia de los hallazgos en esta población, con un predominio derecho.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar301

LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS B DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA, UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE: INFORME DE UN CASO

A. Piedras-Hernández, M. Sabanes-Hernández, L. F. De Giau-Triulzi, J. L. Álvarez-Vera, A. Zárate-Osorno, Hospital Español de México

Introducción: Los tumores de la unión esofagagástrica corresponden a las neoplasias originadas en el esófago distal y comprometen la zona de la unión esofagagástrica, los cardiales y el estómago proximal; los más comunes son el adenocarcinoma y el de células escamosas, hasta en un 95% de los casos. El linfoma primario en esta zona es un tumor muy raro y representa menos del 1% de ellos; el linfoma no Hodgkin es el más frecuente. Puesto que se trata de una neoplasia tan infrecuente se consideró importante realizar el siguiente trabajo.

Objetivo: Conocer el caso de un paciente con linfoma no Hodgkin de células difusas B grandes en el Hospital Español de México.

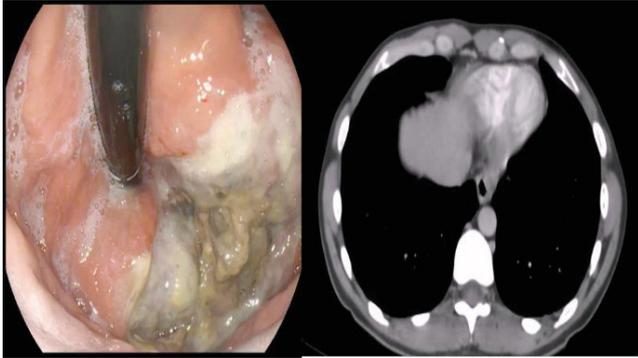
Informe de caso: Varón de 36 años de edad, sin antecedentes médicos, quien acude por cuadro de dolor retroesternal de una semana de evolución tras la ingestión de alimentos sólidos, y cuadro de impacción alimentaria remitido 24 horas antes, además de pérdida de peso de 10 kg en el último mes de manera no intencionada y diaforesis nocturna. La valoración inicial reveló sarcopenia y dolor en la región del epigastrio. Los paraclínicos revelaron hipoalbuminemia y anemia leve, trombocitosis moderada y marcadores inflamatorios séricos muy elevados. La esofagogastroduodenoscopia delineó una neoformación ulcerada de la unión esofagagástrica que se extendía desde el tercio inferior de esófago hasta el fondo gástrico, Siewert III (**Fig. 1**). El informe histopatológico de las biopsias obtenidas en la endoscopia fue de linfoma no Hodgkin de células B difusas grandes. La TAC con contraste mostró cambios indicativos de una neoplasia esofagagástrica, con pequeños nódulos adyacentes a su curvatura menor, sin hallar lesiones metastásicas a distancia (**Fig. 1**). La TEP-TC no reveló lesiones hipermetabólicas demostrables. Se administró quimioterapia con R-CHOP y el paciente egresó. Seis semanas después del inicio del tratamiento se revaloró en la consulta y se observó una remisión de los síntomas, con disminución de los marcadores de inflamación, mejoría de los valores hemoglobina y reducción de las plaquetas. En la actualidad se halla en vigilancia de los servicios de hematología y endoscopia.

Discusión: El sistema digestivo es el sitio extranodal más común para el linfoma no Hodgkin, pero el esófago es el punto menos común y se presenta en menos del 1% de los pacientes con linfoma gastrointestinal. Sólo se han notificado 17 casos en la bibliografía con esta variante de linfoma, 16 casos de células grandes; los síntomas predominantes de estos pacientes son la disfagia, el dolor torácico y la pérdida de peso. En la endoscopia pueden reconocerse lesiones de morfología variable, por lo que la apariencia es de poca ayuda diagnóstica y se necesitan las biopsias en estos casos. Hoy en día se utiliza la clasificación de Siewert para definir la localización exacta de estas neoplasias, ya que también el tratamiento depende de su localización. La quimioterapia es la piedra angular del tratamiento y en algunas ocasiones la radioterapia es necesaria si el tratamiento clínico no produce disminución del tamaño tumoral. En este paciente, el tratamiento con quimioterapia fue suficiente y exitoso, con la remisión clínica a los seis meses de seguimiento.

Conclusiones: Se presentó el caso clínico de un paciente con linfoma no Hodgkin de células B difusas grandes en la región de la unión esofagagástrica, con una respuesta favorable al tratamiento con quimioterapia. Este tipo de tumores es una entidad poco frecuente, por lo que es importante emplear diferentes estudios paraclínicos para su adecuado diagnóstico, que además debe ser oportuno para el posterior tratamiento; con ello puede modificarse de manera notoria el pronóstico del paciente y de ahí la importancia del caso clínico presentado.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. A, esofagogastroduodenoscopia que muestra neoformación ulcerada en UEG, Siewert III. B, TAC de abdomen contrastada, corte axial, indicativa de neoplasia en la unión esofagogástrica. (Mar301)



Mar302

ENFERMEDAD DE MÉNÉTRIER ASOCIADA A COLITIS LINFOCÍTICA MICROSCÓPICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

G. A. Rodríguez-Bravo, M. Rojas-Loureiro, C. Aparicio-Luna, G. Zárate-Muñoz, A. Castillo-Guzmán, A. Venancio-Landeros, Hospital General Regional Núm. 58

Introducción: La enfermedad de Ménétrier es una rara gastropatía hipertrófica, que Ménétrier describió en 1888. Es un trastorno adquirido, caracterizado por engrosamiento de pliegues gástricos secundario a hiperplasia de las foveolas. Se desconoce su patogenia, pero no se descarta la influencia autoinmunitaria en ella.

La colitis microscópica es una forma de enfermedad inflamatoria intestinal de curso crónico y recidivante, con predominio en mujeres, clasificada como colitis colagenosa y linfocítica. En la actualidad no hay casos clínicos de la coexistencia de estas dos anomalías.

Objetivo: Describir un caso de enfermedad de Ménétrier y su coexistencia con colitis microscópica linfocítica.

Informe de caso: Mujer de 18 años con diagnóstico de anorexia, enviada a hospitalización por desnutrición grave. A su ingreso tiene IMC de 10.7 kg/m², sin tolerar la deambulación, con hallazgo de patrón hepatocelular y síndrome de realimentación. Se descarta el diagnóstico de anorexia. La paciente refirió diarrea acuosa de un mes de evolución e hiporexia secundaria a dolor abdominal posprandial inmediato. Se solicita tomografía de abdomen simple que indica cambios por gastritis hipertrófica. Se realiza la solicitud de endoscopia y enterotomografía. La endoscopia confirma gastritis hemorrágica. Al continuar los síntomas gastrointestinales se inició abordaje para el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, con anticuerpos negativos; la enterotomografía indicó engrosamiento de pliegues gástricos y la colonoscopia resultó normal; las biopsias mostraron íleon y colon por segmentos con ileítis crónica, incremento de linfocitos intraepiteliales consistente con colitis linfocítica: mucosa gástrica con hiperplasia foveolar, disminución de células oxínticas, sin datos de proceso maligno; estos hallazgos eran consistentes con enfermedad de Ménétrier (Fig. 1). La paciente experimentó mejoría en su evolución y el mantenimiento terapéutico incluyó aminosalicilatos, corticosteroides y complementos nutricionales; en el plano bioquímico no se identificaron alteraciones de relevancia, con IMC de 23 kg/m², adecuada respuesta y sin síntomas gastrointestinales.

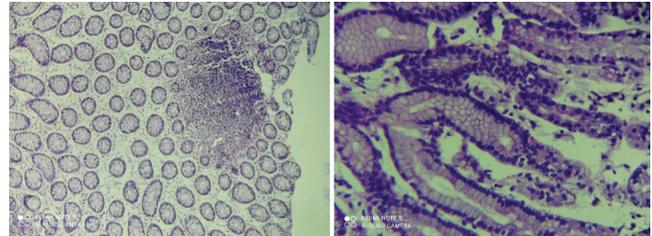
Discusión: La enfermedad de Ménétrier es extremadamente rara; la colitis microscópica es una forma de enfermedad inflamatoria intestinal crónica y recidivante. No se dispone de un tratamiento

“curativo” para la colitis microscópica y los esteroides se usan sólo para remitir los síntomas y mejorar la calidad de vida. La cirugía se reserva para pacientes resistentes al tratamiento. En la actualidad, la paciente ha respondido a la administración de esteroide sin efectos secundarios. Tanto la enfermedad de Ménétrier como la colitis microscópica son enfermedades poco estudiadas debido a la necesidad de estudio histológico para el diagnóstico; la presentación y el tratamiento tampoco se conocen bien. Existen pocos informes de la relación de la enfermedad Ménétrier con otras afecciones autoinmunitarias, en particular la colitis ulcerosa, pero no hay evidencia de un nexo con las anomalías notificadas aquí.

Conclusiones: La enfermedad Ménétrier es una entidad poco conocida y un reto diagnóstico, con tratamiento poco investigado; dado que a menudo se asemeja a otras alteraciones, suele subdiagnosticarse. La relevancia de esta revisión radica en informar la presentación inusual y su vinculación con colitis microscópica; se ha sospechado una relación con la alteración de inmunidad como causa fisiopatológica. Se necesitan más estudios, por lo que se consideró necesario publicar este caso con el propósito de exponer la coexistencia de estas afecciones.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Biopsias de colon y estómago (de izquierda a derecha, A y B). A, íleon terminal y colon por segmentos: íleo terminal con ileítis crónica leve sin patrón de daño específico, en colon por segmentos, colon con incremento de linfocitos intraepiteliales consistente con colitis linfocítica, negativo a malignidad. B, fondo, antro y cuerpo gástricos: hiperplasia de foveolas en relación con zonas quísticas focales y disminución de células oxínticas; no se observa proceso maligno. Hallazgos histopatológicos indicativos de enfermedad de Ménétrier. (Mar302)



Mar303

TUMOR GLÓMICO EN ESTÓMAGO, UN DIAGNÓSTICO RARO

A. G. Mondragón-Díaz, J. G. Junco-Enciso, R. Moreno-Alcántar, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Los tumores glómicos son tumores mesenquimales casi siempre benignos, resultado de la hiperplasia de los componentes del cuerpo glómico normal, un receptor neuromioarterial localizado en el estrato reticular de la dermis que regula la presión arterial y la temperatura. Su incidencia es baja y se localiza con más frecuencia en tejidos blandos periféricos, sobre todo en la región subungueal, pero puede lesionar a cualquier tejido; en este caso, el interés se enfocó en la afectación gastrointestinal.

Objetivo: Notificar un caso de tumor glómico gástrico diagnosticado en un hospital de tercer nivel por su baja incidencia y escasa información en la bibliografía.

Informe de caso: Paciente masculino de 50 años con antecedente de tabaquismo, etilismo social y antecedente de madre con cáncer de estómago de estirpe no especificada. Inició su padecimiento en agosto de 2021 con dolor en el hipocondrio derecho de tipo punzante y evacuaciones disminuidas en consistencia y de forma intermitente en

número de cuatro a cinco al día, con moco, sin sangre, y duración de tres días por semana, así como pérdida de peso de 6 kg en cuatro meses de forma no intencionada. Los estudios de laboratorio no revelan hallazgos significativos; el coprocultivo y el coproparasitológico tampoco muestran una flora patógena. La panendoscopia reconoce signos de gastropatía crónica y lesión submucosa de 1 cm en antro, con resultado histopatológico de gastritis crónica folicular vinculada con *H. pylori*, sin metaplasia ni displasia; la colonoscopia identifica un pólipo sésil de 3 mm y la poliplectomía arroja un resultado histopatológico de adenoma tubular con displasia de bajo grado y colitis crónica moderada inespecífica con 10 a 12 linfocitos intraepiteliales y cuatro a seis eosinófilos. Ante una lesión documentada en la endoscopia se solicitó ultrasonido endoscópico que reconoce una lesión subepitelial gástrica en la curvatura mayor de 18 x 19 mm dependiente de la cuarta ecocapa, con toma de BAAF; el informe indica tumor neuroendocrino, sin ser concluyente por no contar con inmunohistoquímica en ese momento; una segunda revisión histopatológica con inmunohistoquímica confirmó un tumor glómico. Otro ultrasonido endoscópico observa una lesión subepitelial de antro en la curvatura mayor de 12 mm y se practica una disección endoscópica de la submucosa en bloque. El resultado histopatológico definitivo informó un tumor glómico, con inmunohistoquímica positiva para actina de músculo liso (+++), CD34 positivo en paredes vasculares y con CD117, S100, cromogranina, sinaptofisina, desmina y CD45 negativos e índice KI67 < 1%. En la actualidad, el paciente se encuentra asintomático, en vigilancia, y se planea instituir seguimiento clínico y endoscópico en seis meses y un año, respectivamente.

Discusión: El tumor glómico es una neoplasia poco frecuente del tracto gastrointestinal; en el estómago, casi siempre se halla en el antro y puede cursar asintomático o con datos inespecíficos, como dolor abdominal o hemorragia; en el plano endoscópico puede parecer una lesión subepitelial difícil de distinguir de otras como los tumores carcinoides y del estroma gastrointestinal, por lo que es fundamental el estudio inmunohistoquímico para su diagnóstico diferencial; se distingue por la positividad para vimentina y actina, con negatividad para CD-117, cromogranina A, antígeno carcinoembrionario y enolasa específica. El tratamiento de elección es la resección endoscópica o laparoscópica. A pesar de su baja probabilidad de malignidad (< 1%) se sugiere un seguimiento endoscópico a largo plazo después de su resección.

Conclusiones: El tumor glómico es poco frecuente en el tracto gastrointestinal; es indispensable diagnosticarlo y diferenciarlo de otras lesiones subepiteliales, ya que tienen un tratamiento, pronóstico y seguimiento distintos. Hasta el momento se dispone de escasa información sobre estas lesiones, por lo que notificarlas ayudará a comprender mejor su comportamiento y facilitará su sospecha diagnóstica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar304

CARACTERÍSTICAS DE EPISODIOS DE REFLUJO CON ONDA PERISTÁLTICA INDUCIDA POR DEGLUCIÓN POSTERIOR AL REFLUJO (POST-REFLUX SWALLOW-INDUCED PERISTALTIC WAVE [(PSPW)] EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

R. J. Chicas-López, N. Pérez-López, L. J. Pinto-García, O. L. García-Rodas, C. P. Jaén-Villanueva, F. Sánchez-Salinas, P. Guillermo-Velecela, G. U. Castañón-García, R. C. Mendoza-Sangeado, Hospital Juárez de México

Introducción: Hoy en día se dispone de novedosos parámetros que ofrece la pH-metría con impedancia esofágica (pHZ) para apoyar el

diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE); entre ellos puede mencionarse la impedancia basal nocturna media y la onda peristáltica inducida por deglución posterior al reflujo o PSPW (*post-reflux swallow-induced peristaltic wave*). Esta última representa el aclaramiento químico del esófago. Es interesante que algunos episodios de reflujo pueden inducir PSPW mientras que otros episodios en el mismo paciente no lo hacen. Debido a lo anterior se consideró importante llevar a cabo este estudio.

Objetivo: Investigar las características de los episodios de reflujo que inducen PSPW.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en una cohorte de pacientes evaluados y registrados en el Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal del Hospital Juárez de México con el diagnóstico de ERGE en el periodo comprendido entre 2019 y 2021. Se incluyeron 309 episodios de reflujo, 197 (63.75%) con PSPW y 112 (36.25%) sin PSPW. Se compararon las características entre los reflujos con PSPW y sin PSPW. Las características incluían pH nadir, extensión proximal del reflujo en centímetros, sensor más distal a la unión esofagagástrica (UEG) en el cual se registraron con mayor frecuencia los episodios de reflujo, tipo de reflujo e índice de PSPW. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y absolutas para obtener porcentajes, promedio y rangos.

Resultados: Se tomó en cuenta a 10 pacientes con ERGE diagnosticado por tiempo de exposición al ácido patológico (> 6%) en estudios de pHZ de 24 horas, dos hombres y ocho mujeres, con edad promedio de 50.7 (30-64 años). Los parámetros de pHZ se describen en la **Tabla 1**. Con respecto al tipo de reflujo predominante en cada grupo, en los pacientes con episodios de reflujo con PSPW predominó el de tipo líquido con un 48.22%, seguido del de reflujo de gas con 31.97% y reflujo mixto con 19.79%. En el grupo de reflujo sin PSPW predominaban los episodios de reflujo líquido con un 40.17%, de gas con un 33.92% y mixto con un 25.89%. En relación con el índice de PSPW, el cual permite la valoración del aclaramiento químico del esófago después de los reflujos ácidos y débilmente ácidos, se consideró normal cuando era > 61%; en más de la mitad de los pacientes del estudio este índice era < 61%, lo cual es anormal y apoya el diagnóstico de ERGE.

Conclusiones: Se observó que los episodios de reflujo con extensión más proximal se correlacionan con la presencia de PSPW.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características de la población estudiada. (Mar304)

Parámetro	Reflujos con PSPW (intervalo)	Reflujos sin PSPW (intervalo)
pH nadir	2.27 (0.7-3.8)	2.03 (0.9-3.8)
Extensión proximal en cm	15.59 (5-17)	9.94 (5-17)
Sensor más distal a la UEG que registró con mayor frecuencia los episodios de reflujo	Z1 (17 cm)	Z3 (9 cm)

Comparación de parámetros de pHZ en ambos grupos.

Mar305

PSEUDOOCCLUSIÓN INTESTINAL CRÓNICA SECUNDARIA A HIPOGANGLIONOSIS AISLADA ADQUIRIDA: REPORTE DE CASO

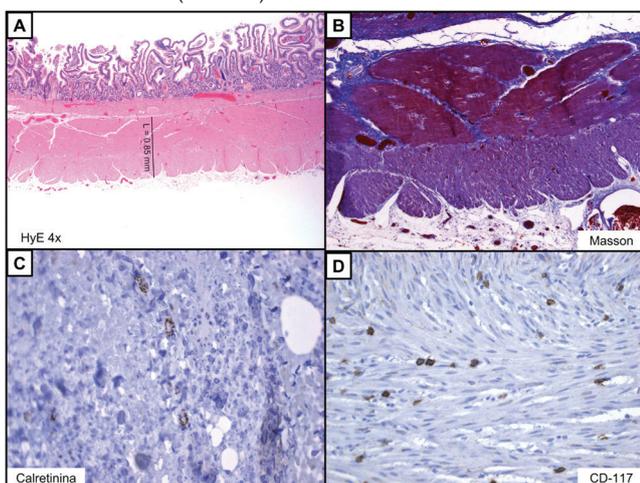
L. Lanz-Zubiría, A. Ordóñez-Vázquez, S. Murua-Beltrán, J. C. Plascencia-Salcedo, E. Medina-Ceballos, A. García-Badiola, A. Altamirano-Barrera, Médica Sur

Introducción: La hipoganglioneosis es un trastorno de la inervación mientérica del tubo digestivo caracterizada por disminución y disfunción de las células ganglionares entéricas. Es una entidad poco frecuente que representa el 3% a 5% de las neuropatías entéricas. La variante adquirida, aún más infrecuente, se manifiesta en adultos mediante cuadros de estreñimiento o pseudooclusión recurrentes.

Objetivo: Describir el caso clínico de un paciente adulto con hipoganglioneosis aislada adquirida relacionada con pseudooclusión intestinal crónica e intestino corto.

Informe de caso: Hombre de 48 años con antecedente de acalasia tratada con miotomía de Heller, megacolon idiopático que exigió colectomía total y tres cuadros de oclusión intestinal en los tres años previos. Ingresó por síntomas de oclusión intestinal recurrente, evidenciada por TAC de abdomen con dilatación de intestino delgado hasta de 7.4 cm y zona de transición a nivel de la anastomosis ileosigmoidea. Se realizó una laparotomía exploradora con reducción de la hernia interna y se informó el hallazgo de una dilatación masiva de asas hasta de 10 cm. La evolución posquirúrgica inicial fue tórpida, con requerimiento vasopresor secundario a choque séptico. Se realizó nuevo estudio de imagen con datos tomográficos de sufrimiento de asa y gas en ramas de la vena mesentérica superior. Se reintervino quirúrgicamente y se realizaron yeyunostomía terminal y resección de 1.5 m de intestino delgado. Si se consideran las resecciones previas, conservó un remanente de 2.2 m de intestino delgado. El informe histopatológico de la pieza quirúrgica señaló hallazgos consistentes con miopatía visceral (Fig. 1). El paciente cursó con gasto elevado de yeyunostomía, en promedio 3.52 L/día, con requerimiento de reposición de electrolitos y líquidos de forma constante. Se instituyeron medidas terapéuticas dietéticas, hiposecretoras y enterotróficas, sin disminución del gasto. Se solicitó un panel PCR multiplex de materia fecal, que fue positivo para *Clostridioides difficile*, y se estableció el diagnóstico de enteritis por *C. difficile*. Se agregó vancomicina oral al tratamiento, pero persistió el gasto elevado por estoma. Por último, al ajustar las medidas y completar el esquema antimicrobiano, se redujo el gasto y el paciente egresó con promedio de 2.3 L/día.

Figura 1. Hallazgos histológicos consistentes con miopatía visceral. **A**, micrografía (H-E, 4x) de la pared colónica que muestra adelgazamiento considerable del diámetro de la muscular propia (0.85 mm). **B**, micrografía (trícromo de Masson, 20x) que muestra fibrosis de la capa muscular propia, en particular la capa muscular externa. **C**, inmunohistoquímica (calretinina) y marcación de células ganglionares en el tercio inferior de recto (1-3 células en un campo de 40x). **D**, inmunohistoquímica (CD117) y marcación de células intersticiales de Cajal (3-5 células en un campo de 40x) en biopsia del tercio inferior de recto. (Mar305)



Discusión: La hipoganglioneosis aislada adquirida es una entidad poco frecuente que no cuenta con tratamiento específico. Por lo general se presenta con cuadros de pseudooclusión intestinal recurrentes, que pueden requerir resecciones quirúrgicas repetidas. Se describe el caso de un paciente con esta entidad que necesitó múltiples resecciones intestinales, portador de yeyunostomía terminal, complicada con un síndrome de intestino corto y una enteritis por *C. difficile* agregada, lo cual produjo un alto gasto del estoma.

Conclusiones: La hipoganglioneosis aislada adquirida es una alteración de los plexos mientéricos que suele complicarse y requerir resecciones intestinales de repetición, con riesgo de desarrollar síndrome de intestino corto.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar306

EL EJERCICIO FÍSICO MODULA EL EJE INTESTINO-HÍGADO-CEREBRO A TRAVÉS DE LA DISMINUCIÓN DE LA ENDOTOXEMIA CIRCULANTE EN CIRROSIS HEPÁTICA

B. M. Román-Calleja, C. F. Martínez-Cabrera, N. Torres-Torres, M. Sánchez-Tapia, V. J. Ornelas-Arroyo, N. C. Flores-García, A. Ruiz-Margáin, R. U. Macías-Rodríguez, Departamento de Gastroenterología y Fisiología de la Nutrición, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En la cirrosis hepática (CH) ocurre una translocación bacteriana del intestino a la circulación sistémica. Uno de los marcadores más estudiados en la translocación bacteriana es la endotoxina lipopolisacárido (LPS), que se considera un indicador de endotoxemia circulante y que podría estar relacionada con la hipertensión portal (HTP) y deterioro cognitivo, sobre todo en personas con encefalopatía hepática. A esta relación entre órganos se la denomina eje intestino-hígado-cerebro. Las intervenciones actuales para reducir la HTP son invasivas o con efectos secundarios, por lo que es necesario idear otras medidas terapéuticas. Algunos estudios han demostrado que el ejercicio físico es una práctica segura con potencial para reducir la HTP y el LPS.

Objetivos: Validar el dispositivo podómetro como método de medición de la actividad física en individuos sanos y con CH, y evaluar el efecto de un protocolo de ejercicio que vigila durante 14 semanas las concentraciones séricas de LPS, la función cognitiva, el GPVH y la correlación entre estas variables.

Material y métodos: Protocolo clínico aleatorizado, controlado y abierto realizado en el departamento de gastroenterología del INCMNSZ entre marzo de 2015 y septiembre de 2021. Este estudio se desarrolló en dos etapas: a) validación del dispositivo para vigilar la actividad física; y b) evaluación del efecto del ejercicio físico en las concentraciones de LPS y GPVH, y la correlación de GPVH con las concentraciones séricas de LPS y la función cognitiva (PHES y MMSE).

Resultados: En la fase 1 se realizó la validación del equipo podómetro. Se incluyó a 76 sujetos sanos y 60 con CH. El número de pasos medido con el podómetro mostró una excelente concordancia en comparación con el contador de las pruebas de caminata normal (ICC, 0.84; IC95%, 0.79-0.88) y caminata rápida (ICC, 0.81; IC95%, 0.74 a 0.86). En la fase 2 del estudio se incluyó a 27 pacientes (14 = intervención y 13 = control). En el grupo intervención se observó un aumento del número de pasos diarios. El estado nutricional se evaluó mediante el área muscular media de brazo y el pliegue tricéptico, y se identificó una mejoría en ambos parámetros en el grupo que recibió ejercicio. Se observó una disminución del GPVH y mejoría de los puntajes de PHES y MMSE en el grupo de

intervención en comparación con el grupo control. Hubo una mejora en las concentraciones de lipopolisacárido sérico en ambos grupos, pero tan sólo el grupo intervención registró un cambio estadísticamente significativo. De manera interesante, se reconoció una correlación positiva (r de Spearman = 0.500, p = 0.015) entre los cambios observados al final del periodo de intervención de las concentraciones de LPS y el gradiente de presión venoso hepático. El PHES mejoró en el grupo de ejercicio, aunque no se correlacionó con el gradiente de presión venoso hepático ni con el LPS sérico. Por otro lado, el MMSE se correlacionó de manera significativa con LPS.

Conclusiones: Un programa de entrenamiento físico vigilado mejora la endotoxemia circulante, la hemodinámica hepática y la función cognitiva en pacientes con CH. Estos cambios sugieren una modulación del eje intestino-hígado-cerebro a través de la implementación del ejercicio físico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar307

AFECTACIÓN INTESTINAL DEL SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

L. F. Arias-Ruiz, R. A. Gómez-Mendoza, S. Sánchez-Ávila, E. Vergara-Chávez, E. Martínez-Villaseñor, R. Male-Velázquez, A. Ávila-Toscano, Hospital Ángeles del Carmen

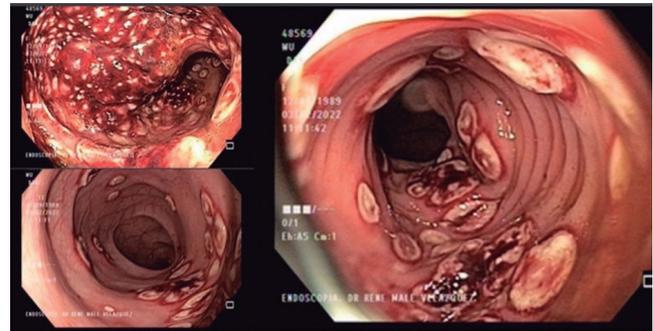
Introducción: El SSJ y la NET son reacciones de hipersensibilidad grave, consideradas emergencias dermatológicas. En Estados Unidos, la incidencia de estas enfermedades es de 1.9 a 9.2 casos anuales por millón de habitantes y una mortalidad de 4.8% a 48%. La principal causa de muerte es la sepsis. Los factores de riesgo son afecciones malignas hematológicas, VIH, LES y el polimorfismo HLA-B* 15:02. Se caracteriza por un cuadro pseudogripal que progresa a la aparición de lesiones mucocutáneas, con desprendimiento epidérmico y formación de ampollas, Nikolsky (+). Al parecer, la patogenia es inmunomediada, una reacción de hipersensibilidad activada por un estímulo infeccioso o farmacológico. El daño al epitelio mucocutáneo se debe a la estimulación apoptótica por linfocitos T mediante el CD95 y el ligando Fas, así como la acción del TNF- α y la acción directa de la perforina y la granzima. Las manifestaciones gastrointestinales se presentan de dos a tres semanas después de las lesiones cutáneas y suelen ser leves; las manifestaciones graves son raras y pueden amenazar la vida del paciente.

Objetivo: Presentar un caso de SSJ/NET con afectación GI.

Informe de caso: Paciente femenino de 32 años que acude por un exantema maculopapular en ambos brazos y piernas de una semana de evolución. Se identifican también disfagia, úlceras aftosas en la cavidad oral y hematoquecia. Antecedente de inicio de alopurinol dos semanas antes. Al ingreso: 37.9°C, PA 110/80 mmHg y con los siguientes estudios de laboratorio: HB 9.0, leu 11.1, glu 136 y crea 2.3, PCR 79.3, PCR múltiple GI (-) y GDH, toxinas A y B C. *difficile* (-). Panendoscopia de esófago: denudación de la mucosa en los tercios proximal y medio, con desprendimiento al roce y sangrado en capa; y hemorragia petequial en mucosa gástrica. En la colonoscopia se identifican múltiples úlceras aftosas, redondas, elevadas, cubiertas de fibrina y con bordes regulares; en el colon sigmoides se observa una zona de eritema con mucosa necrótica y gran cantidad de úlceras en colon descendente (Fig. 1). Se toman biopsias y el servicio de patología registra un proceso de ulceración grave que abarca hasta la muscular de la mucosa y abundante material necrótico-fibrinoso, acompañado de infiltrado inflamatorio mixto que

destruye la arquitectura glandular; estos cambios son consistentes con colitis por NET. Se inicia tratamiento con esteroides e inmunoglobulina. Durante su hospitalización persiste con hematoquecia. Se indica una nueva endoscopia a los 12 días del primer estudio. La panendoscopia revela candidiasis esofágica Kodsi II con mejoría de las lesiones previas y datos de gastritis eritematosa. En la colonoscopia se encuentran en todos los segmentos del colon incontables úlceras, de bordes eritematosos, en relieve, cubiertas de fibrina, algunas de gran tamaño con signos de sangrado reciente. El día 24 de su hospitalización se solicita nueva colonoscopia en la que se encuentra mejoría de la mucosa colónica con múltiples úlceras en fase de cicatrización. Se decide el alta por mejoría clínica.

Figura 1. Colonoscopia: zonas de eritema con mucosa necrótica y múltiples úlceras aftosas cubiertas de fibrina de bordes regulares. (Mar307)



Discusión: Las complicaciones GI no son infrecuentes y por lo general son leves. Estas anomalías dan lugar a una afectación mucocutánea, en particular en la región orofaríngea, ocular y la genital y, en menor medida, en esófago, intestino delgado o colon. La afectación GI grave es rara pero potencialmente letal. Se caracteriza por diarrea, dolor abdominal y hemorragia GI; puede mostrar lesiones en la mucosa bucal (con disminución de la ingestión de alimentos, desnutrición y deshidratación), ulceraciones del intestino delgado, perforaciones colónicas, úlcera esofágica, formación de estenosis esofágica, intususcepción y necrosis.

Conclusiones: Las manifestaciones gastrointestinales graves son raras y debido a ello no existe un tratamiento definido para este tipo de complicaciones, por lo que cada caso debe individualizarse.

Financiamiento: Este trabajo no ha recibido financiamiento.

Mar308

TUMORACIÓN RECTAL, ¿SIEMPRE UNA NEOPLASIA O UNA GRAN SIMULADORA?: REPORTE DE CASO

S. A. Rivas-Salas, J. G. López-Gómez, J. V. Andoney-Mayén, K. P. Pérez-López, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa frecuente en México, cuya incidencia se ha incrementado. Es secundaria al bacilo resistente al ácido-alcohol *Mycobacterium tuberculosis*. El principal sitio de afección es el pulmonar, pero puede infectar cualquier otra localización, hecho que se observa con mayor frecuencia en países menos desarrollados.

Objetivo: La afección gastrointestinal corresponde al 10% de los casos extrapulmonares; no obstante, debe tomarse en cuenta ya que se vincula con un pobre pronóstico, especialmente si se acompaña de complicaciones como estenosis, obstrucción, perforación o hemorragia gastrointestinal.

Informe de caso: Hombre de 65 años, residente del Estado de México, con tabaquismo positivo con un índice tabáquico de 1.25 paquetes/año, alcoholismo ocasional y cuadro de vacunación completo. Inicia un año antes del diagnóstico con sensación de cuerpo extraño en recto, además de evacuaciones una vez al día (Bristol 2-3) acompañadas de sangre y moco, junto con pérdida de peso de 15 kg en un año y diaforesis nocturna. La exploración física muestra un recto con secreción amarillenta-verdosa, no fétida, tacto rectal doloroso, con tumoración pétreo en la pared posterior del recto, disminución del tono del esfínter, y se palpa trayecto fistuloso en la región posterior. Estudios bioquímicos: PCR 15 mg/dL y VSG 68 s. Perfil viral negativo. Tomografía de abdomen: cáncer de recto, megacolon proximal a estenosis. Colonoscopia: tumoración rectal o tuberculosis colorrectal. Biopsias de recto: inflamación aguda, crónica y tejido de granulación. Se obtiene resultado de Quantiferon positivo y, ante sospecha clínica, se solicita revisión de laminillas con tinción de Ziehl-Neelsen en las que se observan microorganismos resistentes al ácido-alcohol (**Fig. 1**), que confirman el diagnóstico de tuberculosis rectal y se instituye tratamiento con isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida.

Discusión: La tuberculosis intestinal puede aparecer en cualquier sitio, desde la boca hasta el ano (49%), peritoneo (42%), ganglios linfáticos mesentéricos (4%) y sistema pancreático-biliar (5%), pero la región ileocecal es la más afectada, seguida del colon. Sus manifestaciones clínicas son variadas e inespecíficas, por lo que se conoce como “la gran simuladora”. Las más notificadas son dolor abdominal, fiebre, pérdida de peso y diarrea. La mayoría de estos pacientes tiene un periodo largo con síntomas, por lo que el diagnóstico puede demorarse y aumentar así la morbimortalidad. En la exploración física pueden identificarse ascitis, masas abdominales palpables en el flanco derecho y esplenomegalia. Las pruebas radiológicas pueden orientar, sobre todo la enterotomografía computarizada en la que pueden reconocerse lesiones focales, necrosis y calcificaciones en los ganglios linfáticos mesentéricos, hallazgos típicos que la diferencian de otras anomalías, como la enfermedad de Crohn. En el plano endoscópico pueden identificarse úlceras transversas, válvula ileocecal extendida y pseudopólipos. Como toda enfermedad infecciosa, la toma de biopsias para el estudio histológico y microbiológico apoya el diagnóstico definitivo (cultivo en medio de Lowestein, tinción del Ziehl-Neelsen y

PCR). El tratamiento médico mediante fármacos antifímicos es el primer paso ante un caso de tuberculosis intestinal. Los regímenes farmacológicos indicados para la tuberculosis pulmonar de seis, nueve y 18 a 24 meses tienen la misma efectividad para la modalidad intestinal, siempre y cuando se considere la posible resistencia a ciertos fármacos. En cuanto al tratamiento quirúrgico, se reserva para las complicaciones.

Conclusiones: La tuberculosis es un problema de salud pública mundialmente reconocido, por lo que son indispensables un elevado índice de sospecha y el diagnóstico para aplicar una terapéutica temprana.

Financiamiento: Fondos del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Figura 1. Biopsia del tumor del recto con tinción de Ziehl-Neelsen en la que se observan microorganismos resistentes al ácido-alcohol (flecha). (**Mar308**)

